

1

ANTECEDENTES SOCIALES Y DE SALUD



Norma Técnica para la Supervisión de **SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS** en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

CAPÍTULO

1

ANTECEDENTES SOCIALES Y DE SALUD



Norma Técnica para la Supervisión de
Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años
en la Atención Primaria de Salud

2^{da} edición

Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

EDITORES

SEGUNDA EDICIÓN ACTUALIZACIÓN 2021

Dra. Sylvia Santander Rigollet
Enf. Bárbara Leyton Cárdenas

Dra. María Inés Romero Sepúlveda
Enf. Patricia Cabezas Olivares
Enf. Loretto Fuentealba Alvarado
Enf. Nicole Garay Unjidos
Dra. María Paz Medel Salas
Dr. Fernando González Escalona

ISBN (I): 978-956-348-197-9
ISBN (D): 978-956-348-197-6
Número de Propiedad Intelectual: 2021-A-10254
Norma Técnica N° 218, Resolución Exenta N° 55, 18 de octubre de 2021

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.

Norma Técnica para la Supervisión Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. 2da edición. Actualización 2021.

EDITORES Y COEDITORES

PRIMERA EDICIÓN 2014

Editora
Dra. Heather Strain Henkes

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

ISBN: 978-956-348-058-8
Número de Propiedad Intelectual: 242298
Norma Técnica N° 166, Resolución Exenta N° 336, 22 de mayo de 2014.

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.

Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. 1ra edición. 2014.

ARTE

Rodolfo Valenzuela
Diseño, Ilustraciones y Diagramación

Valentina Jara
Fotografías

Paloma Leiva
Colaboración Fotografía, Proyecto Tetarte

Luis Miranda
Ilustraciones

Las ilustraciones y fotografías son de propiedad del Ministerio de Salud y cuentan con el debido consentimiento informado.

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Sylvia Santander Rigollet

Médico Cirujano,
PhD en Ciencias de la Educación, MSc Psicología de la Adolescencia,
Diplomada en Bioética,
Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades

Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Bárbara Leyton Cárdenas

Enfermera,
Mg. en Salud Pública,
Diplomada en Medicina basada en evidencia, Diplomada en Calidad y Acreditación en Salud,
Jefa de Departamento de Ciclo Vital

Programa Nacional de Salud de la Infancia Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

María Inés Romero Sepúlveda

Médico Cirujano, Pediatra, Especialista en Salud Pública,
Mg. en Salud Pública, Mención Salud Materno Infantil,
Encargada del Programa Nacional de Salud de la Infancia

Patricia Cabezas Olivares

Enfermera,
Referente Programa Nacional de Salud de la Infancia

Loretto Fuentealba Alvarado

Enfermera,
Mg. en Salud Pública,
Referente Programa Nacional de Salud de la Infancia

Nicole Garay Unjidos

Enfermera,
Mg. en Salud Mental Infantil,
Referente Programa Nacional de Salud de la Infancia

María Paz Medel Salas

Médica Cirujana,
Médica Familiar Mención Niños,
Referente Programa Nacional de Salud de la Infancia

Otros profesionales de Departamento y Unidades División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)	
<p>Herman Alarcón Hinojosa Matrón, Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital</p>	<p>María Paz Araya Álvarez Psicóloga, Departamento de Salud Mental</p>
<p>Francesca Borghero Lasagna Médica Psiquiatra Infantil, Departamento de Salud Mental</p>	<p>Pamela Burgos Maldonado Enfermera, Departamento de Inmunizaciones</p>
<p>Luz Cole Wells Enfermera, Ex-miembro, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento de Ciclo Vital</p>	<p>Alejandro Gallegos Cárdenas Psicólogo, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital</p>
<p>Laysa González Orroño Matrona, Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital</p>	<p>Felipe Hasen Narváez Antropólogo, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital</p>
<p>Paula Maureira Martínez Enfermera, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital</p>	<p>Carolina Mendoza Van der Molen Cirujana Dentista, Jefa del Departamento de Salud Bucal</p>
<p>Pilar Monsalve Castillo Médica Familiar Mención Niños, Ex-miembro, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento de Ciclo Vital</p>	<p>Rodrigo Neira Contreras Matrón, Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital</p>
<p>Patricia Nilo Valledor Médica Pediatra, Ex-encargada, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento de Ciclo Vital</p>	<p>Marcela Rivas Iglesias Enfermera, Departamento de Inmunizaciones</p>
<p>Francisca Salas Pacheco Médica Pediatra, Encargada Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital</p>	<p>Luis Sarmiento Loayza Asistente Social, Programa Nacional de Personas Mayores, Departamento de Ciclo Vital</p>
<p>Paula Silva Concha Cirujana Dentista, Departamento de Salud Bucal</p>	<p>Rosa Solar Sánchez Enfermera, Departamento de Inmunizaciones</p>
<p>Natalia Tamblay Narváez Médica Otorrino, Encargada de Salud del Adulto y Salud Auditiva, Departamento de Ciclo Vital</p>	<p>Cecilia Zuleta Callejas Psicóloga, Departamento de Salud Mental</p>

Otras Divisiones de la Subsecretaría de Salud Pública

División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL)	
<p>María Paz Grandón Sandoval Ingeniero Comercial, Jefa de División de Políticas Públicas Saludables y Promoción</p>	
<p>Francisca Aguirre Boza Enfermera, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>	<p>José Miguel Ayala Riquelme Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>
<p>Andrea Bravo Zúñiga Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>	<p>Bárbara Bustos Barrera Antropóloga, Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad</p>
<p>Graciela Cabral Quidel Profesora con mención intercultural, Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad</p>	<p>Cristian Cofré Sasso Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>
<p>Walter Folch Ariza Ingeniero, Programa Calidad de Aire, Departamento de Salud Ambiental</p>	<p>Jeanette Henríquez Barahona Antropóloga, Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad</p>
<p>Yilda Herrera Figueroa Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>	<p>Cristina Leyton Blanca Enfermera, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>
<p>Orlando Negrón Hékima Médico Toxicólogo, Departamento de Salud Ambiental</p>	<p>Matías Portela Estinto Profesor de Educación Física, Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana</p>
<p>Roxana Tessada Sepúlveda Químico Ambiental, Programa Seguridad Infantil, Departamento de Salud Ambiental</p>	

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

División de Atención Primaria (DIVAP)	
Adriana Tapia Cifuentes Médica Cirujana, Jefa de División de Atención Primaria	
Ana Ayala González Matrona, Referente de la Mujer, Departamento de Gestión del Cuidado	Xenia Benavides Manzoni Nutricionista, Referente de Nutrición, Departamento de Gestión del Cuidado
Karla Castro Castro Psicóloga, Referente Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión del Cuidado	Carolina del Valle Aranda Cirujana Dentista, Referente de Salud Bucal, Departamento de Gestión del Cuidado
Sofía González Navarro Educadora de Párvulos, Referente de Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión del Cuidado	Juan Herrera Burrot Matrón, Referente de la Mujer, Departamento de Gestión del Cuidado
Claudia Lara de la Fuente Médica Cirujana, Encargada Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión del Cuidado	Dayann Martínez Santana Enfermera, Referente de Infancia, Departamento de Gestión del Cuidado
Cecilia Moraga Gutiérrez Enfermera Matrona, Psicóloga, Referente Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión del Cuidado	Pamela Muñoz Abarca Nutricionista, Coordinadora de Oficina de Cuidados de las Comunidades Departamento de Gestión del Cuidado
Marcela Niklitschek Araneda Nutricionista, Referente de Elige Vida Sana, Departamento de Gestión del Cuidado	Paulina Núñez Venegas Cirujana Dentista, Referente de Salud Bucal, Departamento de Gestión del Cuidado
Marcela Rivera Medina Médica Familiar, Referente Cardiovascular, Departamento de Gestión del Cuidado	Verónica Véliz Rojas Terapeuta Ocupacional, Referente de Salud Mental, Departamento de Gestión del Cuidado

Otras Divisiones del Ministerio de Salud	
Trinidad Covarrubias Correa Médica Cirujana, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones de Salud	Pamela Gallardo Camus Enfermera, Departamento de GES y Redes de Alta Complejidad
Ana María Merello Molina Kinesióloga, Jefa del Departamento de GES y Redes de Alta Complejidad	Teresa Soto Castillo Profesora de Educación Básica y Administradora Pública, Departamento de DDHH y Género

COLABORADORES Y REVISORES EXTERNOS

Actualización 2021

<p>Ericka Ahumada Padilla Kinesióloga, Comité de Salud Ambiental, Sociedad Chilena de Pediatría</p>	<p>Viviana Aliaga Barros Enfermera, Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, Universidad Finis Terrae</p>
<p>Paz Allende Medrano Residente Medicina Familiar mención Niños, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Margarita Baeza Fuentes Enfermera, Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Universidad de Santiago de Chile</p>
<p>Juan Carlos Bahamonde Zamudio Médico Pediatra, Jefe Ortopedia y Traumatología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán</p>	<p>Salesa Barja Yáñez Médica Nutrióloga, Profesora Asociada Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile</p>
<p>Natalia Beamín Santander Enfermera, Académica Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello</p>	<p>Paula Bedregal García Médica Salubrista , Profesor Titular, Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>
<p>Francesca Bettoli Pizzagalli Médica Neuróloga Infantil, Unidad de Neurología, Hospital Carlos Van Buren</p>	<p>Lillian Bolte Marholz Nefróloga Infantil, Hospital Roberto del Río, Clínica Alemana de Santiago</p>
<p>José Manuel Caballero Moore Médico Pediatra Intensivista, Jefe Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Clínica Universidad de los Andes</p>	<p>Ana María Cabezas Tamayo Médica Familiar, Jefa Unidad NINEAS, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río</p>
<p>Catalina Campos Alomar Médica Familiar Mención Niños, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Ximena Carreño Guzmán Enfermera, Presidenta Sociedad Chilena de Enfermería Escolar</p>
<p>Carlos Celis Morales Epidemiólogo, BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre University of Glasgow</p>	<p>Javiera Contreras Véliz Enfermera, Centro de Innovación en Salud Ancora UC, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>
<p>María Luisa Cordero Bayón Médica Pediatra, Programa de Nutrición Infantil, Servicio de Pediatría Hospital Sótero del Río</p>	<p>Guillermo Cornejo Contreras Médico Pediatra, Jefe Programa de Salud de la Infancia , Servicio de Salud Ñuble</p>
<p>Sandra Cortés Arancibia Epidemióloga, Profesora Asistente Facultad Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Ivonne D´Apremont Ormeño Médica Neonatóloga, Presidenta Comité de Seguimiento del Prematuro Sociedad, Chilena de Pediatría</p>
<p>Verónica Delgado Mayorga Médica Neurofisiatra Infantil, Hospital Carlos Van Buren</p>	<p>María Angélica Egaña Franco Enfermera-Matrona, Enfermera Supervisora Área Ambulatoria, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río</p>
<p>María Ignacia Eugenin Soto Médica Pediatra, Centro UC Síndrome de Down, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Angélica Farías Cancino Enfermera, Profesor Asistente Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>
<p>Juan Carlos Flores Cano Médico Pediatra, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río</p>	<p>Javiera José González Psicóloga Infanto-Juvenil, Escuela provincia de Chiloé, Municipalidad de Santiago</p>

<p>Fernando González Escalona Médico Pediatra, Oficial de Salud y Desarrollo Infantil Temprano, UNICEF Chile</p>	<p>Claudia Goya Lizama Tecnóloga Médica, Profesora Adjunta Departamento de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile</p>
<p>Miguel Guzmán Núñez Médico Pediatra, Coordinador de Unidad de Emergencias Pediátricas, Hospital Clínico Universidad de Chile</p>	<p>Hilda Hernández Cerro Kinesióloga, Académica, Universidad Santo Tomás</p>
<p>Ana María Herrera Gana Médica Pediatra Broncopulmonar, Presidenta Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica</p>	<p>Vanessa Kreisel Vera Fonoaudióloga, Académica, Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso</p>
<p>Catalina Le Roy Olivos Médica Pediatra, Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Macarena Lizama Calvo Médica Pediatra, Directora Ejecutiva Centro UC Síndrome de Down, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>
<p>Daniela Machuca Pino Enfermera, Académica Universidad Santo Tomás</p>	<p>Francisca Mansilla Jara Fonoaudióloga, Académica Universidad Andrés Bello</p>
<p>Francisca Márquez Doren Enfermera Matrona, Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Natalia Meléndez Vallejos Médica Familiar Mención Niños, CESFAM Salvador Bustos, Ñuñoa</p>
<p>Javiera Moore Guerrero Médica Familiar Mención Niños, NINEAS, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Red Salud UC Christus</p>	<p>Patricia Moraga Alcayaga Enfermera Matrona, Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial</p>
<p>Gladys Moreno Gómez Médica Familiar Mención Niños, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Mónica Morgues Nudman Médica Neonatóloga, Hospital San José</p>
<p>Mireya Muñoz Cruz Enfermera Programa de Infancia, Programa de Inmunizaciones, Servicio Salud Ñuble</p>	<p>Sandra Navarro Tapia Enfermera Matrona Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>
<p>Nelson Nilo Gonzalez Terapeuta Ocupacional, Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>María Isabel Palacio Gómez Médica Familiar Mención Niños, CESFAM Santa Teresa de Los Andes, CECOSF Salvador Allende, San Joaquín</p>
<p>Carolina Pastene Saldías Ginecóloga Infante juvenil, Programa Ginecología del Adolescente, Clínica Las Condes, Hospital Luis Calvo Mackenna</p>	<p>María de los Ángeles Paul Delfau Médica Pediatra, Instructor Adjunto, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>
<p>María Soledad Peredo Guerra Nefróloga Infantil, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Enrica Pittaluga Pierdiluga Médica Neonatóloga, CRAI Centro de Rehabilitación Auditiva Infantil, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río</p>
<p>Francisco Prado Ataglic Médico Pediatra Broncopulmonar, Hospital Clínico San Borja Arriarán</p>	<p>Ximena Prieto Rossi Enfermera, Académica, Universidad SEK</p>
<p>Arnoldo Quezada Lagos Médico, Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Chile</p>	<p>Alexander Recabarren Báez Médico Familiar Mención Niños, Dirección de Atención Primaria Servicio de Salud, Metropolitano Sur Oriente</p>

<p>Cecilia Reyes Acuña Enfermera, Comité de Seguimiento Prematuro, Sociedad Chilena de Pediatría</p>	<p>Ana Belén Reyes Correa Médica Familiar Mención Niños, CESFAM Urbano Oriente Rengo</p>
<p>Carolina Rivera Lettich Psicóloga, NINEAS, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río</p>	<p>Natalie Rodríguez Zamora Médica Pediatra, Coordinadora Equipo de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río</p>
<p>Valeria Rojas Osorio Médica Pediatra, Neuróloga Infantil, Hospital Carlos Van Buren y Hospital Gustavo Fricke</p>	<p>Carlos Saavedra Valdivia Médico Ortopedia y Traumatología Infantil, Profesor Asistente, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile</p>
<p>Carlos Saieh Andonie Médico Nefrólogo Infantil, Clínica Las Condes</p>	<p>Susana Salas Olivares Médica Familiar Mención Niños, CESFAM Dra. Ana María Juricic, Maipú</p>
<p>Carol Salazar Irazzoky Matrona, Hospital El Carmen</p>	<p>Carolina Sanhueza Sepúlveda Médico Pediatra, Policlínico NANEAS, Hospital Padre Hurtado</p>
<p>María Alicia Santos Enfermera, Académica Universidad de Santiago de Chile</p>	<p>Daniela Siegmund Sanhueza Médica Familiar Mención Niños, Directora Hospital Adriana Cousiño, Quintero</p>
<p>Orielle Solar Hormazábal Médica Salubrista, Investigadora de FLACSO Chile</p>	<p>Paula Toledo Sologuren Médica Neonatóloga, Hospital Félix Bulnes</p>
<p>Sandra Toro Duran Enfermera, Referente de Infancia y Chile Crece contigo, Servicio de Salud Biobío</p>	<p>José Urrea Venegas Médico Cirujano, Universidad de Chile</p>
<p>Paulo Valderrama Erazo Médico Cardiólogo Infantil, Instructor Adjunto Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>	<p>Ximena Vásquez Moya Médica Pediatra Nutrióloga infantil, Profesora Asistente Universidad de Chile</p>
<p>Francisco Verdugo Miranda Médico Pediatra, Comité de Medicina Deportiva, Sociedad Chilena de Pediatría</p>	<p>Natalia Vergara Navarrete Enfermera, Centro UC Síndrome de Down, Pontificia Universidad Católica de Chile</p>
<p>Patricia Vernal Silva Médica Neonatóloga, Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría</p>	<p>Gladys Villablanca Carrasco Médica, Ortopedia y Traumatología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán</p>
<p>Marlene Vogel Gonzalez Oftalmopediatra, Profesor Asociado, Facultad de Medicina Universidad de Chile</p>	<p>Gerardo Weisstaub Nuta Médico Pediatra, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos</p>
<p>Gisela Zillmann Geerds Cirujano Dentista, Profesora Titular, Facultad de Odontología, Universidad de Chile</p>	<p>Macarena Zulueta Baeza Médica Familiar Mención Niños, Centro de Innovación en Salud Áncora UC</p>



PRESENTACIÓN

Los niños y las niñas son una población en quienes se requieren los principales esfuerzos de inversión de un país para asegurar un desarrollo integral en la primera infancia. Esto constituye un desafío estratégico que se debe basar en el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas, desde un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, equidad, género e interculturalidad.

Chile tiene una larga tradición de políticas sanitarias sostenidas, dirigidas a la madre y su hijo o hija, siendo implementadas a través de la formulación de programas, cuyo diseño ha respondido al perfil epidemiológico y al contexto social y económico del país en diferentes periodos. Esto se ha traducido en el logro de indicadores exitosos de reducción de la mortalidad y la morbilidad en la infancia.

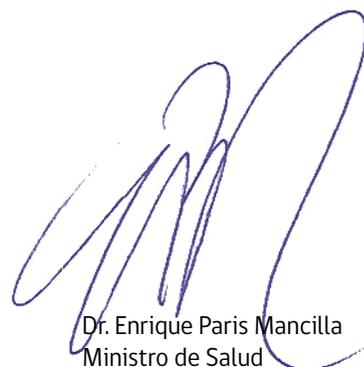
Hoy, las políticas públicas dirigidas a este grupo de la población tienen como desafío contribuir a mejorar su salud y calidad de vida, fomentando un desarrollo integral desde un marco de curso de vida. Es reconocido que algunos problemas de salud de la etapa adulta son el resultado de procesos que comienzan incluso antes de nacer o durante el período neonatal, y que las intervenciones tempranas pueden impactar sobre la prevalencia de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.

El Programa Nacional de Salud de la Infancia propone un marco coherente y consistente para abordar los desafíos actuales relacionados con los principales problemas de salud de niños y niñas de 0 a 9 años. Y es, específicamente, el Control de Salud una actividad dirigida a promover la salud de este grupo de la población en forma integral, detectando precoz y oportunamente cualquier condición o enfermedad que pudiera presentarse.

A través de la actualización de la “Norma Técnica de Supervisión de Niñas y Niños de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud”, publicada en el año 2014, se espera fortalecer el proceso continuo de atención de salud por parte de los profesionales a lo largo de Chile. Ello, con el fin de promover el desarrollo integral óptimo en la infancia, prevenir y reducir la carga de morbilidad en esta etapa y en etapas posteriores de la vida, y seguir avanzando en la reducción de la mortalidad infantil.

He expresado mi irrestricto compromiso con las acciones sanitarias para el abordaje integral de la primera infancia, considerando como requisito para su logro, disminuir brechas y mejorar el acceso a servicios de calidad, con intervenciones costo-efectivas y basadas en evidencia.

Por lo tanto, es para mí una gran satisfacción presentar la actualización de la “Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud”, entregando a los profesionales, gestores y equipos de salud del país, sociedades científicas y sociedad civil, orientaciones y recomendaciones basadas en la evidencia, en el juicio de expertos y en las mejores prácticas que los equipos han probado como efectivas, con la intención de guiar su quehacer, requiriendo sus mejores esfuerzos y compromisos para aplicar las estrategias recomendadas en él.



Dr. Enrique Paris Mancilla
Ministro de Salud



AGRADECIMIENTOS

Las estrategias tempranas en la infancia son fundamentales al proyectar el desarrollo futuro de nuestro país, pues el desarrollo integral óptimo de los niños y niñas nos permitirá contar con una población adulta más saludable y una sociedad más equitativa.

Para lograr este propósito se requiere del trabajo y compromiso de distintos actores de la sociedad, además de contar con recomendaciones claras y lineamientos basados en evidencia científica actualizada para el cuidado infantil como parte de las políticas públicas.

Es por esto que agradecemos a todos los equipos de salud que contribuyen a mejorar la calidad de la atención de niños y niñas. En especial, a las personas Encargadas del Programa Nacional de Salud de la Infancia de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud del país, y a los profesionales de las diferentes especialidades, quienes, a través de revisión de documentación y asistencia a jornadas y mesas de trabajo, apoyaron la actualización de la “Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención de Salud, 2021”.



ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud	NN	Niñas y Niños
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
CERO	Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	NT	Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas
CESFAM	Centro de Salud Familiar	OMS	Organización Mundial de la Salud
ChCC	Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo	PADBP	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
CRS	Centro de Referencia de Salud	PB	Pauta Breve
CSI	Control de Salud Infantil	PEATa	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Automatizados o Acortados
DP	Depresión Perinatal	PEATc	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Clínicos o Alargados
DPP	Depresión Postparto	PENS	Protocolo de Evaluación Neurosensorial
DSM	Desarrollo Psicomotor	PRB	Pauta de Riesgo Biopsicosocial
EA	Espectro Autista	RN	Recién Nacido y Recién Nacida
EBPN	Recién Nacido/a de Extremo Bajo Peso de Nacimiento	RNBPN	Recién Nacido/a de Bajo Peso de Nacimiento
EEDP	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor	RNMBP	Recién Nacido/a de Muy Bajo Peso de Nacimiento
EPsA	Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada	RNPT	Recién Nacido/a de Pretérmino
EOA	Emisiones Otoacústicas	SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
FPP	Fecha Probable de Parto	SRDM	Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo
GES	Garantía Explícita en Salud	SRI	Sistema de Retención Infantil
HI	Hemangioma Infantil	TC	Trastorno de Conducta
IMC	Índice de Masa Corporal	TEPSI	Test del Desarrollo Psicomotor
Lactante	Niño o niña menor de dos años	THA	Trastorno Hipercinético o Trastorno de la Atención
LM	Lactancia Materna	TOD	Trastorno Oposicionista Desafiante
MADI	Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil	VDI	Visita Domiciliaria Integral
NANEAS	Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud		

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida son fundamentales para establecer la base del desarrollo de las personas, el cual se caracteriza por ser secuencial, progresivo y acumulativo, lo que implica que las habilidades adquiridas se construyen sobre aquellas consolidadas anteriormente (1). Comprender cómo las experiencias tempranas de los niños y niñas impactan en su bienestar incluso en la edad adulta, releva la importancia de proteger sus trayectorias optimizando su desarrollo integral (2).

El bienestar de las niñas y niños se asocia a una serie de factores, entre los cuales los determinantes sociales de la salud tienen un rol protagónico (3). Aspectos como el nivel socioeconómico, educacional y laboral de la familia; la calidad de recursos básicos como el agua y diversos servicios sanitarios; factores protectores y de riesgo como la nutrición o estilos de vida; y condiciones estructurales asociadas a políticas públicas, socioeconómicas, culturales y medioambientales, interactúan a lo largo del curso de vida, afectando el desarrollo humano y los resultados en salud de las personas (4).

Existen estudios que señalan, por ejemplo, que aquellos niños y niñas que crecen en familias con bajo nivel socioeconómico tienen resultados desfavorables en relación con la salud cardiovascular. También se han encontrado diferencias significativas en otros aspectos, tales como peores indicadores en salud bucal o mayor abuso de sustancias en la adolescencia (5). De esta forma, la supervisión de salud en la infancia se constituye como una oportunidad única para disminuir las brechas e inequidades asociadas a factores tales como la nutrición, la calidad de las relaciones vinculares y las características del medioambiente.

Para acompañar al niño o niña y a su familia durante su trayectoria de crecimiento y desarrollo, el equipo de salud perteneciente a la Atención Primaria de Salud realiza evaluaciones periódicas. Estas evaluaciones pueden tener un enfoque promocional, preventivo, de tamizaje o de diagnóstico y tratamiento, dependiendo de las necesidades particulares al momento de realizar la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas (6).

Para ello se requiere fortalecer el trabajo colaborativo y coordinado, tanto entre los distintos niveles de atención en salud como con el intersector, para crear entornos que promuevan el desarrollo integral. Asimismo, es necesario seguir fortaleciendo las competencias de los equipos de salud desde un enfoque multidisciplinario, así como empoderar a las comunidades, familias, niños y niñas, en el cuidado y protección de la infancia.

En el año 2014, el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Salud de la Infancia, publicó la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Infantil de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Este documento fue elaborado para los profesionales de la salud que realizan acciones tanto asistenciales, como docentes, de investigación y/o de rectoría, estableciendo lineamientos técnicos necesarios para realizar una Supervisión de Salud Integral con estándares de calidad similares para todos los centros de salud, siendo el Control de Salud, la prestación más frecuente en este rango etario. La Norma Técnica genera entonces un hito en el Programa, ya que no solo otorga un enfoque de calidad en sus prestaciones, sino también otorga un contexto de equidad, propiciando que la atención de niños y niñas, independiente de sus condiciones sociodemográficas, reciban las mismas prestaciones mínimas universales en todo el territorio del país.

La presente actualización ha sido liderada por el Programa Nacional de Salud de la Infancia, en colaboración con diversos equipos técnicos del Ministerio de Salud, Sociedades Científicas, Universidades, Servicios de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) y Organismos Internacionales, quienes han aportado con su conocimiento, experiencia y visión desde distintas disciplinas.

La Norma entrega, inicialmente, los antecedentes epidemiológicos y sociales de la salud infantil, así como los principios y enfoques orientadores vinculados a la supervisión de salud infantil y en especial al control de salud. A continuación, se detallan las áreas generales y específicas de evaluación y abordaje necesarias para la supervisión de salud infantil. Adicionalmente, se describen aspectos del cuidado de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud en el contexto de la atención primaria. Por último, se establecen las prestaciones a realizar por parte del equipo de atención primaria por edad hasta los 9 años.

OBJETIVO GENERAL

Actualizar la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas (NT) de acuerdo con la nueva situación epidemiológica, evidencia científica, escenario sanitario y prestaciones a las que se puede acceder, con el fin de contribuir a que niños y niñas, sin distinción alguna, cuenten con las óptimas condiciones que favorezcan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Examinar la Estrategia Nacional de Salud y asegurar la coherencia de la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de niños y niñas con los objetivos sanitarios de la década.
2. Describir el marco jurídico e identificar los aspectos normativos que sustentan las actividades establecidas en la NT.
3. Describir los enfoques y principios orientadores de la atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años y, basado en ellos, formular un marco operativo para la NT.
4. Analizar las características sociodemográficas y epidemiológicas actuales que justifican las modificaciones incorporadas a esta actualización.
5. Aplicar, con las adaptaciones pertinentes, el modelo de salud familiar y comunitario a la modalidad de atención infantil.
6. Formular los componentes generales y específicos actualizados de la supervisión de salud infantil.
7. Formular los contenidos técnicos vinculados a la supervisión de salud infantil con base en evidencia científica y juicio de expertos.
8. Compartir con los equipos del territorio elementos clínicos e instrumentos de evaluación validados que les permitan identificar oportunamente señales de alerta o alteraciones que puedan presentarse en la infancia.
9. Elaborar flujos para la realización de las actividades propias de la supervisión de salud infantil en los distintos momentos del proceso.
10. Integrar en forma progresiva a niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud a la atención primaria, brindando una atención coordinada con los niveles de mayor complejidad.
11. Definir e incorporar estándares de calidad en las prestaciones contenidas en la NT.
12. Definir indicadores y establecer un plan de monitoreo y evaluación del cumplimiento de los objetivos de la supervisión de salud de los niños de 0 a 9 años contenidos en la NT.
13. Difundir la NT y capacitar, en su marco conceptual y en su aplicación, a los profesionales de la Atención Primaria de Salud del sistema público a lo largo del territorio nacional.

ALCANCE

Dirigido a los equipos de salud que participan en la supervisión de salud de los niños y niñas de 0 a 9 años 11 meses y 29 días, en los Centros de Salud de Atención Primaria del Sistema Público de Salud.

POBLACIÓN OBJETIVO

Recién nacidos y nacidas, lactantes, preescolares y escolares de 0 a 9 años 11 meses y 29 días.



ÍNDICE

CAPÍTULO 1

1.1. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD E INFANCIA	25
1.2. MARCO JURÍDICO	27
1.3. ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN EN SALUD	31
1.3.1 Enfoque de Derechos	32
1.3.2 Enfoque de Curso de Vida	34
1.3.3 Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud	35
1.3.4 Enfoque de Género	36
1.3.5 Enfoque Intercultural en Salud	37
1.3.6 Enfoque Biopsicosocial	39
1.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	40
1.4.1 Ingresos Familiares	41
1.4.2 Educación	42
1.4.3 Familia	42
1.4.4 Pueblos Indígenas	45
1.4.5 Migración	45
1.5. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	49
1.5.1 Morbilidad	49
1.5.2 Mortalidad	50
1.6. MODALIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO DE APS ..	55
REFERENCIAS	58

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES SOCIALES Y DE SALUD



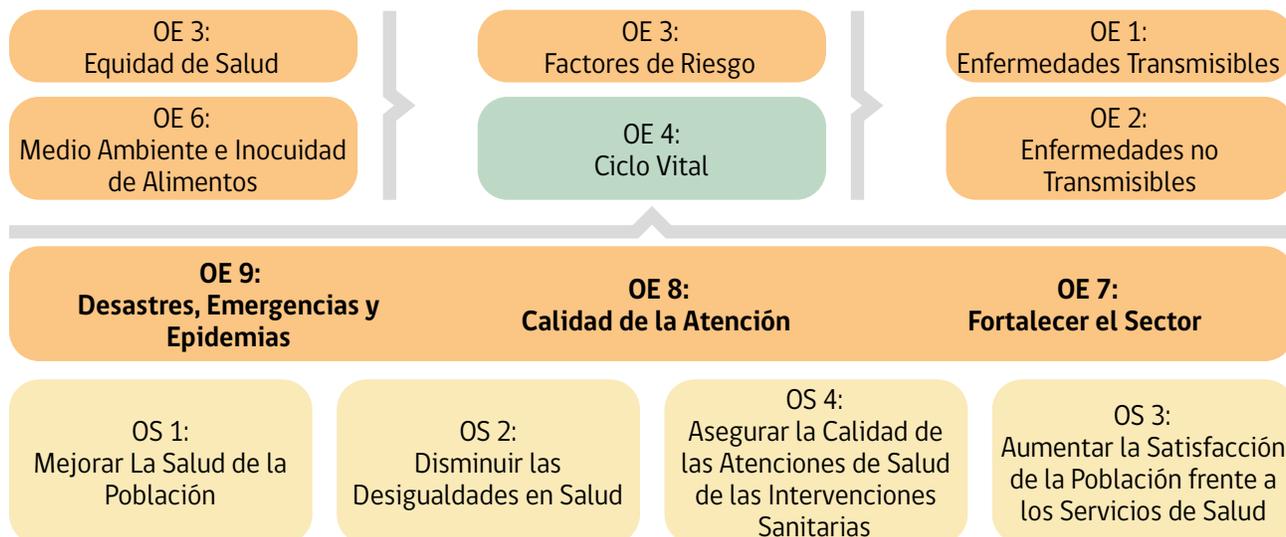
Con el propósito de ofrecer un contexto y antecedentes que orienten una atención integral, a continuación se describen: el marco sanitario y jurídico; los enfoques y principios de la atención en salud; y las características sociodemográficas y epidemiológicas de los niños y niñas de nuestro país. La mejor comprensión de la panorámica actual de la infancia permite contar con una oferta programática atinente a las necesidades de este grupo de la población.



1.1. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD E INFANCIA

En el año 2011, el Ministerio de Salud de Chile lanzó la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (4), que definió nueve objetivos estratégicos para la década (figura I-1). Esta es una política de Estado que asegura su continuidad en el tiempo y que, para el año 2020, compromete su evaluación de final de periodo para las metas sanitarias e indicadores a través de los cuales se monitorea su cumplimiento.

Figura I -1. Objetivos Estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.



Fuente: ENS 2011-2020, MINSAL (7).

En el Objetivo Estratégico número 4 (figura I-2), se instauró como una de sus metas disminuir el rezago infantil en un 15% en la población menor de 5 años, estableciéndose como línea base una prevalencia de 25,2%, para llegar a un 21,4% en el 2020. Se entiende por rezago, el grupo de niños y niñas que no alcanzaba todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad.

Figura I-2. Objetivo Estratégico número 4: salud infantil, disminuir el rezago en niños y niñas.



Fuente: ENS 2011-2020, MINSAL (7).

Como estrategias de reducción para la disminución del rezago en la población infantil, el Programa Nacional de Salud de la Infancia, ha fortalecido las competencias de los equipos técnicos en el acompañamiento a la trayectoria del desarrollo en la primera infancia. De esta forma, el año 2016, se ha alcanzado una prevalencia de rezago en población menor de 5 años del 18,3% (8), reduciendo en casi un 27% el indicador, desde el inicio de la medición.

Las acciones y prestaciones asociadas a la Supervisión de Salud Infantil contribuyen al logro de varios objetivos estratégicos vinculados a la salud de los niños y niñas. Entre algunas de las metas proyectadas al año 2021 se pueden encontrar: mantener los logros alcanzados en el control o eliminación de las enfermedades transmisibles, reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas a un 7,6 por 100.000 habitantes, aumentar en un 35% la prevalencia de niños y niñas menores de 6 años libres de caries, disminuir la prevalencia de obesidad en un 10% en población menor de 6 años, disminuir en un 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria (32).

Corresponde, en el año 2021, la construcción de la nueva Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2021-2030, en la cual se incluirán nuevamente metas e indicadores asociados a la salud infantil, acorde al escenario epidemiológico y sociocultural actual. Por tanto, la actualización de la "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud", pretende otorgar respuestas a las necesidades de la población en salud infantil para esta década.

1.2. MARCO JURÍDICO

El reconocimiento de niños y niñas frente a la sociedad desde lo jurídico permite que se inserten cabalmente en ella, como sujetos de derecho, participando y siendo sujetos activos, no solo como objetos de cuidado. Este enfoque permite avanzar en erradicar los malos tratos con los que se ha enfrentado la infancia y adolescencia por parte de los adultos, quienes utilizan la violencia y catalogan como propiedad a sus descendientes (9).

Se inicia esta sección presentando una reseña histórica de las iniciativas legislativas orientadas a la protección de la infancia que abarca más de un siglo, desde 1894 a 2021 (tabla I-1).

Tabla I-1. Iniciativas, políticas e intervención sanitaria orientadas al área infantil en a través de la historia.

AÑO	POLÍTICA/ NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
1894	Creación de la Protectora de la Infancia	Institución privada, sin fines de lucro, creada para acoger a los niños y niñas que, teniendo familia, merodeaban en las calles.
1901	Creación del Patronato Nacional de la Infancia	Institución privada, destinada a proteger y cuidar menores indigentes.
1912	Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia	A propósito de las problemáticas en relación con la salud de la infancia, se realiza este congreso para analizar integralmente los problemas de la infancia, desde la educación para la salud, hasta la forma de generar estadísticas, sentándose de esta manera las bases para un profundo nexo entre la pediatría y la medicina social.
1938	Ley 6.236	Conocida también como Ley de la Madre y del Niño, amplía los servicios de protección a la madre y a su hijo(a) y extiende la distribución de leche a todos los menores de dos años.
1938	Consejo de Defensa de Niño	Institución privada, que deriva posteriormente en el Servicio Nacional de Menores (SENAME).
1940	Servicio de Protección Infantil PROTINFA	Institución orientada a la protección integral de la infancia y la adolescencia, para cuidar la salud de niños y niñas en sectores de alto riesgo social.
1952	Servicio Nacional de Salud	Con su creación se fortalece el fomento y protección de la infancia.
1954	Programa de Alimentación Complementaria	Logra consolidar los programas nutricionales, permitiendo proporcionar una cantidad adecuada de leche a lactantes, nodrizas y gestantes del país.
1964	Decreto 725 Código Sanitario, Ministerio de Salud	Establece en el Artículo N°32 que el Servicio Nacional de Salud tendrá a su cargo la vacunación de los habitantes contra las enfermedades transmisibles.
1970	Ley 17.301	Creación de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI).
1975	Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)	Institución privada dirigida específicamente a reducir la prevalencia de desnutrición grave y la mortalidad en los menores de dos años.
1979	Decreto Ley 2465, del Ministerio de Justicia	Crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su ley orgánica.
1987	Ley 18.681	Declara que los beneficios comprendidos en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria constituyen un subsidio estatal especial financiado con aporte fiscal. En las normas elaboradas por el Ministerio de Salud y en su aplicación, deberá otorgarse especial prioridad a los niños hasta los seis años de edad y a las mujeres, embarazadas y puérperas, en riesgo biomédico y de escasos recursos, independientemente de su situación laboral o previsional o del régimen de atención de salud al cual se encuentran afectos.
1990	Decreto 830 que promulga la Convención Sobre los Derechos del Niño del Ministerio de Relaciones Exteriores	En el año 1990 el Gobierno de Chile suscribe la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. De esta forma, se dispone que se cumpla y lleve a efecto como Ley y que se publique copia autorizada de su texto en el Diario Oficial.
2007	Ley 20.189, Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Código del Trabajo	Prohíbe el trabajo de niños y niñas menores de 15 años. Excepcionalmente, la ley autoriza el trabajo de estos niños previa autorización de su representante legal y del Tribunal de Familia para trabajos relacionados con personas o entidades dedicadas al teatro, cine, radio o televisión, circo u otras actividades similares.
2004	Ley 19.968	Crea los tribunales de familia.

2005	Ley 20.032	Establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME y su régimen de subvención.
2005	Ley 20.066	Tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma. Establece obligación de protección, siendo deber del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia. Además, el Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños y niñas, y a prestar asistencia a las víctimas.
2004	Ley 19.966	Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).
2007	Ley 20.162	Reforma constitucional que indica que para el Estado es obligatorio promover la educación parvularia y garantizar el acceso gratuito y el financiamiento fiscal al segundo nivel de transición, sin que éste constituya requisito para el ingreso a la educación básica.
2008	Decreto 236, que promulga el Convenio 169, sobre pueblos indígenas y tribales, del Ministerio de Relaciones Exteriores	En su artículo 25 establece medidas para que el sector salud adecue sus prácticas y considere las condiciones económicas, sociales, culturales, así como métodos de prevención y prácticas curativas de la población indígena.
2009	Ley 20.379	Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo".
2011	Ley 20.530	Crea Ministerio de Desarrollo Social y Familia para avanzar en materias de equidad y desarrollo social, especialmente aquellas destinadas a erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas, familias o grupos vulnerables en distintos momentos del ciclo vital.
2011	Ley 20.545	Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental.
2012	Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud	El Artículo 7 establece el derecho que tienen las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir atención de salud con pertinencia cultural.
2012	Ley 20.609	Establece medidas contra la discriminación. Su objetivo es instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho cuando se cometa un acto de discriminación arbitraria.
2013	Decreto Exento 1201, del Ministerio de Salud	Modifica decreto N°6, de 2010, que dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país.
2013	Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia	Su objetivo es establecer un marco normativo y regulatorio de apoyo a los equipos de salud que trabajan en infancia en los distintos niveles del sistema. Es consistente con el espíritu de la reforma del sector salud que reconoce como principios rectores la equidad, la descentralización, la política de calidad y seguridad del paciente y la participación.
2014	Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud	Documento dirigido a todos los profesionales y técnicos de salud vinculados con el Programa Nacional de Salud de la Infancia. Tiene como objetivo brindar estándares técnicos de supervisión de salud de niños y niñas en atención primaria de salud.
2015	Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015 - 2025	Establece la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025, que permitirá abordar de manera integral la realidad de niños y niñas. Estará a cargo de un Comité de Ministros de la Niñez y la Subsecretaría de la Niñez que dependerá del Ministerio de Desarrollo Social. Su finalidad será cumplir con la finalidad del Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez, debiendo proteger siempre el interés superior de los niños y niñas, su derecho a ser oído y el respeto de su autonomía progresiva.
2017	Decreto Exento 340, del Ministerio de Salud	Modifica decreto supremo N°6, de 2010, del Ministerio de Salud, que dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país, en el sentido que indica.
2018	Acuerdo Nacional por la Infancia	Busca promover el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes para que éstos alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades, generando mecanismos que permitan actuar a tiempo, para prevenir que alguno de ellos se quede atrás, así como para proteger aquellos niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados para que puedan retomar una trayectoria de desarrollo que contribuya a potenciar su bienestar.
2018	Ley 21.057	Regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales.
2018	Ley 21.090	Crea la Subsecretaría de la Niñez.
2018	Ley 21.067	Crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez.

2019	Ley 21.140	Modifica la Ley N°20.032, que establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME, y su régimen de subvención y el decreto ley N°2.465, del año 1979, del ministerio de justicia, que crea el servicio nacional de menores y fija el texto de su ley orgánica.
2018	Ley 21.120	Reconoce y da protección a la identidad de género. Se desprende de esta Ley el establecimiento de programas de acompañamiento para la niñez trans y género no conforme.
2019	Ley 21.155	Establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio. Tiene como objetivos: reconocer el valor fundamental de la maternidad y del derecho a la lactancia materna, como un derecho de la niñez; consagrar el derecho de la niñez al acceso a la leche humana y el derecho de las madres a amamantar libremente a sus hijos e hijas y; garantizar el libre ejercicio de la lactancia materna y del amamantamiento libre, y sancionar cualquier discriminación arbitraria que cause privación, perturbación o amenaza a estos derechos.
2021	Ley 21.302	Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia que está sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, en base a información obtenida de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (11), Silva et al, s/f (12) y MINSAL, 2013 (13).

Fuente:
Manual Operativo de
Lactancia Materna,
MINSAL, 2018



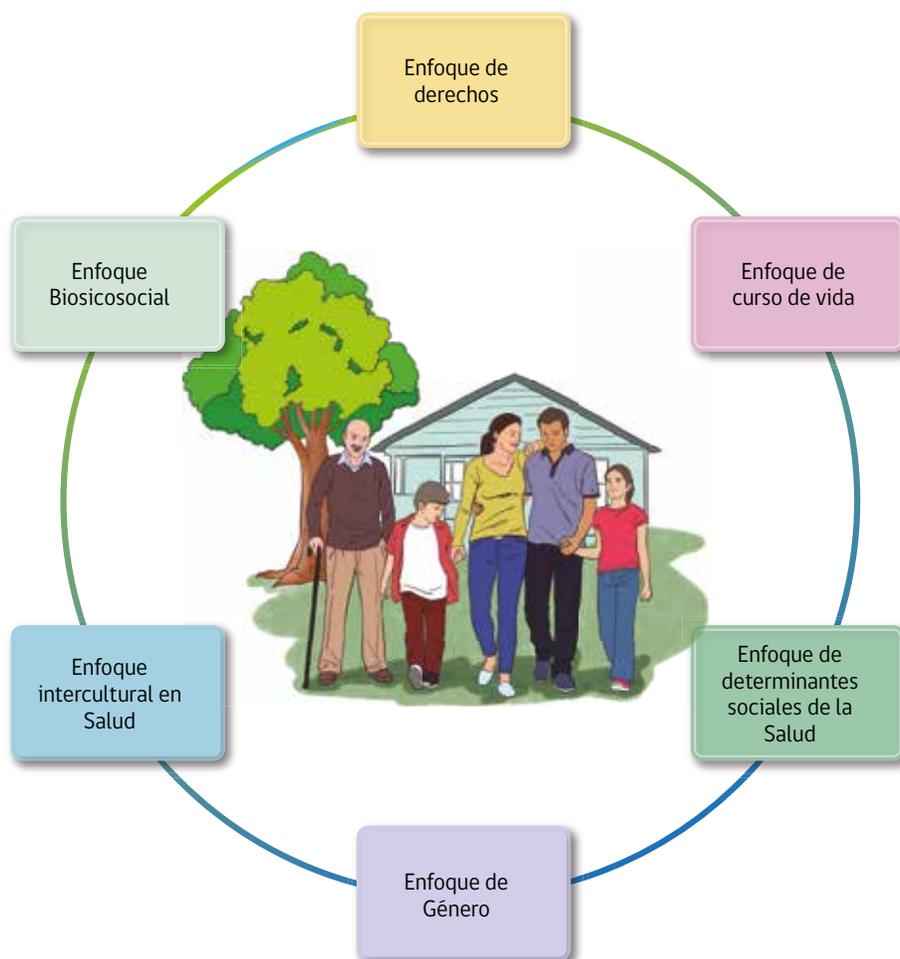
1.3 ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La atención de salud infantil y, en particular, la supervisión de salud, necesariamente debe considerar ciertos principios y enfoques que van a determinar la forma en que los equipos de salud se aproximarán y concretarán dicha actividad.

Estos principios, explicitan la complejidad de las acciones en el ámbito de la salud infantil, los que invitan a considerar diversos paradigmas e interpelan a los equipos de salud a tener una mirada y un accionar integral desde todo punto de vista. A su vez, estos enfoques no son excluyentes, sino más bien deben ser complementarios y transversales en la práctica clínica de los equipos de salud.

A continuación, se presentan los enfoques y principios que orientan la atención de salud infantil, a saber: enfoque de Derechos, de Curso de Vida, de Determinantes Sociales, de Género, Intercultural y Biopsicosocial (figura I-3).

Figura I-3. Enfoques orientadores en salud infantil.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

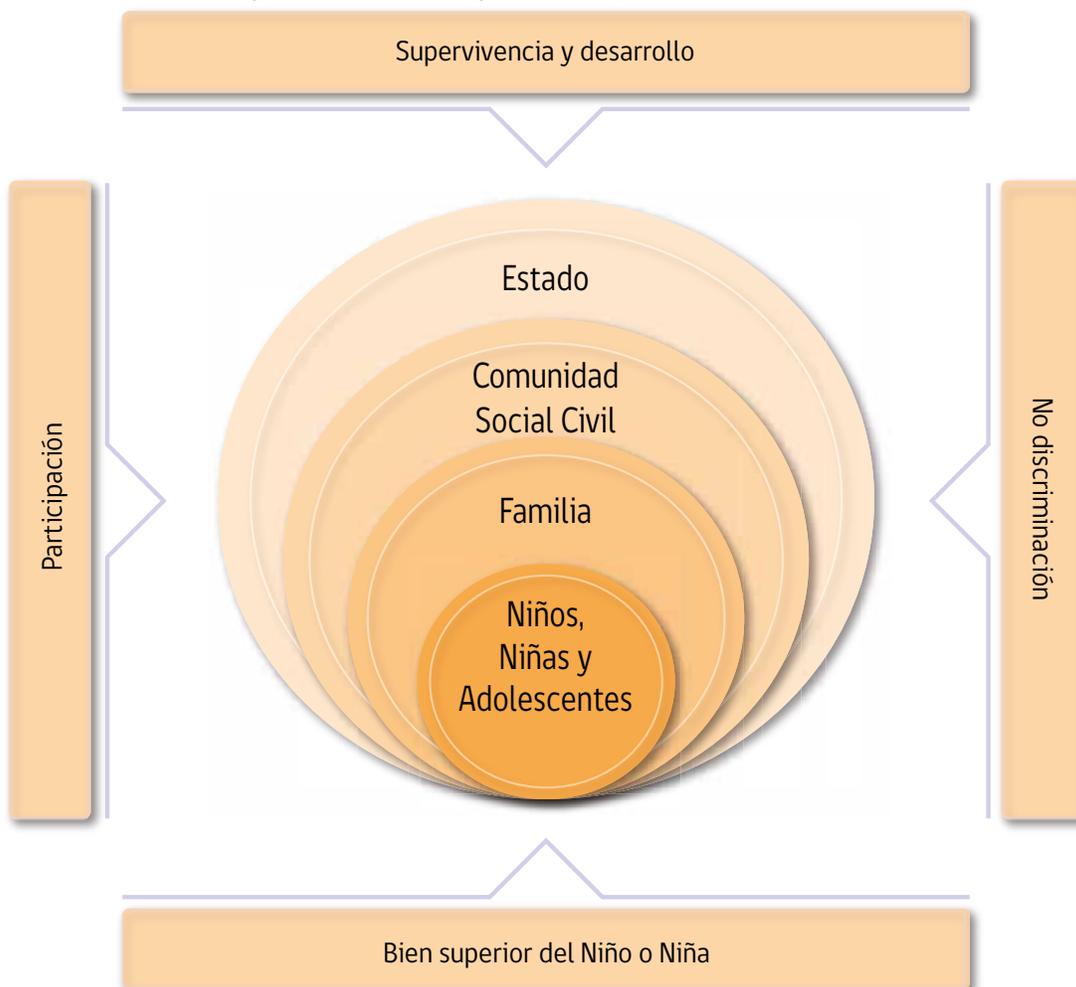
1.3.1. ENFOQUE DE DERECHOS

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) aprobada el año 1989 (14) y ratificada por nuestro país un año más tarde, marca un antes y un después en la conceptualización de la niñez, transitando desde un paradigma de protección hacia un paradigma de derecho. Este último, implica reconocer al niño, niña y adolescente (en adelante NNA) como sujeto de derechos, con necesidades y deseos específicos que deben ser cubiertos, capaz de expresarlos, con posibilidad de participar en las decisiones que los incumben y gozar de cierto grado de autonomía progresiva, modulado de acuerdo con el momento del desarrollo en el que se encuentra. Además, interpela a los Estados firmantes, a la obligatoriedad de su cumplimiento.

Una forma de aplicar el enfoque de derechos en la implementación de políticas públicas es proponer el modelo ecológico, que permite considerar la multidimensionalidad de este enfoque y, por lo tanto, los diversos niveles de intervención e interdependencia. Por otra parte, permite considerar cómo se incorporan en todos los niveles los cuatro principios fundamentales en los cuales se basa el enfoque de derechos en la Infancia desde la ONU: supervivencia y desarrollo, participación, no discriminación, además de un principio que atraviesa todo el paradigma del derecho, que es el principio de bien superior del NNA y que finalmente no es más que el cumplimiento efectivo de los derechos (figura I-4).

Enfoques y Principios Orientadores de la Atención

Figura I-4. Mirada Ecológica del Enfoque de Derecho en NNA.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, basado en Convención de los Derechos del Niño, 1990 (15) y Bronfenbrenner, 2007 (16).

En esta mirada ecológica, aparece claramente el rol de las personas adultas como garantes de los derechos del NNA, siendo la familia la garante primaria, otorgando a la comunidad, y finalmente al Estado un rol importante, dado que tiene la obligación de generar las condiciones para que la familia pueda ejercer este rol y suplirla cuando ésta no tenga las condiciones para garantizarlos.

De esta forma, se deduce que los prestadores de salud, como parte del Estado, tienen la oportunidad y obligación de asegurar que estos derechos se cumplan, en especial desde la práctica de los principios, como una forma de entender y ejercer la labor asistencial.

a) Igualdad y No discriminación

Discriminación es cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia realizada sobre la base de las condiciones antes descritas que afecte el goce de derechos a la salud y otros derechos relacionados. La protección que brinda la CDN contra la discriminación se explica por la especial condición de vulnerabilidad en que se encuentran NNA y frente a las cuales las normas generales resultan insuficientes (17). Busca protegerlos de la explotación, abuso y negligencia de la que pueden ser objetos y de aquellas acciones que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (18).

Los NNA son discriminados (17):

- En razón de su especial posición en la sociedad (ej. a través de ciertas formas de castigo).
- Cuando son comparados con otros NNA y, en especial, frente a los adultos.
- En razón de su género o su pertenencia a ciertos grupos sociales que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.

De acuerdo con la Observación general N° 14 (2000) (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (19)), el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos que permiten el ejercicio efectivo del derecho a la salud a todas las personas. Para el caso de pueblos indígenas y personas migrantes interesa enfatizar el principio de aceptabilidad que refiere a la obligación del Estado a entregar servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. Esto quiere decir que deben considerarse aspectos culturales de las personas, los pueblos y las comunidades, además de ser sensibles al género y al ciclo de vida.

Es importante recordar que Chile dispone de un instrumento normativo en esta materia, que regula la Discriminación Arbitraria (20), por motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, opción sexual entre otros.

b) Supervivencia y desarrollo

Este derecho no solo explicita la necesidad de provisión de servicios para proteger la vida, sino también de contar con las condiciones para un desarrollo óptimo en todos los aspectos del ser humano: físico, psíquico (emocional y cognitivo) y social.

Por otra parte, la OMS ha establecido que el enfoque de la salud basado en los derechos humanos tiene como uno de sus ejes el garantizar el derecho a la salud de las personas y comunidades, estableciendo que los procesos de elaboración de políticas públicas de salud y los diversos programas que las componen, deben guiarse por normas y principios de derechos humanos.

c) Participación

Implica que todos los NNA tienen derecho a expresar sus opiniones y a participar en todos aquellos aspectos que le conciernen, en este caso en el ámbito de la salud. Esto significa que se debe ir transitando de esta mirada adultocéntrica de la salud, para poder visibilizar a los NNA en las acciones que se producen, no sólo a través de la información, sino logrando niveles superiores de participación, como lo es la toma de decisiones, en situaciones que les conciernen a ellos mismos. Para avanzar sobre ello, se requiere: ampliar el concepto de participación a todos los aspectos de la vida del niño/a y adolescente, en los diversos escenarios (interior de la familia, en la escuela, en el hospital o en materias de políticas públicas entre otros), ya que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser consultados e involucrados en los diversos aspectos que significa la participación.

Existe una profunda discusión de lo que significa, en lo operativo, el concepto de la autonomía de NNA que tiene la característica de ser progresiva y que debe necesariamente conversar con el concepto de bien superior del niño/a. Es importante considerar que no existe una edad mínima para esta participación, por lo que esta capacidad estará definida de forma individual; por otra parte, este principio no es una obligación, sino que es una opción, y entonces el rol de Salud es dar las condiciones para que esto ocurra.

d) Bien superior del niño y la niña

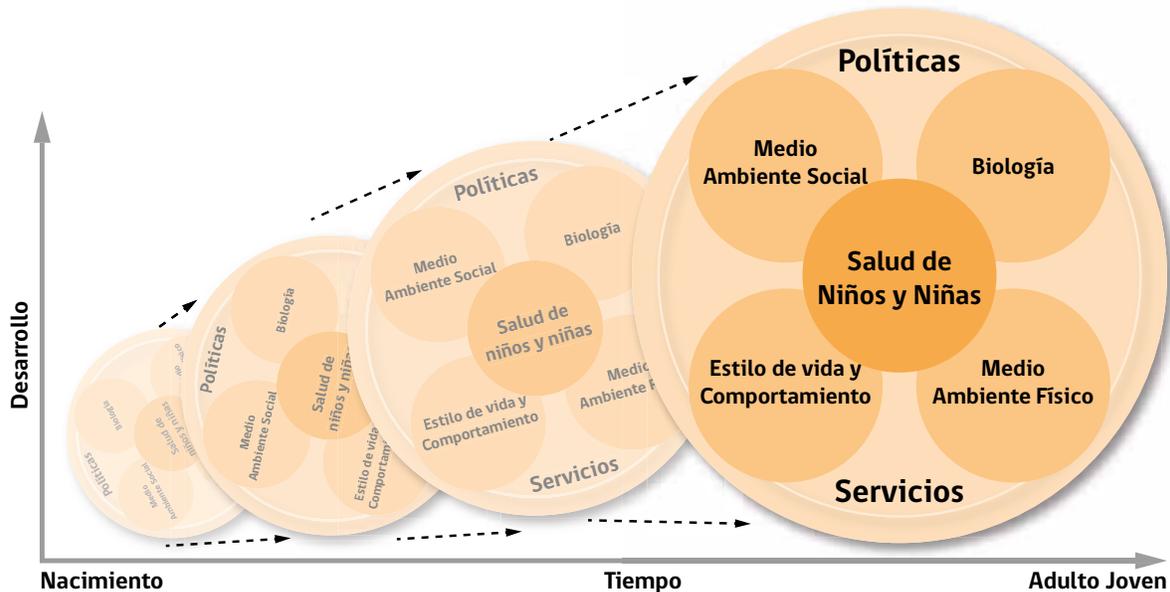
Este principio implica que todas las medidas respecto del niño o niña que tomen las instituciones públicas o privadas, de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas u otros, deben estar basadas en la consideración del interés superior del mismo. De esta forma, corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres y madres, u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo (15).

1.3.2. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

El desarrollo humano y los resultados en salud, dependen de factores multidimensionales complejos que son el resultado de la interacción de diferentes factores, experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas, además, por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural (20). Es así, como intervenciones durante la etapa de la niñez y adolescencia, tendrán efecto en el adulto y en las personas mayores, además de poder afectar a las siguientes generaciones. Ejemplos existen muchos, tales como la planificación del embarazo, la atención prenatal adecuada, las medidas adecuadas para una maternidad sin riesgo, la lactancia materna, la vinculación afectiva temprana de un infante con un adulto, la crianza respetuosa, la prevención del consumo del tabaco y la adquisición de un hábito de alimentación sana. Todos factores protectores claves para obtener resultados favorables para la salud de la población (4,22).

El concepto de curso de vida es un modelo (figura I-5).

Figura I-5. Modelo de Salud infanto-adolescente y sus determinantes.



Fuente: MINSAL, 2012 (21).

Considera los diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida, de forma independiente, acumulativa e interactiva, que influyen en la salud y la enfermedad de las personas (23). Integra los procesos de riesgo biológico y social, reconoce que también el entorno condiciona la exposición al riesgo y las estrategias de respuesta del individuo, concretándose en inequidades en el acceso a los servicios (21). Por otra parte, esta mirada longitudinal de la vida integra sus distintas etapas (gestacional, infancia, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor) y sus características particulares, de forma que cada una se encuentra relacionada con la otra, permitiendo también visualizar influencias y patrones intergeneracionales.

Esta mirada del curso de vida es útil para poder entender cómo es que la salud de las personas puede seguir trayectorias tan distintas, afectando variables como expectativa de vida, calidad de vida, presencia de enfermedades crónicas, entre otras. Este enfoque enfatiza que es la interacción entre la biología y la experiencia, lo que determina el desarrollo de la salud de los individuos y poblaciones, y nos permite una comprensión más profunda sobre las causas de las enfermedades y el modo de prevenirlas.

Comprender este paradigma, implica considerar lo relevante que puede ser nuestra acción (supervisión de salud) a la hora de poder ser un factor que determine en forma más saludable la trayectoria y los procesos de transición de los individuos desde la infancia.

1.3.3. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Se entienden como Determinantes Sociales de la Salud (DSS) las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud (3).

El concepto de DSS surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Este enfoque amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales (3).

Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. En definitiva, es el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (figura I-6).

Existen grandes oportunidades para trabajar colectivamente sobre esos determinantes, desde dentro y fuera de los sistemas sanitarios. Para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reducir los niveles de inequidad sanitaria y mejorar el estado general de salud de la población, es preciso combatir de forma coordinada las afecciones importantes para la salud pública, actuando dentro de sistemas fortalecidos, basados en la atención primaria de salud.

Figura I-6. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud. OMS, 2009 (3).

Para ello la Comisión sobre Determinantes de la Salud (OMS) formula tres recomendaciones principales (3):

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

En lo que respecta a la primera recomendación, se hace énfasis que uno de los ámbitos de trabajo es abordar de forma integrada el desarrollo en los primeros años de vida, partiendo de los programas de supervivencia infantil existentes y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo.

Otro aspecto relevante es el enfoque de salud en todas las políticas (23), que surge a partir del reconocimiento cada vez mayor de que los resultados y la inequidad en materia de salud trascienden el sector de la salud y abarcan muchos sectores sociales y gubernamentales. Es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores, que de manera sistemática debieran considerar las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, buscando sinergias y evitando impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Este concepto se puede considerar como el «brazo operativo» del enfoque de los determinantes Sociales.

1.3.4. ENFOQUE DE GÉNERO

La incorporación del Enfoque de Género responde al desafío de implementar políticas basadas en derechos que consideren de manera simultánea la equidad de género y los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Este enfoque apunta al conjunto de prácticas, símbolos, estereotipos, creencias, normas y valores sociales que se construyen a partir de la diferencia en el sexo biológico, la que define y prescribe modos y posibilidades de ser y hacer diferenciados para hombres y mujeres desde la primera infancia, y a lo largo del curso de vida.

Esta distinción no sólo se ve reflejada en procesos de aprendizaje de estereotipos y de roles específicos, sino que conlleva, muchas veces, a establecer relaciones asimétricas de poder que afectan de manera diferente las oportunidades de integración social en los ámbitos que las niñas y niños valoran. Esto, en muchos casos, se traduce en políticas, prácticas y actitudes discriminatorias frente a modos de ser y hacer, restringiendo las posibilidades de construcción de una sociedad equitativa, diversa e inclusiva. Por tanto, es importante identificar en el diseño e implementación de servicios destinados a niños, niñas y sus familias, elementos claves que reviertan esta situación (24).

La supervisión de salud es un escenario relevante a la hora de incorporar y educar en la praxis de este enfoque. Algunos de los aspectos a relevar son:

1. **Promover una mayor participación de los padres (hombres) en los procesos de salud reproductiva y en las tareas de cuidado y crianza de sus hijas e hijos** (26): es un derecho de niñas y niños ser cuidados por sus padres. Además, la participación activa del padre en los cuidados y crianza de los niños y niñas, constituye un beneficio para el desarrollo y es relevante para avanzar hacia la equidad de género.
2. **Evitar y corregir estereotipos culturales:** la familia transmite estereotipos de género por: a) las expectativas de las madres y los padres respecto al comportamiento de sus hijas e hijos; b) la forma de tratar a las hijas e hijos, de manera diferente si son niñas o niños (el rosado es para niñas, los hombres no juegan con muñecas, etc.); c) las relaciones entre las madres y los padres (la madre tiene que limpiar la casa, hacer la comida y el padre no) (27). Todas, situaciones que los equipos de salud deben ir modelando.
3. **Participar activamente en el proceso de construcción de la identidad de género:** reconociendo que el género es el constructo social de lo que la sociedad dice sobre lo que es ser hombre y ser mujer (27), y que se configura por una red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencia a los hombres de las mujeres. Es importante crear espacios protegidos y acompañar a las familias en este proceso de construcción de identidad de sus hijos e hijas, desarrollando tanto en la familia como en los equipos, la aceptación de la diversidad y la inclusión. Esto es muy relevante, considerando que si bien el género es una construcción social, la identidad de género es la convicción personal e interna de ser hombre, mujer, o quien uno es, tal como la persona se percibe a sí misma, la cual no necesariamente debe coincidir con su sexo biológico y es definida como un espectro que no necesariamente se restringe a identidades en absoluto femeninas y masculinas, sino que es posible acercarse a los extremos, avanzar desde uno al otro o no identificarse con alguna de ellas (28).

1.3.5. ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD

Un factor importante relacionado con los determinantes sociales es la Interculturalidad (3), enfoque que permite dar cuenta de una interrelación equitativa y respetuosa de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas y de género. Su relación con salud releva el reconocimiento y respeto de la singularidad y diversidad que cada cultura tiene a lo largo del curso de vida, construyendo un ambiente donde estas diferencias cohabiten y aporten a la mejor salud de la población.

En este contexto, existe consenso en la comunidad internacional, sobre el reconocimiento de la migración y la pertenencia a algún pueblo originario, como un determinante social de la salud, debido, entre otras cosas, a que todo patrón migratorio y/o de pertenencia étnica, genera factores individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa.

En cuanto a la articulación de la interculturalidad con el concepto de salud-enfermedad, tal como se ha ido estableciendo en los lineamientos del Ministerio de Salud de Chile (29), integrar la mirada intercultural a los programas de salud, resulta fundamental para la implementación de estrategias que consideren la visión de mundo y realidades socioculturales de los distintos usuarios.

En este sentido, es necesario reconocer que las acciones de los profesionales de salud se desarrollan en contextos culturales diferenciados y en constante interacción. Por tanto, el diseño de estrategias, programas y acciones definidos sólo en relación con el sistema de creencias del equipo de salud, representa un obstáculo para la prevención, promoción y acceso a una atención oportuna y pertinente desde lo cultural y/o territorial.

Es necesario considerar, por ejemplo, que los pueblos originarios o comunidades migrantes en sus países de destino, poseen una identidad étnica dinámica, que se encuentra en constante cambio, construcción y reactualización, en tanto diversos procesos sociales y globales impactan y redefinen el desarrollo de las personas a lo largo de su curso de vida.

Los pueblos indígenas tienen la particularidad de contar con un sistema y modelo médico propio, vigente y al cual acceden en contextos urbanos y rurales. Este sistema y modelo médico da cuenta de la existencia de un conjunto de agentes de salud, recursos y prácticas terapéuticas, orientadas por decisiones y formas de comprender e interpretar los procesos de salud-enfermedad-atención. Este sistema y modelo médico indígena requiere ser considerado en una relación de simetría por el equipo de salud en articulación con la oferta de salud y las prestaciones del Programa Nacional de Salud de la Infancia.

Por otra parte, los pueblos originarios también demandan adecuaciones al sistema de salud lo que debiera traducirse en un sistema de salud más pertinente, cuya organización permita responder a las particularidades de sus perfiles epidemiológicos y a las necesidades concretas de acceso a salud. Para ello, es necesario que los profesionales se formen, informen e interioricen sobre el entorno cultural, social y territorial de la familia. De existir un facilitador intercultural, se recomienda incorporarlo para el análisis.

Para lo anterior se requiere avanzar en la elaboración de guías, orientaciones técnicas, recomendaciones, protocolos y/o Normas Técnicas específicas que permitan la implementación de este enfoque.

Respecto a la migración, es sabido que la inserción de las personas migrantes es muy compleja, debido a barreras de idioma, costumbres, diferentes formas de concebir la salud y enfermedad, acceso a los servicios de salud, dificultad para “navegar en el sistema de salud” producto de la desinformación, entre otros. Al respecto, la realidad de nuestro país no es distinta, por lo tanto, abordar la atención de una nueva sociedad conformada por personas de distintas culturas, con costumbres y condiciones de salud diferentes, es un compromiso ético y moral de todos los actores del sistema de salud.

En los últimos años, un porcentaje considerable de las consultas de Atención Primaria de Salud (APS) están dedicadas a la atención de niños inmigrantes menores de 10 años. Por lo tanto, se hace necesario actualizar los protocolos y normas técnicas de atención, con el objetivo de mejorar la atención en este grupo pediátrico, incluyendo la detección de factores de riesgo, el tratamiento de los problemas médicos y su seguimiento desde un enfoque de reconocimiento de la diversidad sociocultural.

En este contexto, se hace necesario que los equipos de salud adquieran ciertos conocimientos y se preparen para brindar una atención adecuada, de calidad y con pertinencia territorial y cultural, contribuyendo de esta forma a que la inserción y adaptación de los colectivos migrantes y/o de pueblos originarios, especialmente de los grupos bajo mayores vulnerabilidades, tales como los niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes.

1.3.6. ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

El Enfoque Biopsicosocial elaborado por Engel (30), representa un intento de integrar tres factores: biológicos, psicológicos y sociales. Amplía la mirada, sosteniendo que estos factores determinarán la salud y la enfermedad de las personas. Este enfoque, evolucionado desde la Teoría General de Sistemas, da énfasis a la complejidad del proceso salud enfermedad, contrastando con el modelo tradicional, lineal y reduccionista de la medicina biomédica que plantea que cada proceso de enfermedad se explica en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anomalía en el desarrollo, o una lesión.

Algunas características de este enfoque:

- La salud y la enfermedad son un continuo, en el cual se entiende que este proceso es multidimensional donde interactúan sistemas biológicos, psicológicos y sociales, culturales tanto individuales familiares y ambientales (pensamiento sistémico).
- Se reconocen opciones como tener enfermedad y no sentirse enfermo o viceversa, por lo que se amplían las posibilidades de quienes serán objeto de nuestro quehacer (no sólo los que tienen enfermedad) poniendo el foco en las personas.
- El diagnóstico debe considerar todos los aspectos mencionados considerando modelos de salud que incorporen esta complejidad. Para ello se requiere del desarrollo de competencias profesionales e incorporación del contexto (31).
- La relación entre las personas y los equipos de salud incorpora a la familia como marco referencial y considera a la familia y sus recursos en todos los ámbitos del proceso salud enfermedad, tanto en el origen del problema, en la causa del problema y en las posibles soluciones para superarlo. Esto se hace aún más relevante en la atención con niños y niñas en donde la familia y específicamente padre, madre y cuidadores son los mediadores en la atención en salud.
- Por otra parte, considera al profesional como un facilitador del autocuidado de la salud de las personas y las familias, favoreciendo que ellas se empoderen, se responsabilicen y aumenten sus capacidades de autogestionar su propio cuidado y favorezcan la conservación de su salud.
- Implica también, una forma relacional diferente entre los miembros del equipo de salud, que deben considerar una respuesta integral y multidisciplinaria de abordaje del cuidado de las personas y familias.

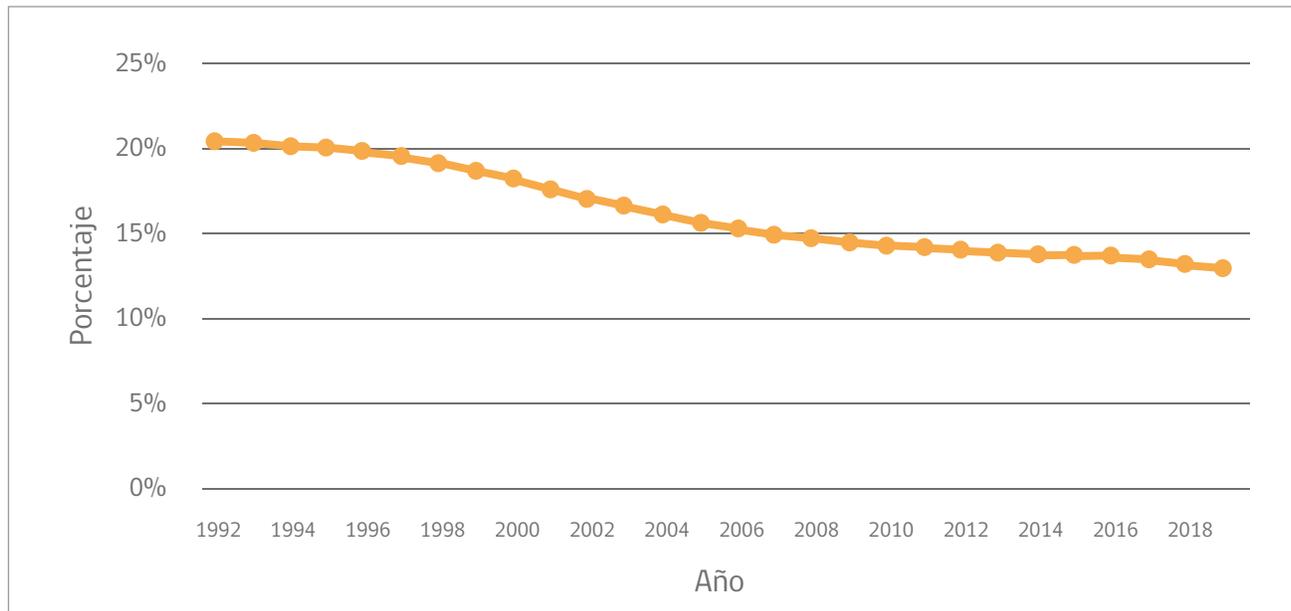
El Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, incorporado en el contexto de la reforma de salud del año 2005, considera una serie de elementos que sin duda tributan a la complejidad de este enfoque biopsicosocial y que hay que considerar.

1.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, se presentan las características sociodemográficas del país que se asocian a la salud infantil, entre ellas; ingresos familiares, educación, familia, pueblos indígenas y migraciones.

La población en nuestro país ha crecido en forma sostenida, acelerándose este fenómeno en los últimos 60 años llegando, de acuerdo con el Censo del año 2017, a 17.574.003 habitantes (32). En este contexto general, el porcentaje de población de 0 a 9 años de la población total ha ido disminuyendo de forma paulatina (gráfico I-1), desdibujando la pirámide poblacional y reduciendo así el peso relativo de la población infanto-juvenil para aumentar las poblaciones de edades mayores (9).

Gráfico I-1. Porcentaje de Población de 0 a 9 años de la Población total. Periodo 1992-2018



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2019 (32).

En la siguiente figura (gráfico I-2), se detalla la evolución de los distintos grupos etarios, observando una tendencia sostenida al envejecimiento de la población, a partir del descenso del porcentaje de personas menores de 15 años, que en 1992 era 29,4%, y en el 2017 llegó a 20,1% (32). Se aprecia, además, el aumento de la población mayor de 64 años, pasando de un 6,6% en el año 1992, a un 11,4% en el año 2017. Entre los principales factores que explican el envejecimiento de la población en Chile, se encuentra la baja constante de la tasa global de fecundidad y las mejoras en las condiciones de salud en el país, que explican el alza de la esperanza de vida al nacer (32).

Gráfico I-2. Distribución porcentual de la población, por grupos de edad, según censos 1992, 2002 y 2017.



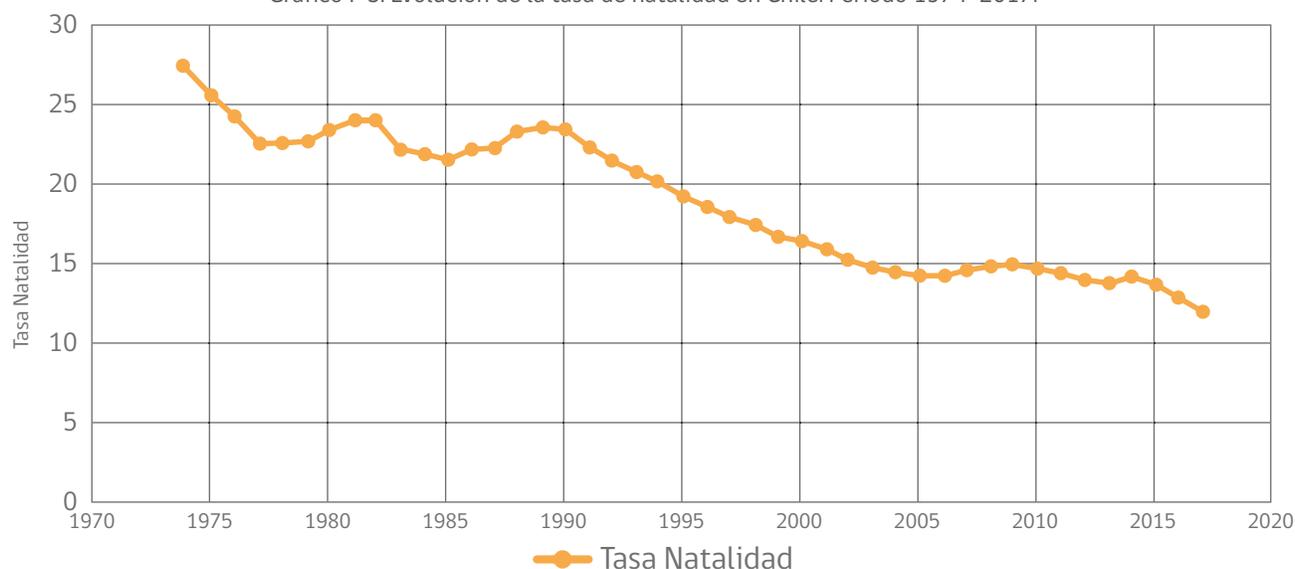
Fuente: INE, 2018 (32).

De acuerdo con las estadísticas vitales publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en abril del año 2019 (33), en el año 2017 se produjeron 219.186 nacimientos, 12.563 menos que en 2016. Del total de nacimientos, 50,9% fueron hombres y un 49,1% mujeres. Al observar su distribución por grupos de edad de la madre, se obtiene que el 72,2% de los nacimientos se concentra en el tramo 20 a 34 años. Desglosando ese tramo, el grupo de 25 a 29 años es el que tiene mayor porcentaje de representación, con un 27,1% de los nacimientos. Le sigue el grupo de 30 a 34 años, con un 24,6% del total, y el grupo de 20 a 24 años, con un 20,5%.

Lo anterior se condice con el retraso de la maternidad y el consiguiente desplazamiento de la cúspide de la distribución porcentual de los nacimientos en el país, que pasa de una cúspide temprana a una tardía. La Región Metropolitana, al concentrar la mayor parte de la población del país, agrupa el 42,3% de los nacimientos totales (33).

En Chile, la natalidad ha presentado una sostenida reducción, llegando la tasa de natalidad (número de nacimientos por cada mil habitantes en un año), de 27,3 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 1974, a 11,9 nacidos vivos por 1.000 habitantes en el año 2017 (gráfico I-3) (34).

Gráfico I-3. Evolución de la tasa de natalidad en Chile. Periodo 1974-2017.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2017 (34).

1.4.1. INGRESOS FAMILIARES

De acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, un 14,4% de la población de 0 a 9 años se encuentra en situación de pobreza por ingresos, siendo mayor en el grupo de 0 a 3 años (15% de la población de 0 a 3 años se encuentra en esta situación). Sin embargo, al considerar la pobreza multidimensional -considerando 5 dimensiones: educación; salud; trabajo y seguridad social; vivienda y entorno; redes y cohesión social- este porcentaje aumenta a un 25,4% en total, siendo mayor en la población de 4 a 5 años con un 28,9% de este rango etario (4 a 5 años) (35).

Por otra parte, existe variabilidad regional importante. La Región de Magallanes presenta el menor porcentaje de población menor a 10 años en situación de pobreza por ingresos (un 5,3% de la población de 0 a 3 años; un 3,1% entre 4 a 5 años y un 3,7% entre 6 a 9 años). La Región Metropolitana también se encuentra entre aquellas con valores menores a la mayoría de las regiones (un 11,2% de la población de 0 a 3 años; un 10,7% entre 4 a 5 años y un 9,7% entre 6 a 9 años). Mientras, en la Región de la Araucanía se presentan los porcentajes más elevados (un 26,7% de la población de 0 a 3 años; un 21,4% entre 4 a 5 años y un 24,4% entre 6 a 9 años) (35).

De acuerdo con la zona, la pobreza multidimensional también tiene amplia variabilidad según se habite en zona rural o urbana. En la población en el tramo de 4 a 5 años, la pobreza multidimensional en las zonas rurales alcanza un 44,1%, comparado con un 26,9% en la zona urbana (35).

1.4.2. EDUCACIÓN

En relación con la educación parvularia, la tasa bruta de matrícula aumentó en casi 6 puntos porcentuales entre los años 2010 y 2016, con la mayor tasa de crecimiento dentro de los niveles medios y los de sala cuna, que aumentaron su matrícula en un 19% y en un 13% respectivamente durante el periodo indicado (36). De acuerdo con el Censo 2017, el 50,3% de la población entre 0 a 4 años acude a algún tipo de educación formal, de los cuales el 70,8% acude a sala cuna o jardín infantil y un 24,7% a prekínder (37).

La información entregada por el Censo 2017 muestra además que la población entre 5 a 9 años acude en un 96,7% a educación formal, de los cuales el 57,5% acude a educación básica y 29,8% asiste a kínder. Entre los años 2010 y 2016 la tasa bruta de matrícula en la enseñanza básica se ha mantenido sin variaciones importantes (36).

De todos estos niños y niñas asistentes, menos del 1% corresponde a educación especial o diferencial (0,84%) (37).

1.4.3. FAMILIA

En las últimas décadas, las concepciones y formas de hacer familia en nuestro país han ido evolucionando y abriéndose a miradas más amplias. Sin embargo, la corresponsabilidad sigue siendo un desafío pendiente, manteniendo la mujer el rol principal en torno al cuidado y a las labores domésticas (38).

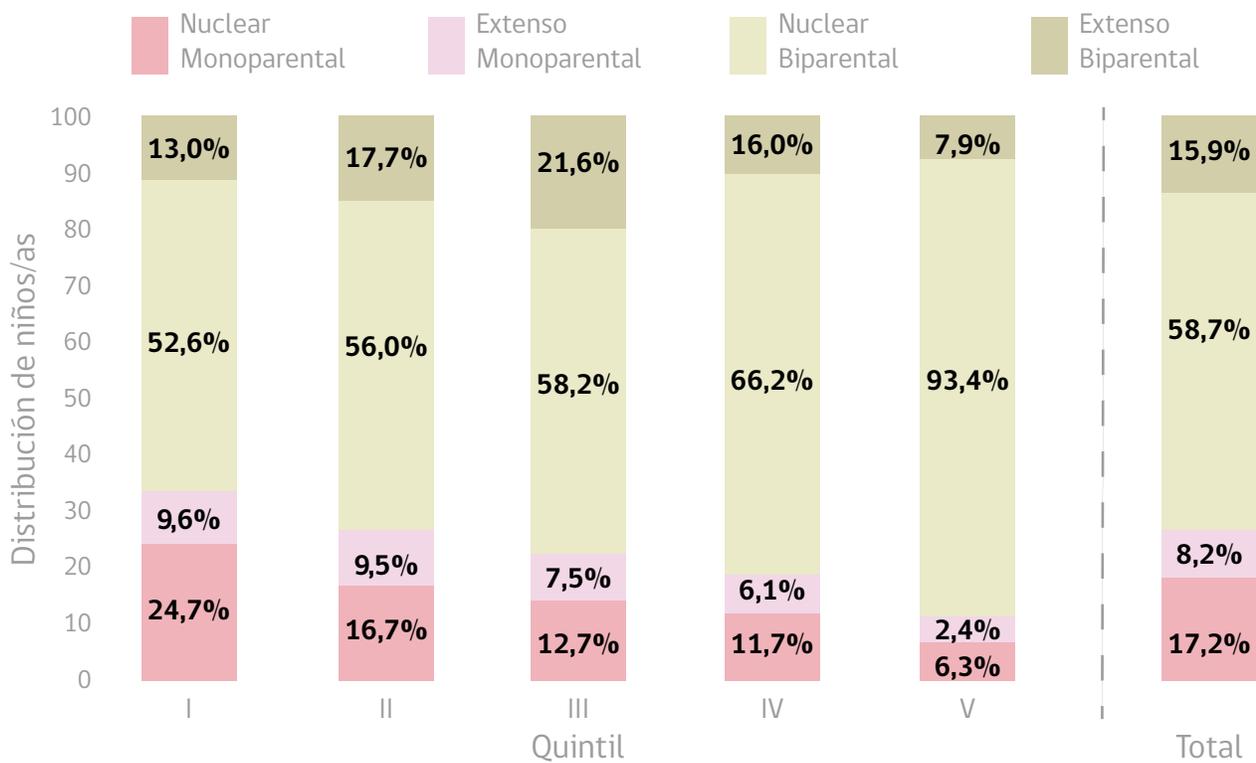
La incorporación de la mujer al mundo laboral impacta de manera importante en el bienestar materno, considerando que muchas de estas mujeres deben mantener una multiplicidad de roles (39). De acuerdo con los resultados del Censo 2017, la jefatura de hogar de mujeres aumentó 10 puntos porcentuales entre el año 2002 y 2017 (31). En la misma línea, la 3ª Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI) 2017 (40) indica que la jefatura femenina del hogar ha aumentado de manera significativa y que, de estos hogares, un 55,7% son monoparentales. Mientras, en aquellos con jefatura masculina, este valor alcanza solo el 3,6%.

En la misma encuesta, se describe además que el 54% de los hogares presenta corresponsabilidad en la crianza, destacando la madre, como fue mencionado anteriormente, como cuidador principal. Por otra parte, es importante destacar que 3 de cada 4 cuidadores no cuentan con ninguna forma de apoyo en el cuidado de los niños y niñas.

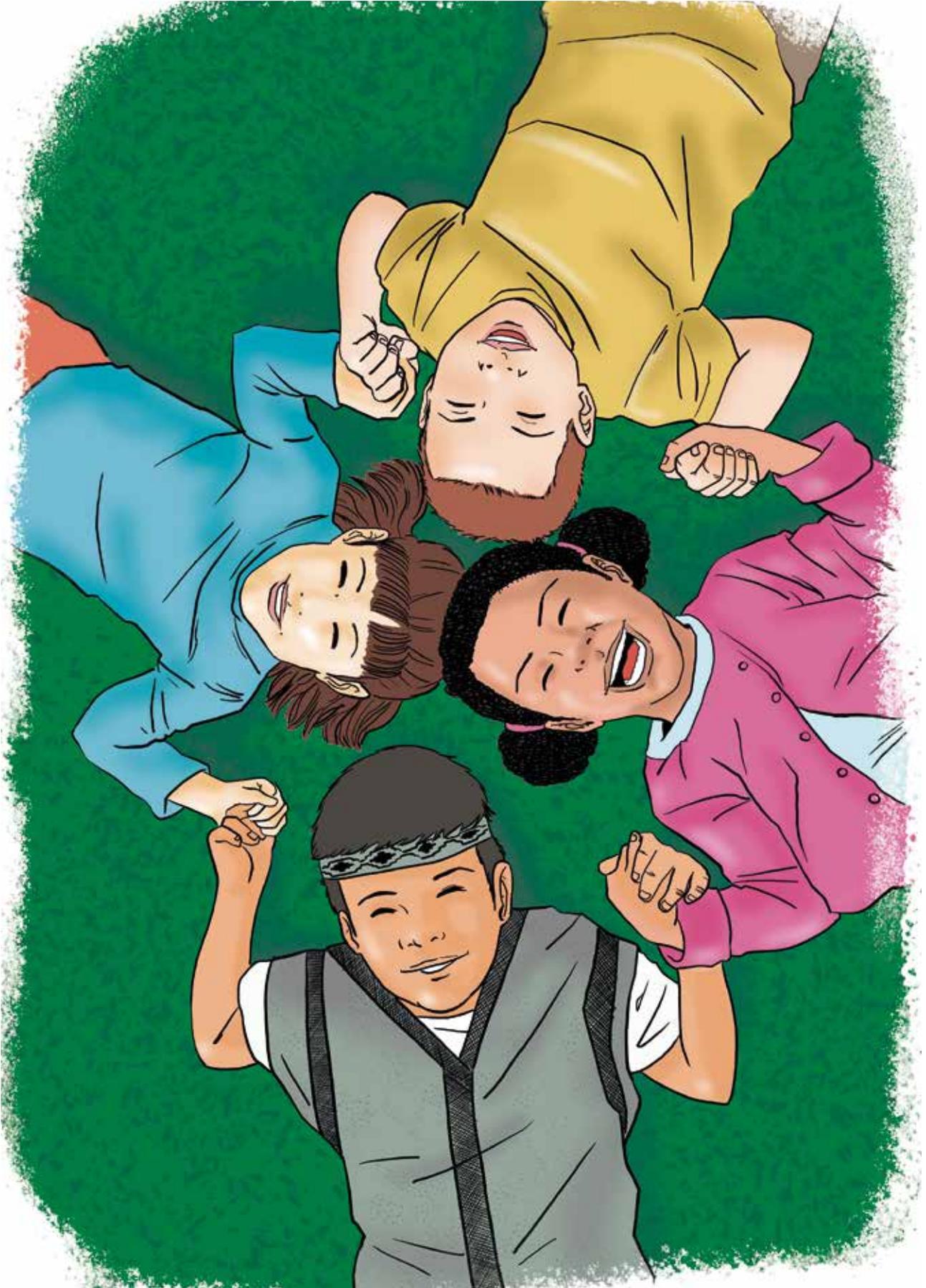
En general, sigue existiendo un mayor porcentaje de hogares biparentales (74,6% en suma entre los nucleares y extendidos), sin embargo, es importante destacar que la mayor concentración de hogares monoparentales se encuentra en el I y II quintil de ingresos (gráfico I-4).



Gráfico I-4. Distribución de niños/as según tipología de hogar por quintil de ingreso autónomo.



Fuente: 3ra Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI) 2017 (40).



1.4.4. PUEBLOS INDÍGENAS

La población que se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario ascendió a 2.185.729 personas en el Censo 2017, es decir, un 12,8% de la población efectivamente censada respondió afirmativamente a la pregunta ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario? (31). Los tres pueblos con mayor representatividad son Mapuche, Aymara y Diaguita (31). Sin embargo, es importante destacar que son diez los pueblos reconocidos por la Ley indígena; Aymara, Quechua, Lican Antay, Colla, Chango, Diaguita, Mapuche, Rapa Nui, Kawésqar y Yagán (41).

En relación con la situación de la niñez indígena en Chile podemos decir que, del total de la población infantil entre 0 a 9 años, alrededor de un 12,5% declara pertenecer a alguno de los pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena. A nivel país, las regiones que tienen la mayor proporción de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas son; la Araucanía con un 39%, Aysén con un 33%, Los Lagos con un 32% y la región de Arica y Parinacota con un 31% (42).

Según Censo abreviado de INE (2017), el 80,51% de la población indígena reside en áreas urbanas, y un 19,49% reside en área rural. La migración a centros urbanos es un fenómeno global, situación que también repercute en la salud de las familias indígenas, por las condiciones de migración y la adopción de patrones no indígenas en desmedro de las prácticas propias que habitualmente constituyen un factor protector de la salud. La presencia de niñez indígena no es sólo un asunto exclusivamente rural, ya que el mayor porcentaje de población de niños y niñas indígenas reside en sectores urbanos de grandes regiones, tales como la Región Metropolitana, seguido de la Región de La Araucanía, la Región de Los Lagos y Región del Biobío (43).

Respecto a condición socioeconómica, de acuerdo con la encuesta CASEN 2015 un 30,9% de los niños y niñas indígenas viven en situación de pobreza multidimensional y un 23,8% de ellos está afectado por pobreza por ingresos (44), ese es un factor determinante y está relacionado con las condiciones desfavorables de acceso a alimentación adecuada, acceso a servicios básicos como agua y otros que impactan la condición de salud de esta población.

Es importante destacar que la población de niños, niñas y adolescentes indígenas presenta peores indicadores de salud que la población no indígena, observándose indicadores que muestran diferencias importantes en términos del estado nutricional de los NN indígenas menores de 6 años en relación con los no indígenas. Así, el porcentaje de niños y niñas indígenas con un estado nutricional normal corresponde a un 76,8%, valor inferior al de niños y niñas no indígenas (82,1%), presentando además mayores porcentajes de obesidad y sobrepeso, así como de riesgo de desnutrición (43).

1.4.5. MIGRACIÓN

Si bien el fenómeno migratorio no es nuevo en el país, es importante señalar que, en los últimos 25 años, el porcentaje de inmigrantes ha crecido en forma constante. En 1992 se censaron 105.070 personas nacidas en el extranjero residentes habituales de Chile, lo que representó 0,8% del total de población que residía en el país. Esta proporción fue 1,3% en el Censo de 2002 (187.008 personas), mientras que, según el último Censo oficial del año 2017, los inmigrantes internacionales representan el 4,4% de los residentes habituales en Chile. De la totalidad de migrantes internacionales, los principales países de origen representados son: Perú (25,2%), Colombia (14,1%), Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%), Haití (8,4%). De la totalidad de inmigrantes internacionales un 10,6% corresponde a niños entre 0 y 14 años (45).

Sin embargo, esta información fue actualizada en una posterior proyección del INE realizada el año 2018, a partir del trabajo de combinación de la cifra censal y registros administrativos de extranjería, estimándose la población migrante del país en 1.251.225 personas (6,6%), de los cuales un 14,9% tienen entre 0 y 19 años. A pesar de esto, Chile aún está muy por debajo del promedio de los 35 países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), en donde se alcanza un promedio del 13% de población migrante (46).

Si bien la información disponible es limitada, existen estudios que han analizado bases de datos cuantitativas que han concluido que en gestantes destaca un alto porcentaje de mujeres sin previsión de salud, que inician control tardíamente y en mayor riesgo psicosocial comparado con chilenas (47).

La incidencia de la pobreza por ingresos en la población nacida fuera de Chile es mayor. Al nacer en Chile, este valor es de 7,5%, mientras que al nacer en el extranjero alcanza un 10,2%. Al desglosar por grupos de edad, este valor es aún mayor en la población de 0 a 17 años, alcanzando a 13,9% en aquellos nacidos en Chile y a 22,8% en aquellos nacidos fuera de Chile (48). Destaca, además, que existe un mayor porcentaje de escolares 15-18 años que dejan sus estudios inconclusos (47).

Se ha observado, además, un alto porcentaje de niños migrantes sin previsión de salud. En cuanto a las diferencias entre la población chilena y migrante en egresos hospitalarios, las hospitalizaciones por problemas respiratorios serían menores en población migrante; sin embargo, en traumatismos y otras causas externas, neoplasias y malformaciones congénitas, su proporción en migrantes llega a ser casi el doble de la población chilena en algunos rangos etarios (47).

Desde el año 2014, se ha establecido un marco normativo que garantiza a los migrantes acceso a atención de salud en iguales condiciones que los nacionales. Los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud, por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Se asegura la atención de niños, niñas y adolescentes y a mujeres embarazadas, no importando su situación migratoria, así como, la obligación de entregar bienes públicos de salud a esta población que son de acceso universal y que van en protección de toda la población, por medio del Decreto Supremo N°67¹. Finalmente, como una medida de reforzamiento, se emite la circular A15 N°4 de 2016 que instruye sobre la implementación del Decreto N°67 y reitera todas las vías de acceso al sistema de salud y precauciones en la línea de garantizar la atención de salud en iguales condiciones que la población nacional.

En el sistema público de salud, los menores de 18 años y las mujeres durante el embarazo, el parto y hasta 12 meses después del parto, aun cuando se encuentren en situación migratoria irregular, tienen derecho a: Acceder a todas las prestaciones de salud que requieran, incluidos los controles médicos durante todo el embarazo; La totalidad de prestaciones contenidas en esta norma técnica, en el control anual de crecimiento del niño hasta los 9 años, y todas las prestaciones del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC).

1 En marzo de 2016 se publica el Decreto Supremo N° 67 que fija la circunstancia y mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiario de FONASA, Seguro Público, se agrega la circunstancia de personas inmigrantes carentes de recursos sin documentos o sin permisos de residencia, con esto se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad, en iguales condiciones que los nacionales. Esta modificación se funda en instrumentos internacionales de Derechos Humanos, la Constitución de Chile, el DFL N°1 del 2005, la Ley N° 18.469, dos dictámenes de Contraloría General de la República del 2013 y 2015 y un fallo de tribunales de Antofagasta del 2015.



1.5. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

La situación epidemiológica se presenta a continuación a través de las características de la morbilidad y mortalidad en la infancia.

1.5.1. MORBILIDAD

En el año 2018, los egresos hospitalarios de niños y niñas menores de 10 años representaron un 12,3% de la globalidad de egresos hospitalarios en todos los tramos de edad (tabla I-2).

En relación con la morbilidad de niños y niñas menores de 1 año, en el año 2012, las tres primeras causas de egresos hospitalarios fueron; en primer lugar, ciertas afecciones originadas en el período perinatal (40,2%), en segundo lugar, las enfermedades del sistema respiratorio (28,9%), y, en tercer lugar, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (6,3%). En comparación con el año 2018, las primeras dos causas se mantuvieron, sin embargo, la tercera causa se modificó por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,3%). El grupo menor de 1 año representa el 39,9% del total de egresos hospitalarios, en los niños y niñas menores de 10 años.

Tabla I-2. Causas de egresos hospitalarios en niños y niñas menores de 10 años por grupos etarios.

Egresos	Grupo etario			
	menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	0 a 9 años
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	4,4%	8,8%	4,1%	5,8%
Tumores (Neoplasias) (C00-D48)	0,3%	3,3%	4,5%	2,4%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	0,4%	1,3%	1,5%	1,0%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	0,5%	1,3%	2,4%	1,3%
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	0,03%	0,2%	0,5%	0,2%
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	1,5%	4,6%	4,4%	3,3%
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	0,2%	0,5%	0,6%	0,4%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	0,1%	0,9%	1,2%	0,7%
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	0,3%	0,6%	1,0%	0,6%
Enfermedades del Sistema respiratorio (J00-J99)	26,7%	35,9%	25,5%	29,5%
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	2,3%	5,5%	14,4%	6,6%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	0,6%	1,9%	2,1%	1,4%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	0,1%	1,2%	2,2%	1,0%
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	3,7%	7,9%	10,2%	6,8%
Ciertas afecciones Originadas en el periodo perinatal (P-00 - P-96)	45,6%	-	-	18,2%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	6,3%	7,3%	6,2%	6,6%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	2,1%	5,2%	3,0%	3,4%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	1,9%	11,4%	13,3%	8,1%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3,0%	2,2%	2,8%	2,7%

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos extraídos de DEIS, período 2018.

Tanto en el grupo de 1 a 4 años, como en el de 5 a 9 años, la primera causa de egreso hospitalario es por enfermedades del sistema digestivo y así como, comparten la causa de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, dentro de las tres primeras causas.

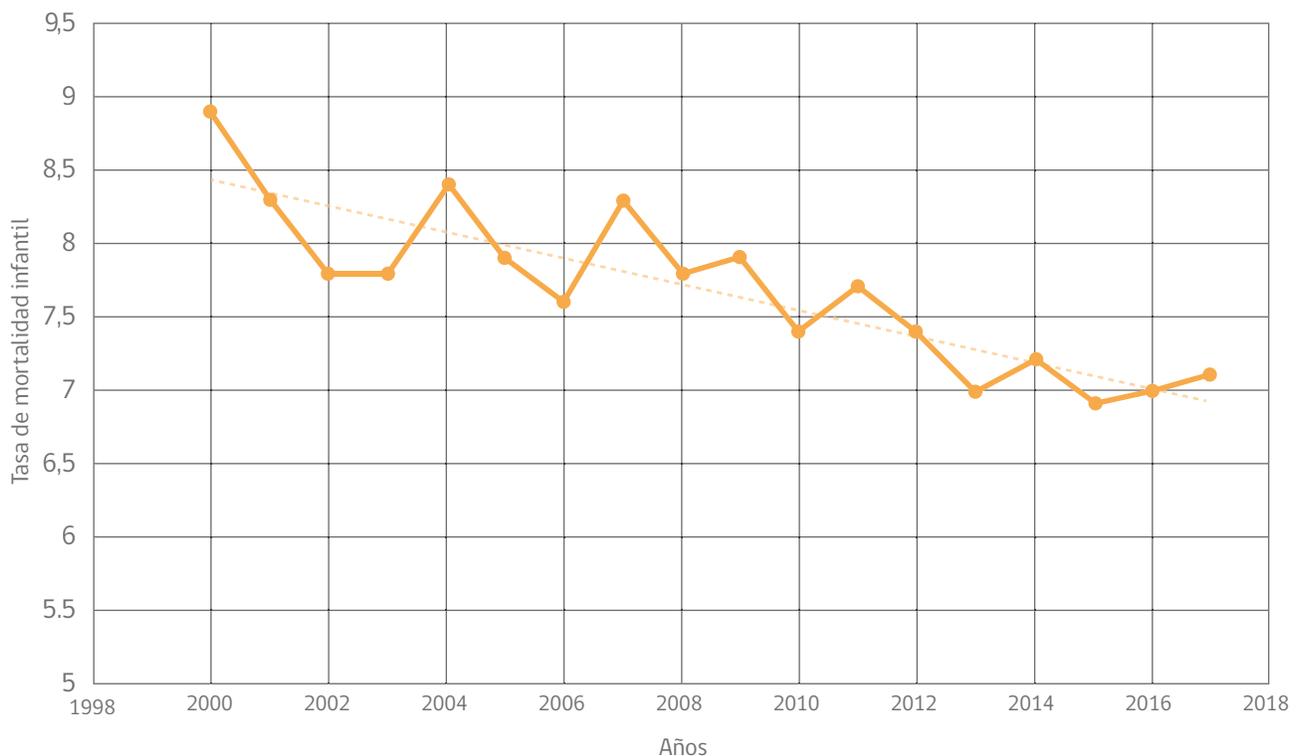
1.5.2. MORTALIDAD

La tasa de mortalidad infantil (TMI), definida como la cantidad de defunciones en niños menores de 1 año por 1.000 Nacidos Vivos (NV), es uno de los indicadores usados internacionalmente para comparar el grado de desarrollo de un país y un indicador de desigualdad de los sistemas de salud, siendo además un insumo para evaluar efectividad de programas nacionales y, en consecuencia, de los estados (49).

La TMI está compuesta por la tasa de mortalidad infantil neonatal, definida como la cantidad de defunciones en niños y niñas menores de 28 días por 1.000 NV, y la mortalidad infantil post-neonatal, definida como la cantidad de defunciones en niños y niñas de 28 días a 11 meses y 29 días por 1.000 NV. La mortalidad neonatal a su vez está compuesta por la mortalidad neonatal precoz, definida como la cantidad de defunciones en niños y niñas menores de 7 días por 1.000 NV, y la mortalidad neonatal tardía, definida como la cantidad de defunciones en niños y niñas entre los 7 y 28 días de vida, por 1.000 NV.

Los logros de Chile relacionados a las bajas cifras de mortalidad infantil son ampliamente conocidos, pasando de tener los valores más altos del continente a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, a situarse en un lugar destacado en el contexto latinoamericano. Reflejo de esto es que en el año 1970 esta cifra alcanzaba 86,5 por 1.000 NV (49), disminuyendo a 7,1 por 1.000 NV en el año 2017 (50) (gráfico I-5).

Gráfico I-5. Evolución de la tasa de mortalidad infantil 2000 a 2017, Chile.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos obtenidos de Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2017 (50).

No obstante, el comportamiento de la TMI no siempre es uniforme dentro de un país. En Chile, se puede constatar que sus valores no son homogéneos entre las regiones de residencia (gráfico I-6). En el año 2017 la Región de Biobío presentó las cifras más elevadas, llegando a 8,7 por 1.000 NV, seguida por la Región de Antofagasta con 8,0 por 1.000 NV. Por otra parte, la Región de Tarapacá presenta la TMI más baja, con un valor de 5,5 por 1.000 NV (50). Desde mediados del siglo XX, estas diferencias se han explicado a través de las desigualdades estructurales sociales y económicas dentro de un país o de una región, estableciéndose una estrecha relación entre la pobreza y mortalidad infantil (51-54).

Al desagregar la Mortalidad, se aprecia que la Tasa de Mortalidad Neonatal (defunciones en menores de 28 días), es la que representa el mayor número de defunciones dentro de la población infantil, correspondiendo a 5,5 por 1.000 NV. Dentro de ésta, la Mortalidad Neonatal Precoz es la de mayor participación, con un valor de 4,3 por 1.000 NV (50).



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos obtenidos de INE, 2017 (50).

Según la clasificación del CIE-10 destaca como primera causa de muerte las causas perinatales, las que se concentran mayormente en el periodo de 0 a 1 año. La segunda causa es por “malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas”, las que también se concentran en los menores de un año. Al analizar el resto de las causas, le siguen en frecuencia las enfermedades del aparato respiratorio, del sistema nervioso, ojo y oído, y las infecciosas y parasitarias. Las causas tumorales se han reducido en los últimos años, abandonando el tercer lugar que ocupaba habitualmente. Las causas externas (Resto de las causas), dentro de las que se encuentran los accidentes de tránsito, y accidentes en domicilio se mantienen. Estas últimas tomas mayor relevancia en el grupo mayor de 1 año (tabla I-3) (50). En la tabla I-4 se presentan agrupadas en causas más específicas de defunción.

Tabla I-3. Defunciones de menores de 1 año según grupos de causa de muerte según CIE-10, Chile 2017.

Descripción de los grupos de causa de muerte	Total
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	720
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	591
Enfermedades del sistema respiratorio	26
Enfermedades del sistema nervioso, ojo y oído	25
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	24
Enfermedades del sistema circulatorio	13
Causas Tumores	11
Resto de las causas	24
Total	1.557

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos obtenidos de DEIS, 2017 (50).

Tabla I-4. Defunciones de menores de 1 año según algunas causas de defunción. Distribución porcentual en Chile, Año 2016.

Causa	Porcentaje
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y crecimiento fetal	11,1%
Malformaciones congénitas del corazón	9,9%
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso	6,6%
Síndrome de Edwards y Síndrome de Patau	5,0%
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	4,1%
Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular	4,1%
Dificultad respiratoria del recién nacido/a	3,9%
Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	3,6%
Malformaciones congénitas del sistema urinario	3,5%
Trastornos del sistema digestivo del recién nacido/a	3,5%
Sepsis bacteriana del recién nacido/a	2,8%
Trastornos hemorrágicos y hematológicos, del recién nacido/a	2,8%
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2,3%
Otros problemas respiratorios del recién nacido/a, originados en el periodo perinatal	1,8%
Hemorragia pulmonar originada en el período neonatal	1,7%
Síndrome de muerte súbita infantil	1,7%
Síndrome de Down	1,2%
Neumonía	1,1%
Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	0,7%
Hidrocefalo congénito y espina bífida	0,4%
Aspiración neonatal de meconio	0,3%
Coqueluche	0,3%
Meningitis	0,2%
Cardiomiopatía	0,1%
Asfixia	0,1%
Enfermedad meningocócica	0,1%
Otras causas	25,7%

Fuente: DEIS, 2016 (55).



1.6. MODALIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO DE APS

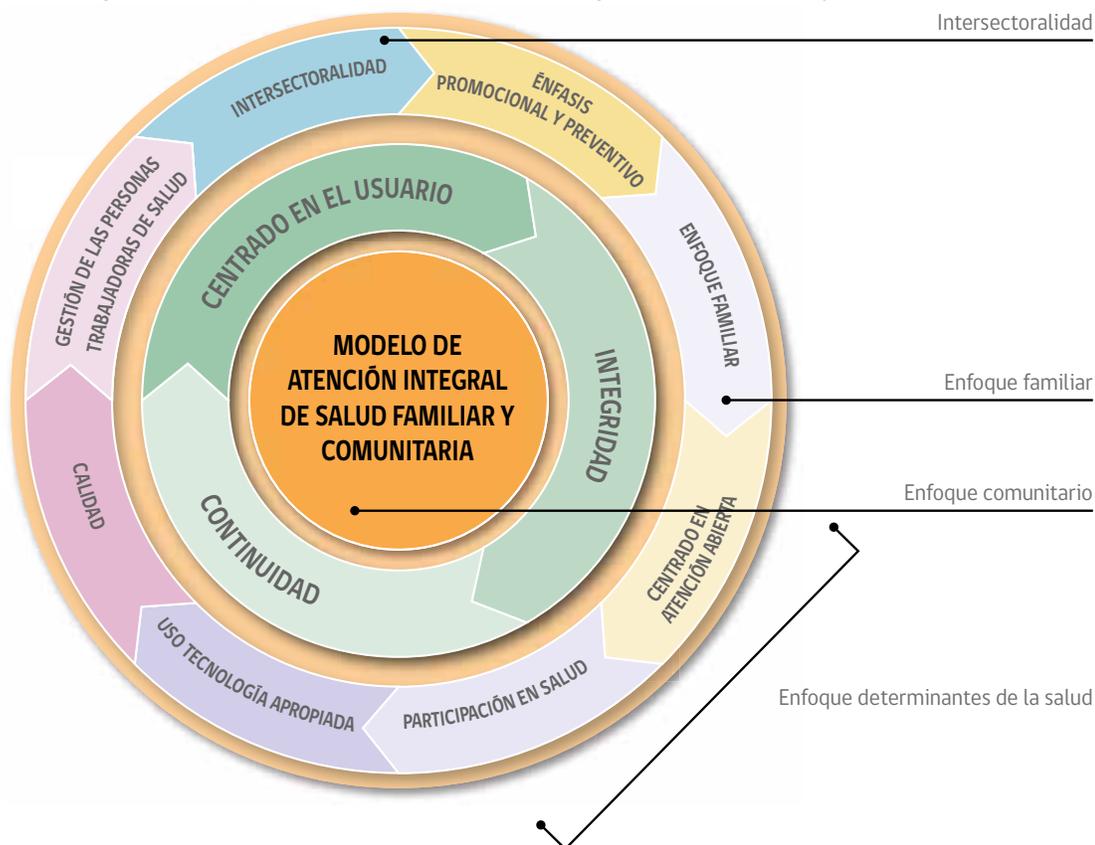
Se presentan a continuación las características del Modelo de Salud Familiar y Comunitario y su adaptación a la supervisión de salud infantil.

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, componente clave en la reforma de salud instaurada el año 2005 (56), está basado en el enfoque integral del ser humano, y entiende que el proceso salud-enfermedad está determinado por una sumatoria de ámbitos, los que condicionan la vivencia de bienestar de los individuos.

El Modelo de Atención Integral de Salud se define 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 integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”(56). El modelo es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, permitiendo satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. En el ámbito público, se expresa en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que, en conjunto, dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos, incluyendo atenciones de urgencia-emergencia.

Asimismo, en el documento “Modelo de Atención Integral en Salud” del año 2005 (56), fueron consensuados y expuestos los siguientes principios (figura I-7).

Figura I-7. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.



Fuente: MINSAL/OPS, 2013 (57).

Dicho Modelo, releva tres principios irrenunciables de la atención integral en Atención Primaria (tabla I-5):

Tabla I-5. Principios de la atención integral en APS.

Principios	Características
Centrado en la Persona	Considera las necesidades y expectativas de las personas, sus familias y comunidad, estableciéndose una relación con el equipo de salud, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud, enfatizando los derechos y deberes de las personas.
Integralidad	Posee dos aproximaciones referidas a los niveles de prevención y comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Incluye acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, requiriendo que la cartera de servicios sea acorde a las necesidades de salud de su población, considerando los aspectos biopsicosocial, espiritual y cultural de la persona, otorgando una mirada más amplia de las múltiples dimensiones en un problema de salud.
Continuidad de Cuidados	Incluye tres aspectos vinculados: la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad clínica se relaciona con que el cuidado de la persona esté coordinado con la condición de salud de esta de manera longitudinal, para lo cual incluye integración horizontal (intra e interestablecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de complejidad de la red). Respecto a la continuidad funcional, corresponde al grado en que las gestiones financieras, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad se encuentran coordinadas. Por su parte, la continuidad profesional hace mención a la disposición de los equipos y coordinación de estos en el proceso de atención y cuidados.

Fuente: MINSAL, 2013 (57).

Este Modelo, es transversal a todo el sistema de atención y considera la Atención Primaria de Salud como eje central para alcanzar las mejores condiciones de salud de la población. Promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud, estableciendo los espacios y mecanismos que acogen las preocupaciones, necesidades y propuestas de la ciudadanía. Favorece también la coordinación con otros sectores sociales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población. Además, evalúa la eficiencia de los procesos y su efectividad incluyendo la satisfacción usuaria, e instala la cultura de evaluación de la tecnología en el sector.

El modelo incorpora aspectos como el fomento al autocuidado individual y familiar, la educación para la salud y detección precoz de factores de riesgo. Acciones que deben estar incorporadas en todas las prestaciones de salud de la Atención Primaria. Dentro de las actividades establecidas en programas de atención según ciclo vital, se encuentra el Control de Salud que es una actividad dirigida a promover en forma integral la salud del niño y la niña de 0 a 9 años, detectar precoz y oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pueda presentarse, con el fin de lograr, junto con la familia y la comunidad, la expresión del máximo de sus potencialidades y el logro de un óptimo desarrollo.

REFERENCIAS

1. Pérez-Escamilla R, Rizzoli-Córdoba A, Alonso-Cuevas A, Reyes-Morales H. Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Bol Méd Hosp Infant México*. 1 de marzo de 2017;74(2):86-97.
2. Harvard University. Three Early Childhood Development Principles to Improve Child Outcomes (Internet). Center on the Developing Child at Harvard University. Disponible en: <https://developingchild.harvard.edu/resources/three-early-childhood-development-principles-improve-child-family-outcomes/>
3. Organización Mundial de la Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales en Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre las determinantes sociales de la salud. 2009.
4. OPS. OPS Informe Anual del Director. 1996: Gente sana en entornos saludable- Documento Oficial No. 283. 1996.
5. Poulton R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *The Lancet*. 23 de noviembre de 2002;360(9346):1640-5.
6. Ministerio de Salud de Chile. Matriz de cuidados de salud a lo largo del curso de vida. Intervenciones a través del curso de vida (Internet). 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.04_MATRIZ-DE-CUIDADOS-A-LO-LARGO-DEL-CURSO-DE-VIDA.pdf
7. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. 2011-2020 (Internet). 2011. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
8. DEIS. Niños y niñas con rezago, déficit u otra vulnerabilidad derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación, por Región y Servicio de salud, SNSS 2016 (Internet). 2016. Disponible en: <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2016/REM03SECCIONA3/REM03SECCIONA3.aspx>
9. Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones y proyecciones Chile 1992-2050. Base 2017 población e indicadores. (Internet). 2019. Disponible en: <https://www.inec.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales?categoria=proyecciones-de-poblacion>
10. Miranda Valdebenito N, González Burboa A. El enfoque de derecho de la infancia y adolescencia en el contexto chileno. *Humanidades Médicas*. diciembre de 2016;16(3):459-74.
11. Nacional B del C. Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile (Internet). www.bcn.cl/leychile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
12. Silva V, Molina H, Chile Crece Contigo. Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010 (Internet). s/f. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/ChCC_MEMORIA.pdf
13. Ministerio de Salud de Chile. Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia (Internet). 2013. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Norma-Administrativa-Programa-Nacional-de-Salud-de-la-Infancia.pdf
14. ONU. Convención Sobre los Derechos del Niño (Internet). 1989. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>
15. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. 2015.
16. Bronfenbrenner U, Morris PA. The Bioecological Model of Human Development. En: *The Handbook of Child Psychology*. John Wiley & Sons, Inc.; 2007. p. 793-828.
17. UNICEF. Igualdad y no discriminación de niño, niñas y adolescentes: necesidad de un sistema de garantías reforzadas. (Internet). 2015. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/media/1261/file/igualdad_y_no_discriminacion_de_ninos.pdf
18. ONU-Oficina para la Alta Comisionada de los Derechos Humanos. Observación General No 18, "No Discriminación". de 10 de noviembre de 1989, párrafo 7. (Internet). 1989. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404.pdf>
19. UN Economic and Social Council. Observación general No 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Internet). 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

20. Biblioteca Congreso Nacional. Ley Zamudio; Ley Antidiscriminación (Internet). 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>
21. MINSAL. Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes 2012 - 2020. 2012.
22. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(10):778-83.
23. Barker, D. Fetal and infant origins of adult disease. London: British Medical Publishing Group.; 1992.
24. Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (Internet). 2013. Disponible en: https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/595/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
25. Consejo Nacional de la Infancia. Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015 -2025 (Internet). 2015. Disponible en: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Nin%CC%83ez-y-Adolescencia.pdf>
26. Aguayo, F., Kimelman, E. y Correa, P. Estudio de Paternidad en el Sistema Público de Salud. Informe Final (Internet). Cultura Salud/MINSAL.; 2012. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/14-Informe-final-Estudio-sobre-la-participacion-de-los-padres-en-el-sistema-publico-de-salud-de-Chile.pdf>
27. JUNJI. Enfoque de género en las prácticas pedagógicas (Internet). 2012. Disponible en: <https://www.junji.gob.cl/wp-content/uploads/2016/06/Enfoque-de-G%C3%A9nero-en-las-pr%C3%A1cticas-pedag%C3%B3gicas.pdf>
28. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género (Internet). 2012. Disponible en: www.wpath.org
29. Ministerio de Salud. Políticas de Salud y Pueblos Indígenas. 2006.
30. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
31. Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. *Gac SemFYC Gac Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 1996;9:2.
32. INE. Síntesis de Resultados. CENSO 2017 (Internet). 2018. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
33. Instituto Nacional de Estadísticas. Publicación Estadísticas Vitales. Cifras provisionales 2017. (Internet). 2019. Disponible en: <https://www.ine.cl/docs/default-source/demograficas-y-vitales/vitales/anuarios/anuario-2017/estadisticas-vitales-cifras-provisionales-2017.pdf?sfvrsn=4>
34. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Anuario de Estadísticas Vitales 2017 (Internet). Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
35. Ministerio de Desarrollo Social. Síntesis de Resultados Encuesta Casen - Niños, Niñas y Adolescentes. (Internet). 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_nna_casen_2017.pdf
36. Ministerio de Educación (MINEDUC). Indicadores de la Educación en Chile 2010-2016 (Internet). 2018. Disponible en: https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2018/03/INDICADORES_baja.pdf
37. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados Censo 2017 (Internet). 2017. Disponible en: <http://resultados.censo2017.cl/Home/Download>
38. Gómez Urrutia V, Jiménez Figueroa A. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. *Polis Santiago*. marzo de 2015;14(40):377-96.
39. R AÃ, Gómez B IC. Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensam Psicológico*. junio de 2011;9(16):89-106.
40. Ministerio de Desarrollo Social. Resultados 3a Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI 2017 . (Internet). 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi/docs/resultados2017/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf
41. Ministerio de Planificación y Cooperación. Ley 19253. Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena. (Internet). www.bcn.cl/leychile. 1993. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
42. Consejo Nacional de la Infancia - Ministerio Secretaria General de la Presidencia. Niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas. (Internet). 2017. (Panoramas de la Niñez y Adolescencia). Report No.: 7. Disponible en: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/BOLETI%CC%81N-N%CC%82%B0-7.pdf>

43. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Documento de Trabajo 2. Niñas, niño y adolescentes indígenas (Internet). Consejo Nacional de la Infancia; 2016. Disponible en: http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/2...Ninas_ninos_y_adolescentes_indigenas.pdf
44. Ministerio de Desarrollo Social - Observatorio Social. Informe de estimaciones comunales de pobreza, con datos de Casen 2015 (Internet). 2018. (Serie Documentos Metodológicos Casen). Report No.: 35. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/pobreza-comunal/2015/INFORME_estimaciones_pobreza_comunal_2015.pdf
45. Instituto Nacional de Estadísticas. Características de la inmigración internacional en Chile, Censo 2017. (Internet). 2018. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181123-documento-migracion.pdf>
46. Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Departamento de Extranjería y Migración (DEM). Estimación de Personas Extranjeras Residentes en Chile al 31 de diciembre de 2018. Informe Metodológico. 2019.
47. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev Chil Pediatría*. diciembre de 2017;88(6):707-16.
48. Ministerio de Desarrollo Social. Inmigrantes - Síntesis de Resultados Casen 2017 (Internet). 2018. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf.
49. Marín P. Relevancia del destete prematuro como factor causal de desnutrición y mortalidad infantil en Chile 1974. *Rev Chil Pediatría*. 1975;46:275-6.
50. Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de estadísticas vitales, 2017. Período de información: 2017 (Internet). 2017. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
51. Behm H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud Colect*. 6 de agosto de 2011;7(2):231.
52. Behm Rosas H. Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia. *Poblac Salud En Mesoamérica* (Internet). 1 de julio de 2014;12(1). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/15141>
53. Donoso S E. Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago. *Rev Médica Chile* (Internet). abril de 2004; 132(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
54. Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Mortalidad en la Niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960. (Internet). Santiago; 2011. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1425/S201185_es.pdf?sequence=1
55. Departamento de Estadísticas en Salud (DEIS). Defunciones de menores de 1 año según algunas causas de defunción. Chile, Año 2016 (Internet). Anuario Defunciones. 2016. Disponible en: https://public.tableau.com/views/Anuario_Defunciones/Defunciones?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&%3Alanguage=es&embed=y&showVizHome=n&apiID=host0#navType=0&navSrc=Parse
56. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención No 1. (Internet). 2005. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
57. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. 2013.



2

COMPONENTES TRANSVERSALES Y ESPECÍFICOS DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL



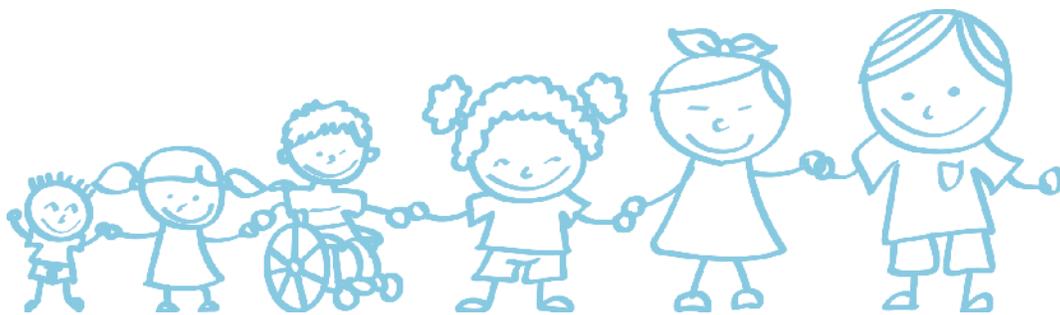
Norma Técnica para la Supervisión de **SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS** en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

CAPÍTULO

2

COMPONENTES TRANSVERSALES Y ESPECÍFICOS DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL



Norma Técnica para la Supervisión de
Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años
en la Atención Primaria de Salud

2^{da} edición

Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

EDITORES

SEGUNDA EDICIÓN ACTUALIZACIÓN 2021

Dra. Sylvia Santander Rigollet
Enf. Bárbara Leyton Cárdenas

Dra. María Inés Romero Sepúlveda
Enf. Patricia Cabezas Olivares
Enf. Loretto Fuentealba Alvarado
Enf. Nicole Garay Unjidos
Dra. María Paz Medel Salas
Dr. Fernando González Escalona

ISBN (I): 978-956-348-197-9
ISBN (D): 978-956-348-197-6
Número de Propiedad Intelectual: 2021-A-10254
Norma Técnica N° 218, Resolución Exenta N° 55, 18 de octubre de 2021

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.

Norma Técnica para la Supervisión Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. 2da edición. Actualización 2021.

EDITORES Y COEDITORES

PRIMERA EDICIÓN 2014

Editora
Dra. Heather Strain Henkes

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

ISBN: 978-956-348-058-8
Número de Propiedad Intelectual: 242298
Norma Técnica N° 166, Resolución Exenta N° 336, 22 de mayo de 2014

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.

Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. 1ra edición. 2014.

ARTE

Rodolfo Valenzuela
Diseño, Ilustraciones y Diagramación

Valentina Jara
Fotografías

Paloma Leiva
Colaboración Fotografía, Proyecto Tetarte

Luis Miranda
Ilustraciones

Las ilustraciones y fotografías son de propiedad del Ministerio de Salud y cuentan con el debido consentimiento informado.



ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud	NN	Niñas y Niños
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
CERO	Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	NT	Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas
CESFAM	Centro de Salud Familiar	OMS	Organización Mundial de la Salud
ChCC	Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo	PADBP	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
CRS	Centro de Referencia de Salud	PB	Pauta Breve
CSI	Control de Salud Infantil	PEATa	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Automatizados o Acortados
DP	Depresión Perinatal	PEATc	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Clínicos o Alargados
DPP	Depresión Postparto	PENS	Protocolo de Evaluación Neurosensorial
DSM	Desarrollo Psicomotor	PRB	Pauta de Riesgo Biopsicosocial
EA	Espectro Autista	RN	Recién Nacido y Recién Nacida
EBPN	Recién Nacido/a de Extremo Bajo Peso de Nacimiento	RNBPN	Recién Nacido/a de Bajo Peso de Nacimiento
EEDP	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor	RNMBP	Recién Nacido/a de Muy Bajo Peso de Nacimiento
EPsA	Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada	RNPT	Recién Nacido/a de Pretérmino
EOA	Emisiones Otoacústicas	SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
FPP	Fecha Probable de Parto	SRDM	Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo
GES	Garantía Explícita en Salud	SRI	Sistema de Retención Infantil
HI	Hemangioma Infantil	TC	Trastorno de Conducta
IMC	Índice de Masa Corporal	TEPSI	Test del Desarrollo Psicomotor
Lactante	Niño o Niña menor de dos años	THA	Trastorno Hipercinético o Trastorno de la Atención
LM	Lactancia Materna	TOD	Trastorno Oposicionista Desafiante
MADI	Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil	VDI	Visita Domiciliaria Integral
NANEAS	Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud		



ÍNDICE

CAPÍTULO 2

2.1. COMPONENTES TRANSVERSALES DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL	11
2.1.1. Abordaje Familiar y Biopsicosocial	13
2.1.2. Salud Ambiental Infantil	27
2.1.3. Promoción de un Entorno Seguro y Prevención de Accidentes	35
2.1.4. Prevención y Abordaje del Maltrato Infantil	53
2.2. COMPONENTES ESPECÍFICOS DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL	67
2.2.1. Desarrollo Integral de Niños y Niñas	69
2.2.2. Salud Mental Infantil	99
2.2.3. Alimentación y Nutrición.	109
2.2.4. Evaluación Antropométrica	119
2.2.5. Evaluación Nutricional	127
2.2.6. Evaluación de Piel y Fanéreos.	135
2.2.7. Salud Oftalmológica.	145
2.2.8. Salud Auditiva.	155
2.2.9. Salud Bucal	165
2.2.10. Salud Cardiovascular	179
2.2.11. Evaluación Ortopédica	197
2.2.12. Evaluación Genitourinaria	217
2.2.13. Evaluación del Desarrollo Puberal	227
2.2.14. Inmunizaciones en la Infancia	233
REFERENCIAS.	248

CAPÍTULO 2

COMPONENTES TRANSVERSALES Y ESPECÍFICOS DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

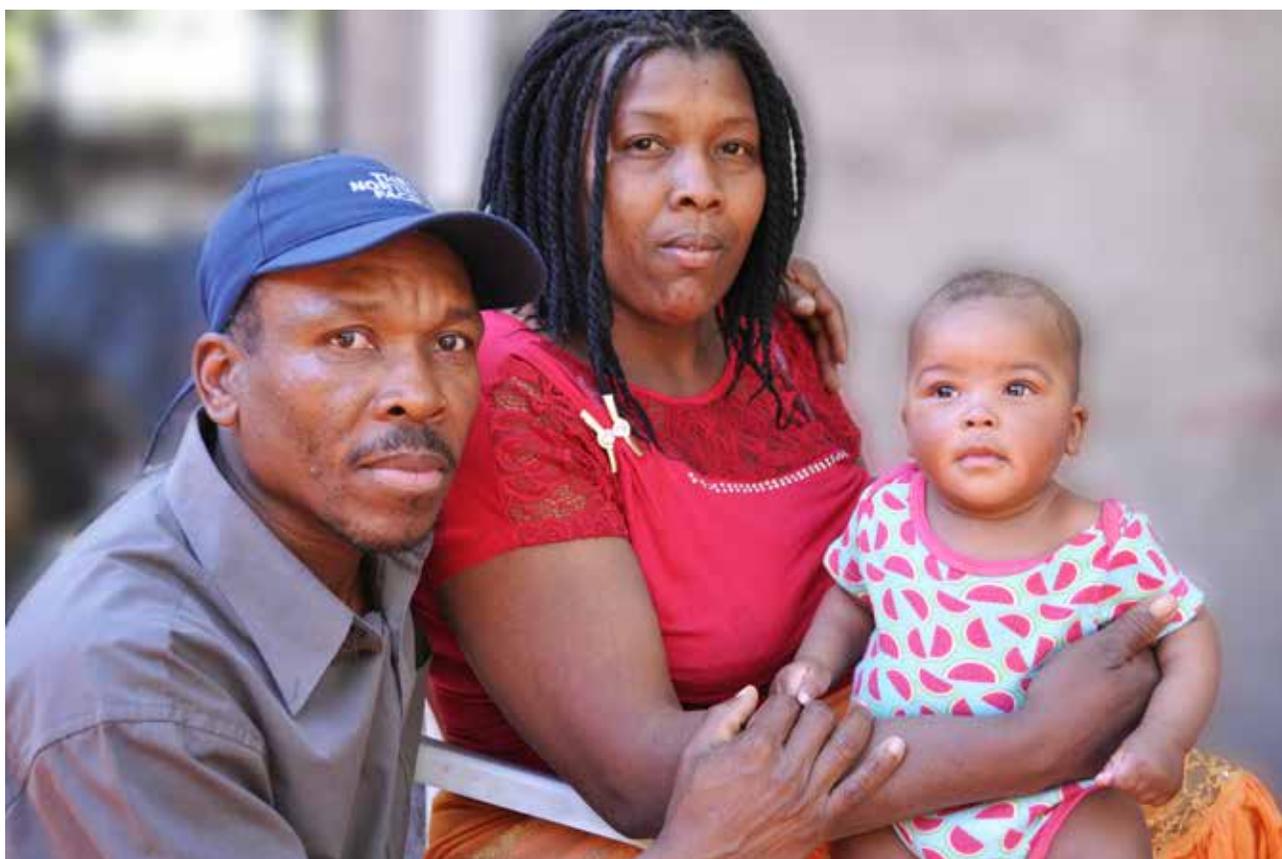
El control integral de salud infantil implica múltiples desafíos para los y las profesionales que lo realizan, teniendo en cuenta que la supervisión del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas debe incluir, necesariamente, una serie de componentes específicos, que se relevan en mayor o menor grado dependiendo del control de salud que corresponda realizar y/o de las características, necesidades y requerimientos individuales del niño o niña.

Para muchos de estos componentes, existen protocolos o guías que profundizan la temática en cuestión, los que serán referidos en cada apartado.



2.1. COMPONENTES TRANSVERSALES DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

A continuación, se presentan los componentes transversales de la supervisión de salud integral organizados desde el abordaje familiar y biopsicosocial, la salud ambiental infantil y la promoción de un entorno seguro y la prevención de accidentes, concluyendo esta sección con la prevención y el abordaje del maltrato infantil en sus diferentes dimensiones.



Fuente: Manual Operativo de Lactancia Materna, MINSAL, 2018

2.1.1. ABORDAJE FAMILIAR Y BIOPSIKOSOCIAL

Como fue mencionado en el capítulo I, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria invita a los profesionales de la salud a comprender al ser humano en todas sus dimensiones y roles. La dimensión biopsicosocial, implica no perder de vista la interdependencia existente entre la salud física, el bienestar psicoemocional y la influencia de factores socio-ambientales, inherentes a la historia y vivencia de cada persona (1).

En este contexto, la familia representa un determinante esencial para el desarrollo integral de niños y niñas. Dentro del núcleo familiar ellos establecen sus primeros vínculos con el mundo que los rodea. Además, la relación con su familia no sólo impacta en la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, sino también en el establecimiento de vínculos de contención y comunicación, fundamentales para su desarrollo. Los niños y las niñas, que desde el inicio de sus vidas disfrutan de relaciones de cariño y cuidado estable, cuentan con una base sólida desde la cual explorar y aprender (2).

La supervisión de salud integral es una instancia que permite aproximarse a las familias, identificando características de su dinámica, necesidades, factores de riesgo y factores protectores. Estos elementos serán una herramienta fundamental para los equipos de salud, que permitirán acoger a las familias, potenciar sus capacidades y habilidades, e involucrar en la atención integral a otros actores del territorio, cuando sea necesario (3).

Es importante considerar que, a lo largo de la historia, las concepciones y formas de hacer familia han ido cambiando según las diversas construcciones sociales, culturales y políticas; por lo que es difícil establecer una definición de familia que sea aceptada transversalmente. Desde un sentido clásico, la familia puede entenderse como el “conjunto de personas unidas por lazos de parentesco o relación afectiva, que viven bajo un mismo techo y que comparten recursos y/o responsabilidades” (4). Más allá de las definiciones, uno de los elementos fundamentales de la concepción de familia es que sus integrantes se perciban a sí mismos como familia y se presenten a la sociedad como tales, sin importar el tipo de vínculo que mantengan, el sexo o la tenencia de hijos o hijas (5).

En nuestro país, la evolución política y social ha incidido en las familias, produciendo cambios significativos en su funcionamiento para adaptarse a las nuevas exigencias de la vida moderna. Fenómenos destacados que han contribuido a este cambio son la incorporación de la mujer al mercado laboral, el envejecimiento de la población y el aumento de los años de escolarización. Además, otro hito fundamental lo representan los cambios a nivel del marco jurídico que regula las relaciones familiares; legitimando a todos los hijos e hijas dentro y fuera del matrimonio, permitiendo el divorcio y ampliando los tipos de unión de parejas (6).

Considerando lo anterior, al momento de realizar la supervisión de salud y aproximarse al contexto familiar, las tipologías de familias son una herramienta útil para conocer la estructura del hogar, la etapa generacional de sus integrantes y la etapa del ciclo vital familiar. Esto ayuda a comprender mejor las eventuales necesidades que pueden presentar las familias y su configuración a lo largo del tiempo (4).

Una de las tipologías más utilizadas, es aquella centrada en cómo está constituida la familia según el tipo de relaciones de parentesco. Se han establecido dos grandes tipos de unidades: hogares no familiares y familias. Los hogares no familiares contemplan hogares unipersonales, hogares sin núcleo conyugal o vínculo paterno/materno; con o sin otros familiares (4). Entre las familias, en tanto, se incluye a familias nucleares, extendidas y compuestas. Cada una de estas estructuras puede ser a su vez monoparental o biparental.

A continuación, se definen algunos tipos de familia según esta tipología (6):

- **Nuclear:** se componen de un núcleo biparental con hijos o hijas, un núcleo monoparental, con hijos o hijas, o bien un núcleo conyugal o de pareja.
- **Extendida:** hogares nucleares en los que además conviven uno o más familiares (padre o madre o ambos, con o sin hijos y otros parientes).
- **Compuesta:** hogares nucleares en los que además viven uno o más miembros sin relaciones de parentesco (padre o madre o ambos, con o sin hijos, con o sin otros parientes y otros no parientes).
- **Ensamblada:** dos adultos que forman una nueva familia en la cual, al menos uno de ellos, tiene hijos o hijas de una relación anterior (7).

Otras tipologías útiles para la evaluación con enfoque familiar se centran en el curso de vida de las personas que constituyen las familias. Como primer ejemplo se encuentra la clasificación de las familias según las edades de sus miembros. Esta agrupa a sus miembros en tres categorías (0 a 14 años; 15 a 64 años; y, 65 y más años) y considera que pueden convivir una, dos o más generaciones al interior del hogar. Otra tipología según curso de vida considera distintas etapas marcadas por el nacimiento, crecimiento y salida de los hijos e hijas del hogar. Estas etapas implican cambios en la composición familiar, que significan cambios en la presión sobre los recursos familiares, dependiendo del tamaño y de la dependencia de los hijos. En base a esta clasificación las principales etapas serían: Etapa Inicial (hijos e hijas de 0 a 5 años); Etapa de Expansión (hijos e hijas de 6 a 12 años); Etapa de Consolidación (hijos e hijas de 13 a 18 años); Etapa de Salida (hijos e hijas de 19 años o más) (8).

Considerar a la familia como el sistema central para el crecimiento y desarrollo de niños y niñas, implica (9):

- Incluir a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud/enfermedad de niños y niñas, considerando la influencia de esta sobre la salud de sus miembros y, a su vez, cómo la enfermedad afecta al sistema familiar.
- Involucrar a la familia como parte de los recursos que las personas tienen para mantenerse sanos o recuperar la salud. Una familia cumple, entre otras funciones, la de protección y cuidado, y fomenta el desarrollo de sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas en salud.
- Incorporar a la familia como unidad de cuidados, como entidad propia distinta al individuo, donde el cuidado planificado del grupo tiene beneficios mayores que la suma de intervenciones aisladas en cada uno de los miembros.

Para considerar estas implicancias, además, se hace imprescindible:

1. **Reconocer** que cada familia posee su propio patrón de creencias, reglas de interacción y pertenencia, además del sentido de identidad. Esto implica que, para el trabajo con las familias, es necesario conocer sus miradas y explicaciones de cómo y por qué ocurre lo que los lleva a consultar. Sus miembros son los más expertos en sí mismos y en su familia, y se debe intentar "comprender" la realidad desde su mirada y experiencias.
2. **Considerar** que la familia es un sistema sociocultural abierto (permeable) y en transformación, que está en una relación de influencia mutua constante con su entorno físico, social, emocional, cultural y temporal particular al que se han adaptado. De este contexto, recibe influencias que pueden apoyarla y demandarla. Tener claridad de estas variables del contexto de las familias es clave para entender su funcionamiento y su dinámica.
3. **Entender** a la familia como una organización, significa poder describir cuales son los aspectos estructurales que la conforman: subsistemas, límites internos y con el exterior, alianzas, cercanía y distancia, jerarquías, distribución del poder y patrones de interacción.

La evaluación psicosocial, por su parte, entrega antecedentes respecto a aspectos subjetivos, sociales y psicológicos de un individuo, así como del desarrollo personal, afrontamiento de crisis vitales y su relación con la familia, la cultura y la sociedad (10).

El desarrollo psicosocial se inicia desde la gestación y es un proceso integral, gradual, continuo, progresivo y acumulativo. Implica cambios complejos que ocurren en distintos niveles, mediante los cuales, los niños y niñas adquieren herramientas que les permiten relacionarse con su entorno (11). Las familias juegan un rol fundamental en este proceso, pudiendo afectarlo positiva o negativamente. En este aspecto, adquieren relevancia elementos como: los recursos familiares para favorecer el desarrollo, los estilos de crianza, las formas relacionales, las experiencias traumáticas, entre otros.

Algunos de estos elementos serán revisados a continuación.

i. Evaluación de factores protectores psicosociales y familiares



Los factores protectores y recursos familiares representan aquellos factores psicológicos, sociales y conductuales personales de niños, niñas y/o de la familia que protegen la salud, promueven comportamientos positivos e inhiben los comportamientos de riesgo, mitigando con ello los efectos de la exposición al riesgo.

La identificación de los factores protectores se enmarca en 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.

Es importante explorar los recursos saludables dentro de las culturas de las familias, identificarlos, validarlos, reflejarlos y construir sobre esta base, con el fin de generar en la familia capacidad de acción. Estos factores se pueden identificar como:

- **Factores protectores internos/ individuales:** son aquellos relacionados con el proceso evolutivo del niño o la niña que le permiten desarrollar herramientas para lograr un óptimo bienestar psicológico, social y emocional. Dentro de estas, se identifican: habilidades sociales, autoestima, capacidad para resolver problemas, autocontrol, autonomía, creatividad, sentimiento de control, seguridad o empoderamiento, sentimiento positivo frente a la vida, respeto por sí mismo y por los otros, entre otros (11).
- **Factores protectores externos/ ambientales:** son aquellos que 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, espacios y tiempo 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/as, apoyo social, y redes sociales comunitarias (11).

Estilos parentales

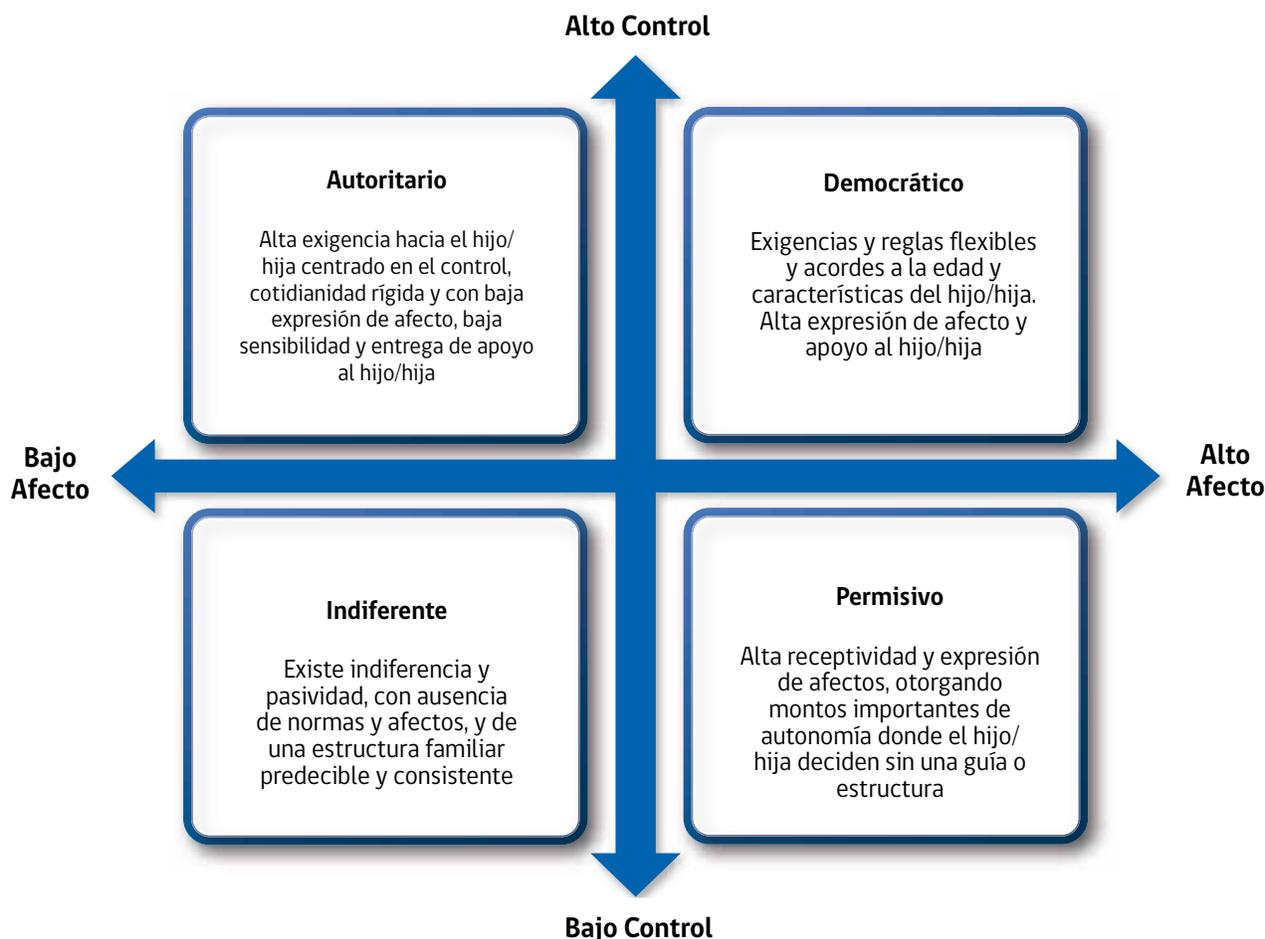
En la crianza, cada padre, madre y/o cuidador despliega una serie de conductas y actitudes como respuesta a las diferentes situaciones cotidianas que se presentan en el día a día, y que tienen directa relación con las propias creencias e historia de vida personales y están influidos por creencias y patrones culturales, que originarán una alta diversidad en la forma de ser padre o madre.

Los diferentes estilos parentales pueden ser descritos de una forma didáctica y sencilla mediante el Modelo Bidimensional de Maccoby y Martin (12). De acuerdo a éste, existen diferentes estilos que surgen a partir de los niveles de afecto y control que los padres involucran en la crianza.

- El afecto se refiere al grado de calidez, aceptación y ayuda que un padre o madre brinda a su hijo o hija.
- El control refiere al grado de supervisión y exigencia del cumplimiento de normas y reglas asociadas a la disciplina, así como también a la estructuración de las rutinas diarias.

Tanto el nivel de afecto y de control operan como dos continuos, conformando cuatro grandes estilos parentales (figura II-1).

Figura II-1. Estilos parentales.



Fuente: Modelo bidimensional de Maccoby y Martin (12).

Cada estilo tendrá diferentes características en la relación que se establece entre padre/madre e hijo/hija. El estilo democrático es el más recomendado porque se asocia a mejores resultados en el desarrollo integral de niños y niñas.

Parentalidad positiva

Basado en modelos aún vigentes, tales como el modelo de parentalidad positiva de Rodrigo, Máiquez y Martín (13), se han descrito una serie de principios de actuación que promueven el bienestar y trayectorias de desarrollo saludables en la infancia y curso de vida, conformando un marco referencial para que madres, padres y cuidadores, puedan ejercer una parentalidad positiva y responsable, los cuales se resumen en la tabla II-1.

Tabla II-1. Principios de actuación para el ejercicio de la parentalidad positiva.

Calidad del vínculo	Otorgar aceptación, afecto, calidez al hijo o hija, de manera estable y protectora, pero a la vez flexible de acuerdo con sus necesidades de desarrollo.
Estructura	Establecer un entorno familiar, donde existan rutinas y hábitos que promuevan el aprendizaje de normas y valores, y organicen la vida cotidiana del niño o la niña.
Estimulación	Alentar, motivar y fomentar capacidades y aprendizajes, tanto en el ambiente familiar como en la educación formal.
Validación y Reconocimiento	Reconocer al hijo o hija como persona válida e importante en la familia, con intereses y necesidades propias, y que puede contribuir de forma activa en la toma de decisiones de acuerdo con su crecimiento y autonomía progresiva.
Capacitación	Potenciar en los hijos e hijas la autopercepción de competencia y de ser agentes activos de su vida, posibilitando en el espacio familiar instancias de escucha, opinión y decisión.
Educación sin violencia	Exclusión de toda forma de castigo físico o psicológico que implique la degradación del niño o niña y el abuso de poder, y la validación de patrones abusivos y agresivos de relación.

Fuente: Rodrigo, Máiquez y Martín, 2010 (13).

Pautas relacionales

Es importante tener en consideración al momento de aproximarse al sistema familiar, la evaluación de ciertas estructuras y pautas relacionales que pueden ser dañinas para el niño, niña y para la familia en general, entre las que se encuentran (14):

- Ausencia real de un padre o ambos.
- No asunción del rol parental por uno o ambos padres.
- Pérdida de límites entre los miembros de la familia.
- Perturbaciones en jerarquía y liderazgos.
- Clima emocional ansioso, tenso o inestable.
- Expresiones afectivas no genuinas
- Resolución inadecuada de conflictos.
- Ausencia de comunicación expedita entre sus miembros.

ii. Evaluación de factores de riesgo psicosociales y familiares

Los factores de riesgo son “una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno” (15). El enfoque de factor de riesgo publicado en primer lugar por Stamler en 1978 (16), fue adoptado desde la investigación biomédica y dirigido hacia la identificación de aquellos factores biopsicosociales del comportamiento y del medio ambiente que parecían estar asociados con la aparición de un problema de salud. Estas características personales, sociales, familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta y situarían al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento (17).

Familia con riesgo

Toda intervención familiar surge de la decisión del equipo de cabecera, al considerar una o más situaciones de riesgo para una persona (en este caso niño o niña) y/o su familia, que ameriten ser abordados en forma integral para prevenir situaciones no deseadas o impactos negativos en salud.

Un **factor de riesgo** se define por la OMS como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (18). A lo largo de la atención de salud tanto de la familia como del niño y la niña y considerando el enfoque de curso de vida (es decir, etapa de la gestación y etapa de infancia temprana y tardía), se pueden identificar los diversos factores de riesgo que influyen en el óptimo crecimiento y desarrollo infantil. Es por ello que la supervisión de salud integral se convierte en un espacio relevante para la detección de estos factores y para realizar acciones preventivas al respecto (19). Cabe destacar que los factores de riesgo deben evaluarse en el contexto integral del niño o niña, sopesándolos siempre con los factores protectores que ese niño o niña y su familia tengan.

Experiencias Infantiles Adversas (Adverse Childhood Experiences - ACEs) (20)

Las Experiencias Infantiles Adversas o ACEs por sus siglas en inglés, son eventos potencialmente traumáticos que ocurren en la infancia-adolescencia (0 a 17 años), tales como: experiencias de violencia física y/o psicológica; abuso o negligencia; presencia de violencia en el hogar; y que un miembro de la familia intente o muera por suicidio. También se incluyen aspectos del entorno del niño o niña que puedan alterar su percepción de seguridad, estabilidad y vínculos, tales como: crecer en un hogar con abuso de drogas, problemas de salud mental en los cuidadores, inestabilidad debido a la separación de los padres o encarcelamiento de uno de los padres, hermanos u otro miembro de la familia.

Las ACEs pueden tener gran impacto en el desarrollo socioemocional de un niño o niña, efectos que pueden persistir por años, incluso hasta la vida adulta. Factores como la naturaleza, la frecuencia y la gravedad del evento traumático, el historial previo de trauma y la disponibilidad de los apoyos familiares y comunitarios, pueden dar forma a la respuesta que establece un niño o niña al trauma.

Las ACEs pueden tener efectos negativos duraderos en la salud, el bienestar y las oportunidades. Estas experiencias pueden aumentar los riesgos de lesiones, infecciones de transmisión sexual, problemas de salud materno-infantil, embarazo adolescente, participación en el comercio sexual y una amplia gama de enfermedades tales como cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas y suicidio.

Se han descrito algunas estrategias para prevenir la aparición de los ACEs e instalar factores protectores, las cuales se describen en la tabla II-2.

Tabla II-2. Estrategias de prevención ACEs y fortalecimiento de factores protectores.

ESTRATEGIA	ACCIÓN
Fortalecer los apoyos económicos a las familias	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar. • Políticas laborales favorables a la familia.
Promover normas sociales que protejan contra la violencia y la adversidad	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas de educación pública. • Enfoques legislativos para reducir el maltrato. • Acciones de los espectadores. • Hombres y niños como aliados en la prevención.
Garantizar un buen comienzo para los niños y niñas	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias en la primera infancia. • Cuidado infantil de alta calidad. • Enriquecimiento preescolar con compromiso familiar.
Enseñar habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje socioemocional. • Citas seguras y programas saludables de habilidades de relación. • Habilidades parentales y enfoques de relación familiar.
Conectar a los jóvenes con adultos y actividades afectuosos	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de mentoría. • Programas después de la escuela.
Intervenir para disminuir los daños inmediatos y a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria mejorada. • Servicios centrados en las víctimas. • Tratamiento para disminuir los daños de los ACE • Tratamiento para prevenir problemas de conducta y participación futura en la violencia. • Tratamiento familiar para los trastornos por consumo de sustancias.

Fuente: CDC, 2019 (20).

En el caso de niños y niñas que han sufrido experiencias adversas en lo que va de su infancia, los factores protectores, sobre todo los relacionales o vinculares, se podrían comportar como amortiguadores de estas vivencias, permitiendo que el estrés experimentado no sea tóxico, y que se activen procesos de resiliencia para hacer frente a estas adversidades.

A continuación, se muestra un listado de factores que han demostrado ser protectores o plantean riesgos para los niños y niñas en los diferentes niveles de su ecología social (tabla II-3), que deben ser considerados de acuerdo con el contexto (21).

Tabla II-3. Factores protectores y de riesgo.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Niño o niña (nivel individual)	
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad básica insatisfecha. • Dificultades en el apego con el cuidador. • Falta de sentido de autoeficacia. • Pobres habilidades de autorregulación • Bajas expectativas educativas. • Necesidad de gratificación inmediata. • Experiencias traumáticas (ACEs). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se satisfacen las necesidades básicas. • Apego seguro con el cuidador. • Sentido de autoeficacia. • Habilidades de autorregulación. • Altas expectativas educativas. • Tolerancia a la gratificación retrasada. • Buena salud mental.
Microsistema (nivel familiar y de pares)	
<ul style="list-style-type: none"> • Violencia doméstica o conflicto familiar. • Trastornos de salud mental de los padres. • Baja vinculación, falta de apego con familiares y cuidadores. • Pobres relaciones familiares. • Supervisión de los padres ineficaz. • Abuso de sustancias por parte de los padres. • Acoso escolar y victimización entre pares. • Falta de apoyo entre pares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores de apoyo. • Seguridad y estabilidad en el hogar. • Fuertes lazos / apegos entre los niños y sus familias. • Relaciones familiares de confianza. • Control parental y ajuste de límites. • Buena salud mental de los padres. • Fe, esperanza, sentido positivo de la vida. • Relaciones positivas entre pares.
Exosistema (nivel comunitario)	
<ul style="list-style-type: none"> • Barrios y escuelas inseguras. • Vecinos que modelan el comportamiento negativo. • Barrios desfavorecidos. • Ambiente de aprendizaje de baja calidad. • Bajo nivel socioeconómico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Barrios y escuelas seguras. • Vecinos que modelan el comportamiento positivo. • Barrios aventajados. • Actitud positiva del profesor hacia los alumnos y las relaciones en la escuela.
Macrosistema (nivel social)	
<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación y exclusión social. • Opresión. • Humillación. • Normas sociales y de género. • Políticas perjudiciales para el desarrollo saludable de los niños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudantes naturales y espectadores activos. • Planificación colectiva y acción para promover el bienestar de los niños. • Normas sociales y de género. • Políticas que promueven el desarrollo saludable de los niños.

Fuente: Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (AAP, 2012) (21).

Es importante recordar que la evaluación clínica es una de las principales herramientas para detectar los factores protectores y de riesgo que puedan tener las familias y, por ende, los niños y niñas. Asimismo, existen algunos instrumentos que pueden ser herramientas complementarias en la detección de situaciones de riesgo. A continuación, se detallan los instrumentos más utilizados en la APS.

iii. Escalas de evaluación psicosocial

Escala de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) (22)

Esta pauta es una de las primeras vías de ingreso al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), puerta de entrada al Subsistema de Chile Crece Contigo. Este instrumento facilita y orienta el desarrollo de una entrevista psicosocial. Se aplica en el primer control de la gestación, y permite pesquisar ocho factores de riesgo que implican potenciales daños a la salud materna, fetal y el desarrollo posterior de ese niño o niña en gestación. El desarrollo de un perfil de riesgo en la gestación debe conducir a diferentes intervenciones dentro de la red de salud y/o del subsistema Chile Crece Contigo e implica una alta probabilidad de que el RN tendrá riesgos en el postparto.

Los factores de riesgo detectados a través de esta entrevista son:

1. Ingreso a Control Prenatal después de las 20 semanas de gestación.
2. Gestante de edad menor a 17 años 11 meses.
3. Escolaridad de sexto básico o menos.
4. Insuficiente apoyo familiar.
5. Conflictos con la maternidad (rechazo al embarazo).
6. Presencia de síntomas depresivos.
7. Uso o abuso de sustancias.
8. Violencia de género.

Pauta de Detección de Riesgo Biopsicosocial Infantil (PRB) (23)

Esta pauta (anexo 1), puede ser aplicada durante el control de salud infantil. En esta, se enumeran diversos factores de riesgo biopsicosocial que pueden afectar el óptimo desarrollo del niño y niña. Cada ítem de la pauta se asocia con acciones mínimas a realizar, por lo cual debe también ingresarse esta información al Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM) y activar con ello las alertas de vulnerabilidad correspondientes.

Es importante considerar que existen centros que cuentan con su propia pauta de evaluación de riesgo biopsicosocial; sin embargo, independiente del instrumento que utilicen, la evaluación clínica y pesquisa de factores de riesgo, son motivos para levantar las alertas con el equipo de cabecera, elaborar el plan de cuidado integral y activar las redes disponibles, manteniendo la coordinación y seguimiento de los niños, niñas y familias afectadas.

Asimismo, de manera complementaria y dependiendo del plan de cuidado realizado por el equipo de cabecera (específico para cada niño o niña según su edad, evaluación de desarrollo y riesgo detectado), se sugiere que se derive (según corresponda) a Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI), para aumentar los factores protectores del desarrollo infantil, por ejemplo, con las siguientes intervenciones:

- Realizar estimulación al niño o niña y modelaje a su madre, padre o cuidadores.
- Potenciar rutinas, estrategias de cuidado, habilidades, contenidos de desarrollo, etc.
- Coordinar derivaciones a la red comunal ChCC.
- Contribuir a mitigar el impacto documentado en el desarrollo psicomotor de los niños y niñas con factores de riesgo biopsicosocial.

iv. Estudio de familia

El estudio de familia es una herramienta que contribuye a la comprensión del proceso de salud-enfermedad que enfrenta una familia desde el enfoque biopsicosocial y que orienta a los equipos de salud respecto a la toma de decisiones (24).

Para obtener esta información familiar, es importante que el equipo cuente con habilidades de entrevista y de observación, lo cual se puede complementar con una serie de instrumentos de abordaje familiar, tales como: genograma, círculo familiar, APGAR familiar, ecomapa, SALUFAM, entre otros (24).

- **Identificación de problemas o situaciones a intervenir:** esta nueva conceptualización de "problema", permite una semiología ampliada más allá de la presencia e identificación de un diagnóstico o enfermedad, considerando aspectos psicosociales de los usuarios y sus familias, que complementan los clásicos aspectos biomédicos.
- **El plan de cuidado integral (PCI):** es un proceso que permite formular los objetivos, en base a un conjunto de necesidades de intervención, estableciendo un orden de prioridad, luego de haber identificado todos los problemas en todas las dimensiones posibles. Este plan orienta las intervenciones a realizar con cada niño o niña y su familia para conseguir los objetivos definidos por el equipo de cabecera, permitiendo a su vez la articulación de las redes correspondientes.

v. Visita Domiciliaria Integral (VDI)

Se ha definido como *"Una estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable. Incluyendo la promoción de mejores condiciones biológicas ambientales y relacionales, se inserta en el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son expuestos a la familia durante el proceso de atención, y son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y/o realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas"* (24).

En el contexto de la atención integral de niños y niñas, se pueden distinguir dos tipos de visitas, con relación al momento y objetivos de ella (24):

- **Visita domiciliaria integral de primer contacto:** es aquella que se realiza por primera vez en el domicilio, considerando la situación particular de riesgo que la motivó. Surge de un Plan de Intervención inicial y se realiza fundamentalmente para establecer el primer contacto, fortalecer el vínculo con la familia, complementar el diagnóstico y planificar las siguientes intervenciones en conjunto con la familia.
- **Visita domiciliaria integral de seguimiento:** visitas que forman parte de la estrategia para dar respuesta a un Plan de Intervención familiar. Sus objetivos son realizar el seguimiento del Plan de Intervención y realizar intervenciones específicas según situaciones de riesgo o problemas detectados con anterioridad.

Todas estas visitas deben ser registradas en SRDM, para poder realizar el seguimiento y monitoreo del resultado de las estrategias desarrolladas para cada niño o niña y su familia. Es importante señalar que en aquellos niños y niñas con alteración del DSM y riesgos biopsicosocial asociados, la VDI debe ser priorizada.

vi. El trabajo en red

Desde los equipos de salud, se deben levantar, en conjunto con la familia, las redes que permitan dar respuesta a sus necesidades en los ámbitos de salud, y todas aquellas variables vinculadas a los determinantes sociales de ésta, proporcionando apoyo material, emocional, afectivo, informacional, etc. En las acciones que se planifiquen, se deben incluir las redes sociales personales y comunitarias (familia, amistades, redes laborales, redes escolares, redes comunitarias de servicio o de credo). Además, es relevante considerar tanto la red intrasectorial como la intersectorial.

Como se ha señalado, una de las ofertas intersectoriales dirigidas a niños y niñas en la primera infancia es el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC), que ofrece un sistema de intervenciones sociales adecuadas a las necesidades de cada niño, niña, familia y comunidad. El ChCC es coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, pero considera el aporte de diversos organismos públicos como los Ministerios de Salud y de Educación, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y la Fundación Integra.

El trabajo en red es coordinado por la Red Comunal Local ChCC, cuyo foco es proveer la oferta de servicios disponibles localmente para la atención oportuna y pertinente de las necesidades de cada niño, niña y su familia. Es fundamental registrar siempre los factores de riesgo detectados en SRDM para que la encargada/o comunal pueda coordinar y priorizar las respuestas para las necesidades de cada caso.

Además, es importante considerar otras instancias de coordinación y participación de instituciones y organizaciones de la sociedad civil, agrupadas en las Redes de Infancia comunal, que apoyan a los niños, niñas y sus familias. Las Redes de Infancia generan un trabajo conjunto entre sus integrantes a fin de visibilizar la participación infantil a través de la transferencia de experiencias locales y la organización de actividades que contribuyen a la efectiva implementación de la Convención de los Derechos del Niño y la Niña y la construcción de una cultura de respeto hacia todos los niños y niñas. Focalizan los esfuerzos en aquellos niños y niñas con mayor necesidad de protección y cuidado, como los NN en situación de discapacidad, los que han interrumpido su trayectoria educativa, que han sufrido vulneración de derechos y/o presentan condiciones sociales adversas. Se constituye así un espacio donde todos los sectores, incluido el Centro de Salud, pueden articular acciones.

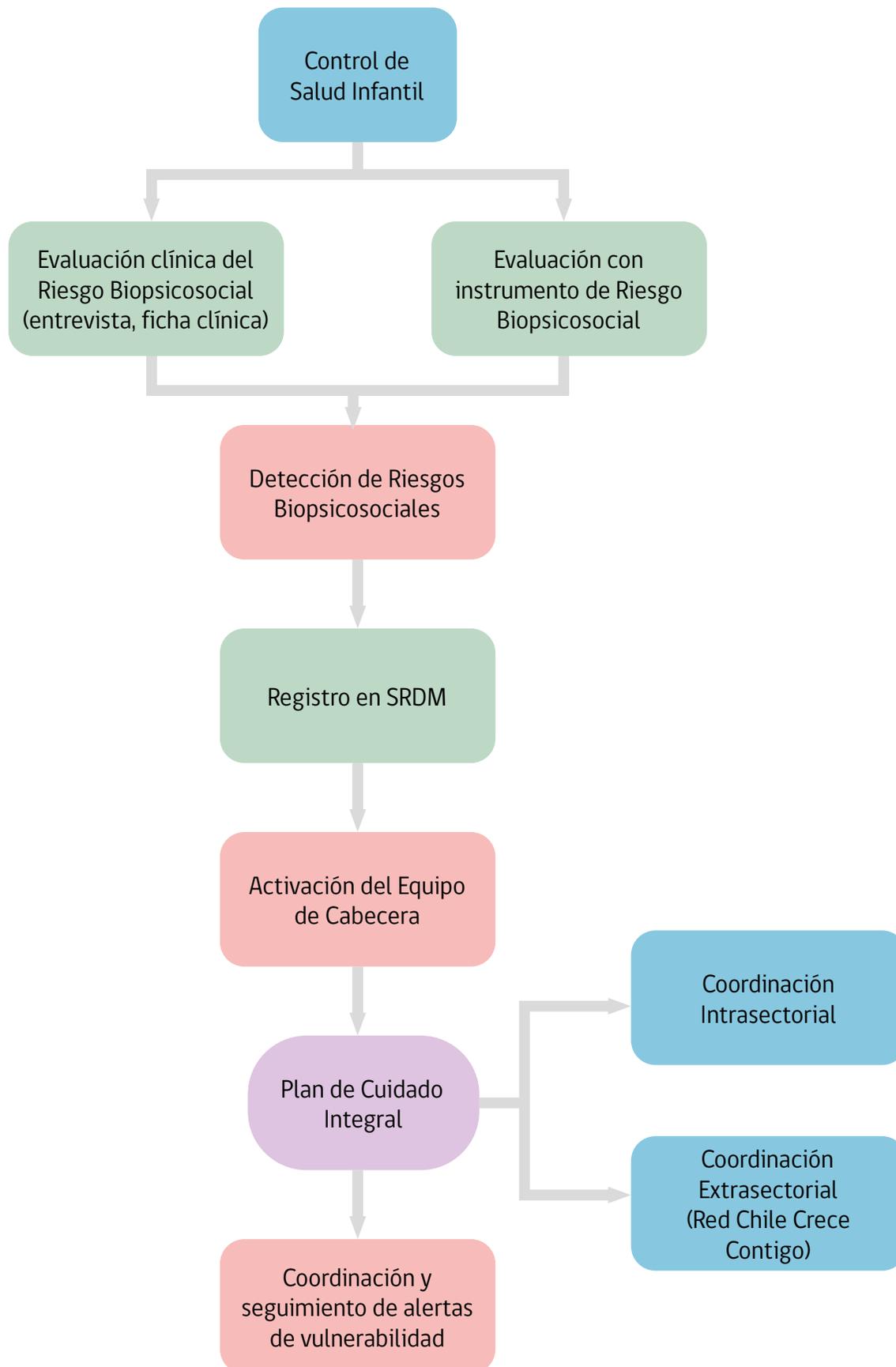
vii. Etapa de monitoreo, reformulación y evaluación

El Plan de Cuidado Integral (PCI) elaborado por el equipo de cabecera, considerando las características de cada familia, se debe evaluar en términos del cumplimiento de los objetivos y los resultados de las acciones definidas para la intervención familiar (junto con otras estrategias definidas en el PCI). No obstante, es importante considerar la dinámica y la complejidad que implica una intervención familiar, por lo que pueden aparecer nuevas problemáticas o situaciones que dificultan el monitoreo y la evaluación.

El equipo de salud debe elaborar el PCI junto a la familia y/o cuidador/a, acordando objetivos realistas, alcanzables en el tiempo definido y que consideren la evaluación de sus resultados, a fin de constatar si las acciones han tenido el impacto esperado. En base a los procesos de evaluación y reevaluación, se ajusta el Plan de Cuidado Integral y se vuelven a establecer acciones y nuevos plazos de medición.

El flujograma con los pasos a seguir en caso de detección de factores de riesgo biopsicosocial durante la evaluación clínica se grafica en la figura II-2.

Figura II-2. Flujo de derivación de acuerdo al riesgo biopsicosocial.



Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia y Chile Crece Contigo, MINSAL, 2021.

MATERIAL COMPLEMENTARIO	
"Pauta de riesgo psicosocial. Evaluación psicosocial (EPsA)". MINSAL, 2010.	http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Nota-Metodologica-EPsA_2010.pdf
"Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud". MINSAL, 2008.	http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf
"Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: guía para los equipos locales". Chile Crece Contigo, 2012.	http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Orientaciones-tecnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf
"Visita Domiciliaria Integral, Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria". MINSAL, 2018.	https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf
"Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria Dirigido a Equipos de Salud", MINSAL, 2012.	https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf
"Orientaciones técnicas para la Coordinación entre el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y el Servicio Nacional de Menores", 2018.	http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/07/OT-CHCC-Sename-WEB.pdf



2.1.2. SALUD AMBIENTAL INFANTIL

La disciplina que involucra la identificación, tratamiento y prevención de enfermedades mediante el control de los riesgos ambientales, así como la creación de ambientes saludables para los niños y niñas, se conoce como salud ambiental infantil (25). Su objetivo principal es contribuir a la reducción o eliminación preventiva de los riesgos ambientales para este grupo de la población y, secundariamente, lograr diagnósticos precoces de cualquier condición de salud relacionada con factores ambientales. Ante todo, el rol de la salud ambiental infantil es preventivo, para anticipar y evitar la influencia de factores de riesgo ambiental sobre esta población.

De acuerdo con la OMS, en el año 2015 a nivel mundial se estima que el 26% de las muertes de menores de 5 años podría haberse prevenido abordando los riesgos medioambientales (26).

Por otra parte, es importante destacar que un niño o niña nacido hoy vivirá en un mundo en el que el cambio climático afectará a la salud humana desde la infancia y adolescencia hasta la edad adulta y la vejez. Este fenómeno, como determinante social y ambiental, conlleva diversas consecuencias para la infancia en el mundo, como la calidad del aire, el agua potable, alimentos suficientes, vivienda segura, entre otras. Esto puede amenazar la salud de niños y niñas en cuanto a la producción de alimentos y la seguridad alimentaria, mayor riesgo de enfermedad diarreica y de contagio de enfermedades infecciosas como el dengue, entre otras.

Según se prevé, entre 2030 y 2050 el cambio climático provocará unas 250.000 defunciones adicionales cada año en el mundo, debido a la malnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés calórico. Se estima que el coste de los daños directos para la salud (es decir, excluyendo los costes en los sectores determinantes para la salud, como la agricultura y el agua y el saneamiento), se sitúa entre 2000 y 4000 millones de dólares (US\$) de aquí a 2030 (27). En respuesta, una reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero mediante mejoras del transporte y de las elecciones en materia de alimentos y uso de la energía pueden traducirse en mejoras de la salud, en particular a través de la reducción de la contaminación atmosférica.

El objetivo de que los niños y niñas vivan en condiciones ambientales favorables y reducir los riesgos del ambiente al mínimo posible, incorpora además un principio de equidad (28,29). Es sabido que hay condiciones de vulnerabilidad socio ambiental relacionadas con situaciones medioambientales intra y peridomiciliarias, como la adecuada disposición sanitaria de excretas y desechos, el acceso a agua segura para el consumo humano, la calidad de la alimentación disponible, el acceso a servicios de salud, el acceso a educación sanitaria para la modificación de hábitos y conductas de riesgo, entre otros, que condicionan la salud de los residentes en dichas zonas geográficas, especialmente a los niños y niñas, ya que éstos poseen intrínsecamente características propias que los hacen especialmente vulnerables en comparación con lo que ocurre con las personas adultas (30). Esta mayor vulnerabilidad a las noxas ambientales se debe a características propias del desarrollo infantil. Dentro de estas, es importante destacar:

- Mayor susceptibilidad de los órganos y sistemas en desarrollo al daño por contaminantes externos (30,31).
- Mayor grado de exposición a los tóxicos presentes en el aire, los alimentos y el agua. Esto, debido a que, por ejemplo, la población infantil presenta una mayor ingesta de alimentos y consumo de líquidos en proporción a su peso corporal y una mayor frecuencia respiratoria (30,31).
- La vía transplacentaria y el amamantamiento son exposiciones únicas y diferentes ante las amenazas ambientales (26,30).
- Los niños y niñas se encuentran en mayor contacto con el ambiente exterior por el hecho de pasar parte de su tiempo jugando en espacios abiertos (plazas, jardines y otros), donde podrían estar en contacto con metales pesados, plaguicidas o compuestos orgánicos volátiles (26,30,31).
- Los niños y niñas son menos conscientes de los eventuales riesgos químicos que los rodean y, por consiguiente, son menos hábiles para evitar la exposición a situaciones peligrosas (26,30,31).

i. Historia ambiental pediátrica

Los profesionales que realizan los controles de salud infantil deben estar familiarizados con conceptos básicos en toxicología humana, que les permitan evaluar de forma objetiva y con los fundamentos correspondientes cada uno de los componentes del riesgo en salud, distinguiendo de manera clara la importancia de las condiciones en que ocurre la exposición a un peligro ambiental en cuanto a intensidad y duración de esta exposición, así como también poder analizar, desde una perspectiva clínica, el comportamiento biológico del factor de riesgo que se está analizando. De acuerdo a lo anterior, si se trata de una sustancia química, el equipo de salud debe estar familiarizado con la toxicocinética de la sustancia química (cómo y a través de qué vías se absorbe; cómo se metaboliza, etc.) y con su toxicodinámica (órganos afectados, mecanismos de acción).

Las causas ambientales de enfermedad no siempre son evidentes, en especial si la enfermedad es atípica o no responde al tratamiento. En estas situaciones, existen ciertas preguntas a realizar en la entrevista que pueden dar la información adecuada (tabla II-4).

Tabla II-4. Lista de preguntas recomendadas para una historia ambiental pediátrica.

1. Lugar de residencia en los últimos 10 años.
2. Vivienda actual: tipo de residencia: casa, departamento, pieza, hotel, rancho en barrio, villa, asentamiento, zona rural, cantidad de habitaciones y habitantes.
3. Antigüedad de la vivienda: preguntar siempre el año en que se construyó la vivienda (pinturas con plomo, moho, etc.).
4. Características de la vivienda: pisos, paredes, humedad, revoques, en construcción, en reformas, desagües, ventilación.
5. Eliminación de excretas: baño, letrina, cloacas, agua potable, agua de pozo.
6. Fuentes de provisión y distribución de agua, para todos sus usos.
7. Fuentes de calefacción: leña, carbón, gas, biomasa, electricidad. Estufas, braseros, hogares.
8. Cocina: tipos.
9. Uso de insecticidas, aerosoles, plaguicidas de aplicación doméstica.
10. Fumadores: exposición al humo de tabaco ambiental (humo de segunda mano). Hijo/a de madre fumadora. El servicio de salud pública de EEUU recomienda que se pregunte sobre el cigarrillo en cada consulta y que hagan siempre a los fumadores un espacio breve, de uno a tres minutos, para informar sobre los riesgos para ellos y para sus hijos. El pediatra debe, también, preguntar y discutir acerca de los riesgos de fumar con sus pacientes de edad escolar y adolescentes.
11. Alimentación del niño/a: agua para diluir la leche en polvo, conservación de alimentos, lavado de frutas y verduras.
12. Entorno externo al hogar: hasta 10 cuadras a la redonda. Presencia de antenas, cable de alta tensión, transformadores, basurales a cielo abierto, residuos patógenos embolsados, quemas, fábricas, industrias.
13. Inmediaciones: fundiciones próximas, lagos o arroyos contaminados, exposiciones agrícolas a plaguicidas, transportes con emanaciones gaseosas, humos, olores, efluentes líquidos, insectos, roedores, ruido.
14. Guarderías: ubicadas, a veces, en las mismas industrias o en hospitales.
15. Escuelas: muchos de los riesgos son similares a los del hogar, por lo tanto, se deben evaluar las mismas exposiciones.
16. Se debe evaluar la exposición solar del niño/a y el personal de salud deberá entregar recomendaciones adecuadas para la fotoprotección; como uso adecuado de protector solar, cubrir al niño/a con ropas adecuadas, determinar las horas oportunas para sus actividades evitando la exposición solar en horas pico.
17. Consultar por el trabajo de los padres, para evaluar potenciales fuentes de exposición intradomiciliarias derivadas de algunas actividades productivas. Ej. actividad minera, metalúrgica, pesquera, etc.

Fuente: MINSAL, 2009 (30).

ii. Salud ambiental infantil en Chile

En nuestro país, las exposiciones ambientales peligrosas más importantes para los niños y niñas están en relación a la contaminación atmosférica e intradomiciliaria. Otro punto de interés y más relacionado con conductas de riesgo de responsabilidad parental está en los productos de uso infantil, juguetes incluidos bajo este concepto.

Adicionalmente, un tema que despierta el interés y preocupación general a lo largo del país y que, en los últimos años, se ha transformado en un foco de interés mediático permanente, es el de la relación entre los metales pesados y la salud humana, especialmente infantil. Un grupo de sustancias químicas importantes en relación con la salud ambiental infantil está dado por los plaguicidas. Lo más habitual es que la preocupación respecto de los plaguicidas tienda a centrarse en el uso agrícola de estos productos, sin embargo, no se puede dejar de lado el hecho de que parte de las exposiciones tóxicas a plaguicidas ocurre en el hogar y son absolutamente evitables a través de medidas básicas de prevención. Antes de describir estos factores considerados de interés en el escenario nacional, es preciso aclarar que, en general, la exposición a contaminantes ambientales ocurre de manera crónica y a bajas concentraciones, mientras que las exposiciones y toxicidad agudas son más limitadas y pueden darse en relación con accidentes domésticos con plaguicidas y otras sustancias químicas intradomiciliarias.

A continuación, se desarrolla una reseña de los factores ambientales más relevantes para el contexto país que pueden ser prevenibles y abordables en el control de salud infantil. En específico, se desarrollará el rol de la contaminación intradomiciliaria; rol de los metales pesados en la salud humana; plaguicidas y, adicionalmente, aspectos relativos a los productos de uso infantil.

Contaminación del aire intradomiciliario

La exposición a una mala calidad del aire en ambientes cerrados se debe a una mezcla de situaciones; por una parte, la existencia de una o varias fuentes que emiten sustancias tóxicas para la salud de las personas y, por otro lado, la falta de ventilación de los espacios cerrados, que favorece la acumulación de dichas sustancias tóxicas, o bien, favorece el aumento de la humedad relativa del ambiente intradomiciliario, lo que resulta favorable para la proliferación de microorganismos que están asociados a la generación de alergias, asma y síntomas del aparato respiratorio.

En este sentido, podemos señalar que existen diversos estudios que señalan que una humedad relativa al interior de recintos cerrados superior al 50%, aumenta el nivel de ácaros en dichos espacios. Por otro lado, los mismos estudios relacionan una baja ventilación de espacios cerrados con efectos negativos en salud (32).

Las principales fuentes generadoras de contaminantes atmosféricos en los domicilios son:

1. El **humo de tabaco** representa la principal fuente de contaminación de los espacios cerrados, no sólo por la persistencia en el tiempo de los cientos de contaminantes presentes en el humo de tabaco, sino que también por la alta toxicidad de muchos de ellos.
2. La **combustión de biomasa o dendroenergéticos** (leña, restos de madera, rastrojos de árboles, etc.) o **combustibles fósiles**, tales como: gas, kerosén o parafina y carbón vegetal o mineral.
3. La **aplicación de aerosoles (spray)** tales como los plaguicidas u otras sustancias químicas tóxicas, generan concentraciones altas de sustancias tóxicas, debido a que las microgotas generadas por el aplicador pueden permanecer mucho tiempo en el aire al interior de los espacios cerrados.
4. El uso de **aromatizadores ambientales que usan gases combustibles** como propelente.
5. La utilización de **limpiadores de superficies** basados en diversas sustancias químicas en base a solventes.

Considerando la importancia de la calidad del aire intradomiciliario y la vulnerabilidad infantil a contaminantes del aire, las medidas ante todo apuntan a la **prevención primaria**:

- Independiente del uso de sustancias químicas de uso doméstico, siempre se debe ventilar el domicilio.
- Después de utilizar cualquier producto químico en el hogar, ventilar bien abriendo puertas y ventanas.
- La calefacción y la cocina deben usar fuentes de calor limpias, evitando el uso intradomiciliario de leña, kerosene, carbón.
- Si hay eventos específicos ocurriendo cerca del domicilio como un incendio o cualquier otro incidente que implica la emisión de humos y gases, cerrar puertas y ventanas. En lo posible poner paños o toallas húmedas bajo la puerta y en los marcos de las ventanas. Esto también es aplicable a aquellas zonas donde se registra actividad volcánica y emisiones de este tipo. En cualquiera de estos casos, los niños deben permanecer dentro de la casa.
- Nunca fumar dentro de la casa, la contaminación que esto genera es altamente dañino para los niños/as.

Metales pesados

Los metales pesados han sido, ya desde hace algunos años, motivo de alta preocupación por parte de la sociedad y de diversos organismos tanto estatales como de la sociedad civil, y tanto sectoriales como extrasectoriales. Al respecto, se sabe que los metales destacados de interés sanitario son el plomo, el arsénico, el mercurio y el cadmio (33).

Los efectos tóxicos de estos metales sobre la salud infantil son conocidos. Para nuestra realidad como país, el principal metal de interés sanitario es el arsénico. Por su parte, el plomo y el mercurio pueden transformarse en problemas sanitarios más acotados, ya que las exposiciones infantiles a estos elementos son más propias de condiciones intradomiciliarias que aquellas relacionadas con emisiones ambientales generales.

Cabe señalar que, en relación con metales y su influencia sobre la salud humana, las principales medidas de intervención **no son clínicas propiamente tal, sino que preventivas y educativas**. En concordancia a lo anterior, a continuación, se presentan las medidas preventivas y educativas frente a la exposición de sustancias químicas de interés sanitario.

Arsénico

Medidas de prevención de contaminación por arsénico

- Reforzar la educación en el consumo de agua segura (agua proveniente de redes de distribución formal) que, como tal, cumple con las normativas nacionales para el agua potable (34), así como con las recomendaciones de la OMS para la calidad del agua de consumo humano (35). Esta medida por sí sola puede llegar a controlar por completo el riesgo sanitario relacionado con la exposición al arsénico.
- Cuando existe evidencia de exposición al arsénico, se debe reforzar la educación en el rol de la alimentación en la protección de la salud. Una dieta con buen aporte en antioxidantes juega un rol protector al contrarrestar ciertos mecanismos de acción mediante los que el arsénico causa sus efectos biológicos.

Fuente: MINSAL, 2016 (36).

Plomo

Medidas de prevención de contaminación por plomo

- Si en la familia se desarrolla la pesca artesanal o recreativa, no fabricar los pesos de plomo en el domicilio. Los niños y niñas son muy vulnerables y los restos de plomo que pueden quedar en el suelo son persistentes, de manera que los niños que juegan allí pueden ingerirlo sin darse cuenta.
- Evitar actividades como el reciclaje y acopio de baterías de automóviles en el domicilio, éstas son fuente de exposición al plomo.
- El niño/a debe tener una alimentación balanceada, cubriendo los requerimientos mínimos nutricionales especialmente en la ingesta de vitaminas, antioxidantes, retinoides, proteínas, selenio, calcio, zinc y hierro, ya que estos lo protegen de los efectos dañinos del plomo.
- Los niños/as no deben jugar en terrenos donde se sabe que se desarrollan quemas ilegales de cables. Estas quemas contaminan el suelo con plomo y el niño/a puede exponerse al ingerir tierra involuntariamente.

Fuente: MINSAL, 2016 (37).

Mercurio

Medidas de prevención de contaminación por mercurio

- Mantener guardados y fuera del alcance de los niños y niñas, aparatos para medir la presión que contengan mercurio, baterías y pilas, tubos fluorescentes y ampollitas.
- Se recomienda el desuso de termómetros de mercurio. En su reemplazo, utilizar termómetros digitales.
- En el caso de que algún artefacto que contenga mercurio se rompa, limpiar cuidadosamente, sin tomar contacto con el mercurio.
- No acumular pilas o baterías usadas, ampollitas y tubos fluorescentes viejos.
- Las pilas o baterías que son parte de algún juguete u artefacto doméstico, no deben ser accesibles para los niños/as.
- Si algún miembro del hogar tiene contacto con mercurio en su trabajo, se debe cambiar de ropa y zapatos y lavarse muy bien las manos antes de ingresar al hogar.

Fuente: MINSAL, 2016 (38).

Plaguicidas

Los plaguicidas constituyen otro grupo de sustancias químicas que generan gran interés y preocupación en la comunidad. Del total de plaguicidas usados de manera global, el 85% se utiliza en el sector agrícola, un 10% se utilizan en operativos de salud pública para el control de vectores, otro porcentaje menor en el control de parasitosis en la ganadería y una fracción menor en el contexto domiciliario y doméstico (39). La mayor preocupación general se centra en el uso agrícola y sus posibles alcances en la salud de la población residente en zonas rurales cercanas a los predios de aplicación de plaguicidas. Sin embargo, en la práctica y en cuanto al mayor número de accidentes que involucran a niños/as expuestos a plaguicidas, el mal uso y almacenamiento doméstico sigue siendo el ámbito que da cuenta del mayor número de intoxicaciones agudas infantiles.

Es este sentido cobra un rol trascendental la prevención dirigida desde la educación sanitaria a los padres y adultos responsables del cuidado del niño o niña, con recomendaciones elementales tales como:

- Ventilar muy bien el domicilio después de aplicar insecticidas de uso doméstico.
- Guardar los plaguicidas fuera del alcance de los niños/as.
- Rotular los envases que contienen plaguicidas para identificarlos fácil y rápidamente.
- Nunca almacenar plaguicidas en envases que permitan confundir su contenido tales como envases de bebidas de fantasía o similares.
- Para el caso de los rodenticidas, su aplicación en el domicilio debe ser extremadamente cuidadosa optando por sitios totalmente fuera del alcance de los niños/as pequeños que podrían ingerirlos.

Productos de uso infantil

Los productos de uso infantil conocidos como juguetes y artículos escolares son productos que son diseñados para los niños y niñas menores de 14 años, ya sea para actividades lúdicas o académicas. El Ministerio de Salud ha regulado las características químicas, físicas, mecánicas y de inflamabilidad que pueden generar un riesgo para la salud de los niños y niñas, en el uso normal y previsible de estos productos.

Es importante señalar que la Autoridad Sanitaria se preocupa de la fiscalización de los productos de uso infantil, velando por el cumplimiento normativo de éstos, como por ejemplo: verificar que los juguetes cumplan con las propiedades físicas, mecánicas, químicas y de inflamabilidad exigidas para ser un juguete seguro (40), evaluar el contenido de plomo en las pinturas de uso escolar y verificar los contenidos de solventes orgánicos en artículos escolares, pegamentos y adhesivos (41,42).

Con estas normativas se controla:

- El contenido de metales biodisponibles en los juguetes.
- El contenido de tolueno en juguetes.
- Propiedades físicas y mecánicas de los juguetes, adecuadas a la edad de uso.
- La concentración de solventes orgánicos en los adhesivos y pegamentos de uso escolar (no deben contener solventes nocivos para la salud).
- El contenido máximo de plomo en pinturas de uso escolar (temperas, lápices, acuarelas, etc).

Se recomienda que los equipos de salud entreguen a los usuarios la siguiente información relacionada a la seguridad de productos infantiles:

- Todos los productos de uso infantil deben tener sus etiquetas en español.
- Comprar en locales establecidos, dado que estos son fiscalizados por la SEREMI de Salud.
- Tener en consideración la edad de uso (indicado en la etiqueta) de los juguetes, dado que si no son adecuados pueden generar un riesgo para la salud.
- Evitar que los niños y niñas utilicen adhesivos que tengan en su composición solventes orgánicos (ejemplo; metanol), dado que pueden generar daños a la salud. Para reconocer los adhesivos que contienen solventes orgánicos, deben revisar en la etiqueta si aparece la siguiente advertencia; "*Úsese en ambientes ventilados*", "*La inhalación frecuente y prolongada de este producto genera daños irreparables a la salud*".

Complementario a lo anterior, se debe considerar la entrega de los siguientes consejos a los usuarios para el uso seguro de los productos de uso infantil:

- Eliminar el embalaje del juguete antes de entregárselo a un niño o niña pequeño.
- Leer instructivos y precauciones de uso del juguete.
- Asegurar que los juguetes destinados para niños y niñas mayores, no se encuentren al alcance de los más pequeños.
- Revisar continuamente si los juguetes están rotos o si pueden perder piezas que signifiquen un riesgo.
- No usar juguetes cuya pintura se desprenda con facilidad.
- No permitir que los niños y niñas pequeñas jueguen con globos desinflados o imanes, pues pueden generar daño a su salud.

Además, es importante entregar la siguiente información a los cuidadores:

1. En caso de asfixia, cortes profundos, quemaduras, ingesta o inhalación de algún producto químico:
 - Llamar al Sistema Móvil de Urgencia, SAMU, fono 131, o dirigirse a su Centro Asistencial más cercano.
2. Si un niño o niña sufre alguna lesión o intoxicación por el uso de un juguete:
 - Comunicarse con SEREMI de Salud Regional. Esta información permitirá proteger a otros niños y niñas de los juguetes que no son seguros para su salud.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

"Manual de Salud Ambiental Infantil" MINSAL, 2009.	https://www.minsal.cl/salud-ambiental-infantil/
Material Educativo de Apoyo "Evitemos la exposición al humo de tabaco en niños y niñas". MINSAL, s/f.	https://www.minsal.cl/salud-ambiental-infantil/
Material educativo de apoyo "Cómo prevenir la intoxicación por mercurio en niños y niñas". MINSAL, s/f.	https://www.minsal.cl/salud-ambiental-infantil/
Material educativo de apoyo "Cómo prevenir la intoxicación por plomo en niños y niñas". MINSAL, s/f.	https://www.minsal.cl/salud-ambiental-infantil/
Guía Clínica. Exposición Crónica al Mercurio. MINSAL, 2016.	https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/salud-ambiental/contaminantes-quimicos-ambientales-y-salud-humana/salud-ambiental-diagnostico-y-necesidades-del-sector-salud/
Guía Clínica. Exposición Crónica al Arsénico. MINSAL, 2016.	https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/salud-ambiental/contaminantes-quimicos-ambientales-y-salud-humana/salud-ambiental-diagnostico-y-necesidades-del-sector-salud/
Guía Clínica. Exposición Crónica al Plomo. MINSAL, 2016.	https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/salud-ambiental/contaminantes-quimicos-ambientales-y-salud-humana/salud-ambiental-diagnostico-y-necesidades-del-sector-salud/



2.1.3. PROMOCIÓN DE UN ENTORNO SEGURO Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Un entorno seguro contribuye a la prevención de accidentes en la infancia. Un accidente es un suceso o incidente que supone un peligro inmediato o diferido para la salud e integridad del niño o niña, el cual, en la mayoría de los casos, pudo haberse evitado. Los accidentes en la infancia constituyen un problema de salud pública por su frecuencia y por sus consecuencias. Estas incluyen lesiones leves, lesiones graves, secuelas y la muerte; producen ausentismo escolar del niño o niña, ausentismo laboral de sus padres y gastos asociados a la utilización de recursos de atención de salud.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (43), las lesiones y la violencia son las principales causas de muerte infantil en todo el mundo, y provocan cada año cerca de 950.000 defunciones en niños/as y jóvenes menores de 18 años; es decir, cada hora mueren más de 100 niños/as por esta causa evitable en el mundo. Las lesiones no intencionales representan casi el 90% de estos casos. Es necesario considerar, además, que por cada niño/a que muere a causa de lesiones provocadas por un accidente, muchos otros quedan con discapacidades y secuelas para toda la vida.

En la Región de las Américas, cada hora mueren seis niños, niñas o adolescentes menores de 20 años, principalmente por lesiones no intencionales causadas por accidentes de tránsito, ahogamientos y sofocaciones. Esta situación es más grave en el sexo masculino, ya que su riesgo de morir es de 1,5 a 2,7 veces mayor que el de las niñas (43).

En Chile, en el año 2017, el 11% de las atenciones de niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, corresponden a consultas por traumatismos y envenenamientos en unidades de Urgencia, tanto hospitalaria como de Atención Primaria de Salud, correspondiendo a 626.114 atenciones (44).

Asimismo, se ha determinado que la prevención de accidentes es la medida sanitaria más eficiente para evitar las consecuencias derivadas de estos. Por tanto, es indispensable establecer estrategias que permitan anticiparse a los posibles riesgos que están asociados, ya sea a ciertas actividades propias de la vida diaria o a situaciones de excepción.

La prevención de accidentes puede clasificarse de la siguiente forma:

- **Prevención primaria:** remoción o disminución al máximo de circunstancias o riesgos cotidianos que puedan causar accidentes. Por ejemplo, poner malla de seguridad en las ventanas, instalar rejas en piscinas, evitar que niños jueguen con objetos pequeños que pudieran causarles una asfixia, entre otros.
- **Prevención secundaria:** reduce la severidad de los daños si es que ocurre un accidente. Por ejemplo, usar casco de bicicleta o transportarse en un sistema de retención infantil en el 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 en un evento de asfixia.

A continuación, se presentan medidas de seguridad para la prevención de accidentes o eventos frecuentes a los cuales están expuestos los niños y niñas en cada etapa de su desarrollo.

Estas recomendaciones pretenden ser una guía para que los profesionales las puedan transmitir a padres y cuidadores en los controles de salud de acuerdo a cada etapa del desarrollo.

i. Prevención de muerte súbita y recomendaciones para dormir

La muerte súbita en el lactante es la principal causa de muerte en la población entre 1 y 12 meses de vida en países desarrollados (45). Se define como muerte súbita al fallecimiento del niño/a menor de un año con historia clínica y examen físico normales, en las cuales no se ha podido establecer una causa definitiva de muerte.

Para niños y niñas menores de 1 año, es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones para prevenir la muerte súbita (46), (47):

- La posición más segura es hacer dormir a él o la lactante en posición decúbito dorsal (de espalda-boca arriba). Es importante reforzar a los padres este concepto cuantas veces sea necesario, pues existe en la población la creencia que dicha posición puede ser insegura por la aspiración de secreciones (figura II-3).

Figura II-3. Posición correcta para dormir. Sin almohadas, sin juguetes ni otros elementos alrededor.



Fuente: elaboración propia

- Reforzar que la posición más insegura para dormir en el primer año de vida es de decúbito 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/o cuidadores.
- La posición decúbito lateral (o de costado) no se aconseja, pues los niños y niñas pueden girar durante la noche y quedar en decúbito prono. Reforzar a los padres y/o cuidadores que los y las lactantes no deben dormir con almohada hasta después del año de vida, ya que aumenta el riesgo de muerte súbita y no disminuye los episodios de reflujo.
- Respecto a la cuna, se recomienda que tenga un colchón duro, sin espacios entre cuna y colchón y con barras separadas con 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 o la lactante y debe cubrir hasta el nivel de las axilas, no más arriba.
- No usar gorros para dormir, ya que se pueden deslizar y causar asfixia.
- No utilizar sillas de auto u otro tipo de sillas, para hacer dormir de forma rutinaria al niño o la niña.
- Fortalecer la indicación de lactancia materna a libre demanda. Su efecto protector aumenta si es de forma exclusiva, sin embargo, cualquier dosis de lactancia materna es protectora.
- Indicar la cohabitación (cuna dentro de la pieza), al menos hasta los 12 meses.

- No se recomienda que el/la lactante duerma en la cama con los adultos.
- Nunca hacer dormir al niño o niña en un sillón, sofá o silla de auto.
- Puede 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).
- No debe exponer a el/la lactante al humo del tabaco, ya que éste también aumenta el riesgo de muerte súbita. Si existen personas en el hogar que consumen tabaco, la recomendación es que siempre lo realicen en el exterior, que cambien su ropa y se laven las manos (figura II-4).

Figura II-4. Acciones para disminuir la exposición en el hogar al humo de tabaco.



Fuente: elaboración propia

- No consumir alcohol ni sustancias ilícitas durante la gestación y luego del nacimiento.
- Evitar el sobreaabrigo en su ropa y en cubierta de cama.
- El uso de monitores no previene ni disminuye la muerte súbita en lactantes.
- Mantener vacunación al día.
- Cuando el niño o la niña se encuentre despierto y bajo supervisión, se recomienda facilitar la posición en prono durante los primeros meses de vida, para el desarrollo muscular y reducir al mínimo la plagiocefalia postural.

ii. Prevención de quemaduras

Las quemaduras constituyen una importante causa de morbilidad en la infancia, estimándose que el 65% de estas se producen entre los 0 y 4 años y que estos accidentes son con mayor frecuencia por líquidos calientes, aunque también pueden ser provocadas por fuego o artefactos eléctricos. Las quemaduras son de un 6% a 10% de las consultas en servicios de urgencia y en dos tercios de ellas los niños o niñas deben ser hospitalizados (48).

El impacto de prevenir estos accidentes es evitar el trauma, las secuelas estéticas y funcionales que se asocian en el futuro con el riesgo de desarrollar alguna consecuencia de salud mental.

La principal medida para evitar las lesiones por esta causa es la prevención, para ello es necesario tener en consideración las siguientes recomendaciones:

- No debe beber líquidos calientes con el niño y niña en brazos o dejarlos al alcance.
- No debe tener al niño o niña en brazos mientras cocina.
- Evitar que los niños y niñas jueguen en la cocina, ni alrededor de una fuente de calor como las estufas u otros. Si es inevitable la permanencia del niño o niña en una habitación con fuente emisora de calor, ésta siempre debe ser con la supervisión de un adulto responsable.
- Mantener líquidos calientes y fuentes de calor fuera del alcance de los/las niños/as.
- Asegurar que los cables del hervidor no se encuentren al alcance de los niños y niñas, y el hervidor retirado de la orilla del mueble en que se encuentre.
- Regular las llaves de agua caliente del hogar para que no puedan salir a más de 49°C como máximo. La temperatura ideal para el baño de niños y niñas fluctúa entre los 36 y 38°C.
- No utilizar bolsas de agua caliente ("*guateros*") dentro de la cama (puede reventar o permanecer en contacto de la piel en forma prolongada).
- Verificar el buen estado de los enchufes e interruptores y cables eléctricos.
- Cubrir los enchufes con cobertores que eviten que se puedan introducir objetos en él.
- No exponer directamente al sol, especialmente entre las 11:00 y 15:00 horas. Si hace calor se aconseja ropa delgada, pero que cubra brazos y piernas, usar filtros solares siempre, prefiriendo en lactantes menores (de seis meses a doce meses) aquellos físicos (pantalla solar).

Es importante recordar a los adultos, padres y cuidadores, que el uso de fuegos artificiales está prohibido por la Ley 19.680 y que su manipulación fuera de lo establecido por la ley es altamente peligrosa.

iii. Prevención de intoxicación por venenos y medicamentos

En Chile, según el último Manual de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del año 2020 (49), se considera que, dentro de la población general, quienes tienen más accidentes con sustancias potencialmente tóxicas son los niños y niñas, particularmente los preescolares, quienes presentan el mayor riesgo y concentran el 30,5% de las consultas en Centro de Información Toxicológica de la Universidad Católica (CITUC).

En Chile predominan los casos de exposición a medicamentos, los cuales provocan el 60% de los casos de intoxicación, seguido por los productos de uso doméstico y, en tercer lugar, los plaguicidas. Para el caso de los medicamentos, los agentes de uso neurológico representan alrededor del 50% de las exposiciones (49).

Las principales recomendaciones para disminuir el riesgo de intoxicación y el daño asociado son:

- Mantener productos de aseo, productos domésticos y corrosivos fuera del alcance de los/las niños y niñas (cloro, pintura, barnices, pegamentos, detergente, jabones líquidos, etc.), bajo llave, además de mantener en sus envases originales (no trasvasijar a botellas alternativas). De existir eventualmente la necesidad de ser trasvasijados, no se deben dejar sin advertencia, buscando cambiar visualmente el envase de manera de que no induzca a confusión con el contenido original.

¿Qué hacer en caso de intoxicaciones?

- Ante intoxicación con cualquier sustancia, no inducir el vómito (algunas sustancias pueden dañar la vía aérea cuando se vomita).
- Deben conocer el teléfono de contacto del Centro Toxicológico de la Universidad Católica (CITUC), tanto padres como cuidadores.

CITUC “Centro Toxicológico de la Universidad Católica”

Fono +56 2 26353800

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:

- Mantener todos los medicamentos fuera del alcance de los niños y niñas y en sus envases originales.
- Si existen adultos que ingieren medicamentos en el hogar, preferir los envases que tienen cierres de seguridad, asegurando de que queden bien cerrados después de haberlos utilizado.
- Evitar ingerir medicamentos delante de niños y niñas, porque ellos tienden a imitar conductas de los adultos.
- Nunca referirse a los medicamentos como “algo rico”, ni siquiera para facilitar su aceptación cuando tenga que dárselos.
- Explicar a los niños y niñas que los medicamentos deben ser ingeridos con un adulto.
- Vigilar de cerca a los niños y niñas cuando se realicen visitas 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 (veladores, carteras, etc).

iv. Prevención de caídas

Aunque las caídas son algo habitual que aumentan cuando el niño o la niña comienza a caminar, y que la mayoría no representan mayor problema, es importante que los padres y cuidadores sepan prevenir aquellas que sí pueden ocasionar lesiones graves. Algunas recomendaciones para padres y cuidadores de lactantes y preescolares son:

- Nunca dejar al niño o la niña solo/a en el mudador o en la cama, aunque sea pequeño/a.
- No dejar al niño o la niña solo/a 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 desarrollo de la marcha.

- El nivel del colchón de la cuna debe ser bajo antes que el niño/a se siente por sí mismo/a en caso de tener una cuna con dos posiciones. En caso de usar cama, se recomienda una baranda o que el colchón esté cercano al suelo.
- Procurar que el calzado sea del tamaño adecuado.

v. Prevención de asfixia por inmersión

Se presenta en situaciones en que, a propósito de una sumersión total o parcial, la vía aérea del niño tiene contacto con agua, se interrumpe el suministro normal de oxígeno a distintos órganos del cuerpo, presentando pérdida de conocimiento, falla respiratoria y posible paro cardiorrespiratorio.

Dentro de las recomendaciones para prevenir la asfixia por inmersión se destacan:

- Lactantes y preescolares nunca deben ser dejados solos/as y deben ser supervisados/as cuando estén cerca de contenedores de agua o en la bañera. Nunca dejar al niño/a solo/a en el agua, aun cuando sepa nadar, eso no garantiza su seguridad. Las personas adultas deben tener conciencia de los peligros y riesgos que existen en el mar o en la piscina, por eso los/las niños/as siempre deben estar supervisados por una persona adulta que sepa nadar y que, preferentemente, conozca las técnicas de primeros auxilios.
- Niños y niñas el riesgo de asfixia de inmersión se encuentra hasta en veinte centímetros de profundidad de agua y bastan algunos segundos para que se produzca una asfixia. No se deben dejar recipientes con líquidos donde los niños o niñas puedan caer por accidente. Asimismo, se debe mantener la tapa de inodoro cerrada o con algún sistema de seguridad que evite posibles caídas al agua.
- En caso de que el niño o niña tenga acceso a una piscina, pública o privada, esta debe estar enrejada o con una valla de seguridad en todo su perímetro, con una altura mínima de 1,5 metros, no más de 10 centímetros de separación entre los barrotes desde el suelo (sin espacio entre suelo y valla) y no escalable, con cerradura de seguridad que impida el acceso de niños/as cuando no haya un vigilante.
- Mantener la precaución de que el niño y niña no corra alrededor de la piscina, se puede resbalar, caer al agua o sufrir alguna lesión.
- 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. (50).
- Mientras el niño o la niña (de cualquier edad) se encuentre en la piscina, deben tener supervisión permanente de un adulto y aquellos que no sepan nadar deben usar chalecos salvavidas aprobados. Los flotadores pueden dar una falsa sensación de seguridad ya que el sistema no asegura que no se puedan desinflar, romper o desprender del cuerpo del niño/a.

vi. Prevención de asfixia por obstrucción de la vía aérea y ahorcamientos

La asfixia por obstrucción de la vía aérea y ahorcamientos afecta especialmente a lactantes y niños/as preescolares.

La asfixia por obstrucción de la vía aérea se produce cuando un objeto se desplaza accidentalmente hacia la vía aérea del niño/a, obstruyéndola total o parcialmente. Si se obstruye parcialmente, provoca gran dificultad respiratoria y estridor. Si se obstruye totalmente, no hay paso de aire oxigenado y se puede caer rápidamente en un paro cardiorrespiratorio.

Por lo súbito y grave de la situación, es indispensable prevenirla a través de las siguientes recomendaciones:

- No dejar al alcance de los niños o niñas objetos pequeños, duros y redondeados que puedan ser introducidos por boca o nariz, 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). Por tanto, cualquier objeto menor de 4 mm es peligroso (ej. tamaño de una lenteja).
- Desde los 8 meses los niños o niñas tienen predilección por tomar objetos pequeños, pedazos de globo, clip, pinchos, botones, maní, cabritas, dados, monedas, joyas, alfileres, fósforos. Con cualquiera de ellos podría atragantarse. Recomendar que los juguetes sean al menos del tamaño de la palma de su mano.
- No ofrecer ni dejar al alcance alimentos duros, redondeados o pegajosos (ej. maní, almendras, caramelos duros).
- No dejar bolsas plásticas ni globos de látex al alcance de niños y niñas pequeños.
- No usar lazos, collares ni cadenas en el cuello de niños y niñas.
- No usar pinches o prendedores pequeños en la ropa de niños y niñas.

Es aconsejable que padres y cuidadores aprendan la maniobra para desobstruir la vía aérea en niños/as menores de un año. Los pasos son (figura II-5) (51):

1. Posicionar a el/la lactante boca abajo sobre el antebrazo, sostener su cabeza en todo momento desde la barbilla.
2. Dar 5 palmadas en la espalda con la base de la palma de la mano libre entre las escápulas (omóplatos) del lactante.
3. Si el objeto no sale, voltear al lactante sobre la espalda.
4. Trazar una línea imaginaria entre las tetillas del lactante y con 2 dedos aplicar 5 compresiones en el punto medio de la línea.
5. Alternar 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 y el niño o niña presenta compromiso de conciencia, iniciar técnica de Reanimación Básica Cardiopulmonar.

Figura II-5. Maniobra de Heimlich para desobstruir la vía aérea en lactantes (atragantamiento).



Fuente: elaboración propia

vii. Transporte seguro de niños y niñas en automóviles y dispositivos

El uso de sillas de auto disminuye en un 60% el riesgo de lesiones mortales y en un 69% el riesgo de hospitalización por accidentes de tránsito (52). El cinturón de seguridad es un elemento de seguridad creado para adultos, por lo que requiere de dispositivos para adaptar su correcta utilización a los niños y niñas. Su uso correcto, en cada grupo correspondiente, disminuye el riesgo de lesiones en un 59% (53). Se ha demostrado que el uso de la silla de auto para lactantes a contramarcha (menores de 1 año), reduce el riesgo de muerte o lesiones en un 90% en comparación con los sistemas de retención infantil orientados hacia adelante, sin embargo, estos últimos reducen el riesgo de lesiones graves en casi un 80% en comparación con los niños/as sujetos solo por cinturones de seguridad. Los niños o niñas en asientos con alzadores tienen un 77% menos de riesgo de lesionarse en un choque en comparación con los niños o niñas sin ninguna sujeción (54).

Elección y correcto uso del dispositivo

Los padres y cuidadores suelen usar de manera inadecuada las sillas o alzadores infantiles, lo que constituye un alto riesgo para niños y niñas (55). Los sistemas de retención infantil (SRI), independiente de cual se utilice, requieren que los padres y/o cuidadores sean informados de su uso correcto. Las recomendaciones para el uso de SRI se grafican en la figura II-6.

Lugar correcto de instalación del SRI

- El lugar más seguro para transportar a un niño o niña es atrás y al medio (se protege mejor contra los choques laterales).
- Los niños y niñas menores de 12 años deben ir siempre en el asiento trasero del vehículo, usando cinturón de seguridad o un sistema de retención infantil adecuado para su peso y/o talla. A pesar de que nuestra normativa indica su uso hasta los 9 años, lo ideal es que los sistemas de retención infantil se usen hasta alcanzar 1,50 metros de altura, que es cuando el cinturón de seguridad queda bien posicionado y no cerca del cuello.

Figura II-6. Recomendaciones para el uso de retención infantil.

 <p>Silla Nido Recién nacidos de 2 a 10 kilos</p> <p>Orientación Asiento trasero mirando hacia atrás.</p>	 <p>Silla Convertible Recién nacidos de 2 a 18 kilos</p> <p>Orientación Asiento trasero mirando hacia atrás.</p>
 <p>Silla Convertible 18 a 29 kilos</p> <p>Orientación Asiento trasero mirando hacia adelante utilizando arnés interno.</p>	 <p>Silla Combinada 18 a 36 kilos</p> <p>Orientación Asiento trasero mirando hacia adelante utilizando arnés interno.</p>

Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021, en base a CONASET / SOCHIPE, s/f. (56).

Se debe recomendar a las familias asegurar, antes de iniciar cada trayecto, que el niño o niña esté bien sujeto y amarrado a su silla con el arnés (figura II-7). Esto previene que ante un accidente de tránsito salga expulsado del vehículo y/o previene las lesiones graves por los golpes dentro del vehículo.

Figura II-7. Sujeción correcta del niño o niña a la silla.



Fuente: elaboración propia

Instalación, ajuste y posición correcta del dispositivo en el vehículo

- Siempre se debe instalar según las instrucciones y verificarla antes de cada viaje. Se debe realizar la revisión del manual del sistema de retención antes de usar y verificar las indicaciones según edad, peso y talla del niño o niña.
- La forma de instalar el sistema de retención infantil al auto es a través del cinturón o anclaje fijo del auto, existiendo otros sistemas según fabricación, todos son seguros, siempre y cuando sean correctamente instalados.
- Se recomienda que todos/as las y los recién nacidos/as que egresen de la maternidad y se transporten en automóvil, deben hacerlo en una silla de auto adecuada para su edad, peso y talla. Siempre mirando hacia atrás (contramarcha).
- Se recomienda que todos los niños/as menores de 4 años se transporten a contramarcha, ya que es más seguro. Para esto debe verificar que la silla sea tipo nido o convertible (permite mirar hacia atrás y posteriormente hacia adelante) y verificar el límite de peso y talla autorizado para viajar mirando hacia atrás (no debe sobrepasarlo).
- Al cumplir los 4 años o el límite de peso permitido para mirar hacia atrás, los niños o niñas deben seguir usando su silla con arnés mirando hacia adelante.
- Una vez que el niño o la niña supera la capacidad (peso y talla) de la silla mirando hacia adelante, debe pasar a alzador o butaca. Se recomienda (alzador con respaldo) después de los 5 o 6 años, debiendo cumplirse 2 requisitos: i) Que el niño o niña al sentarse sobre este dispositivo quede con el cinturón bien ubicado, ii) que durante el traslado el niño o niña se mantenga tranquilo y en posición, ya que si sufre un choque o colisión y el cinturón no está bien ubicado se puede lesionar severamente (figura II-8).
- Al cumplir la talla para el asiento del vehículo, debe apoyar toda la espalda al respaldo del asiento y la planta de los pies al suelo al mismo tiempo y el cinturón quedar apoyado sobre las caderas (no en el abdomen) y sobre el hombro (no cerca del cuello), para poder retener al niño o niña al momento del choque o colisión sin causar daños severos en el cuello y/o abdomen.
- Los niños y niñas menores de 12 años se deben transportar en los asientos traseros para su mayor seguridad.

Figura II-8. Correcta Sujeción del niño(a) en un alzador

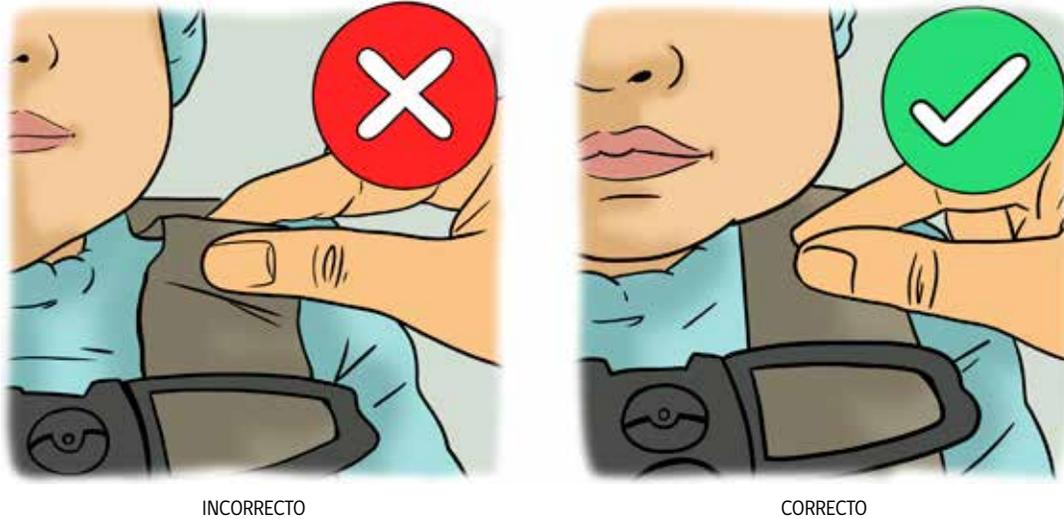


Fuente: Fundación MAPFRE, s/f. (57).

Ajustar correctamente al niño o niña en el dispositivo

- Se debe utilizar un sistema de retención infantil apto para la edad y tamaño que corresponda.
- El niño o niña debe ir correctamente sujeto al SRI, para esto debe evitar el sobre abrigo y asegurarse que el arnés queda firmemente sobre el cuerpo del niño/a y no se pueda hacer un pliegue, tal como se muestra en la siguiente (figura II-9).
- La ranura de salida del arnés en el respaldo de la silla debe ajustarse en relación si el niño o niña mira hacia atrás (un poco más bajo del hombro) o si mira hacia adelante (a nivel del hombro o un poco más arriba).

Figura II-9. Correcta sujeción del arnés.



INCORRECTO

CORRECTO

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021, en base a Alberta Health Services s/f (58).

En caso de **utilizar sistema de retención infantil heredado o prestado**, indicar verificación de su estado, que no haya participado en un choque o colisión y ver su fecha de vencimiento.

Es importante recomendar a los padres y/o familiar utilizar aquellos sistemas de retención infantil (sillas) certificadas por el Ministerio de Transporte (figura II-10).

Figura II-10. Sello de certificación que corrobora que el Sistema de Retención Infantil cumple de manera correcta con las normativas de seguridad vigentes.

Certificación Chilena



COMPOSICIÓN DEL CÓDIGO DE ACREDITACIÓN

- 3CV**: Centro de Control y Certificación Vehicular del Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones
- ASN**: Acreditación SRI
- XX**: Marca del fabricante del SRI
- XXX**: Nombre del modelo del SRI
- 2021**: Año de Acreditación
- 000**: Número correlativo de acreditación

Fuente: CONASET (59).

Es importante recordar a la familia que, si no tiene vehículo particular y es usuaria de locomoción pública, los buses son más seguros que los autos en el transporte en la ciudad.

viii. Transporte en vehículos con ruedas no motorizados

El uso correcto del vehículo con ruedas como bicicletas, patinetas y otros, no está exento de precauciones para evitar lesiones y traumatismos.

Entre las medidas que debemos enseñar a los adultos y a niños o niñas, para evitar accidentes es:

- Estar atento a las condiciones del tránsito.
- Evitar dispositivos que distraigan la atención como uso del teléfono e ir con audífonos, ya que evitan tener la alerta en el lugar de tránsito.
- Evitar velocidades mayores de lo aconsejable para el lugar y las condiciones donde se circula, evitando maniobras bruscas que puedan causar sorpresa en otro vehículo y genere un accidente.
- Preferir y utilizar las vías de tránsito habilitadas para circular con este tipo de vehículos.
- Si se va a utilizar paso de cebra, descender del vehículo y cruzar caminando, tal como está sugerido en la ley de tránsito.
- Utilizar dispositivos luminosos y/o reflectantes para facilitar visibilidad.
- Utilizar dispositivos de seguridad como casco, rodilleras, muñequeras, coderas.

Dispositivo de seguridad: uso de casco

La evidencia sobre los beneficios relacionados con el uso del casco por los ciclistas está bien documentada (60). Se estima que el uso de casco podría disminuir en un 88% las lesiones craneoencefálicas y en un 65% las lesiones faciales (61).

El uso del casco es la estrategia individual más eficaz para reducir el riesgo de traumatismo craneal cuando se conducen bicicletas u otro vehículo con ruedas. Independientemente de la edad, el uso adecuado del casco reduce el riesgo de traumatismo craneal entre los ciclistas en un 69% (62).

Los niños y niñas deben siempre usar un casco certificado adecuado para el tamaño de su cabeza al andar en vehículos con ruedas como bicicleta, skate, monopatín, patines, etc. independiente del lugar, la distancia que recorrerán y del tamaño y velocidad del vehículo (62).

Como recomendación general, no debieran andar sin la compañía de un adulto antes de los 14 años si las condiciones no son las óptimas en el entorno de tránsito cotidiano.

Para asegurarse que el casco esté correctamente puesto, deben seguirse las siguientes indicaciones (62), en el siguiente orden (figura II-11).

Figura II-11. Indicaciones para el uso seguro del casco.

<p>Elegir tamaño adecuado. Puede usarse con o sin almohadillas, dependiendo del tamaño de la cabeza del niño o la niña. En caso de estar rotos o en mal estado deben cambiarse inmediatamente.</p>	
<p>Debe cubrir al menos la parte superior de la cabeza y permanecer fijo a ella mediante una cinta o correa que lo sujete por debajo de la barbilla, asegurado mediante hebillas, trabas u otro dispositivo similar. El casco debe quedar dos dedos sobre las cejas.</p>	
<p>Revisar el ajuste de las correas laterales del casco, de modo que formen una "V" debajo de cada oreja.</p>	
<p>Ajustar la correa de la barbilla de modo que no quepan dos dedos entre la correa y la barbilla.</p>	

Fuente: basado en imágenes de la Asociación Nacional de Seguridad Infantil, España, s/f.

ix. Prevención en el uso de pantallas



El acceso a las pantallas es algo cada vez más frecuente en la vida de las familias. Estas son utilizadas como entretenimiento, pero también con fines educativos y sociales. Se recomienda que los padres y cuidadores creen un plan de consumo de medios digitales para la familia que tenga en cuenta las necesidades de salud, educación y entretenimiento de cada niño o niña, así como las necesidades de toda la familia. En este sentido, los padres están llamados a ser "mediadores" del consumo de pantallas y se debe partir con el ejemplo de ellos mismos, teniendo horarios de pantalla y horarios sin pantalla. Para los niños/as en edad escolar, la idea es equilibrar el consumo de pantalla con otros comportamientos saludables, como es la actividad física, y las interacciones sociales presenciales.

La Academia Americana de Pediatría sostiene entre sus recomendaciones que (63):

- Para los niños o niñas menores de 18 meses, se debe evitar el consumo de pantallas. Los padres de niños o niñas entre 18 a 24 meses de edad que quieren introducir contenido digital deben elegir programas de alta calidad y verlos en compañía de sus niños o niñas para ayudarlos a discernir lo que están viendo.
- Para los niños o niñas entre las edades de 2 a 5 años, se debe limitar el uso a 1 hora al día de programas de alta calidad. Los padres deben ver el contenido junto con sus niños o niñas para ayudarlos a entender lo que están viendo y aplicarlo al mundo que los rodea.
- Para los niños o niñas de 6 años en adelante, los padres deben establecer límites coherentes sobre el tiempo y el tipo de contenido que usan, y cerciorarse de que su consumo no acapare el tiempo para el sueño adecuado, actividad física y otros comportamientos esenciales para la salud.
- Se asignen horarios libres de contenido de medios digitales, tales como las horas de comer o cuando conducen, así como zonas libres de pantallas en el hogar, tales como las habitaciones.

La tecnología como medio de comunicación e interacción social se hace cada día 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 entregar se destacan (64):

- 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 niño, niña o adolescente 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, o 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 comunicarla 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 por uso indebido de las redes sociales: evitar sancionar por comunicar problemas, proteger al niño o niña y reforzar la conducta de informar a los padres.
- Mantener una comunicación continua sobre la importancia de ser un buen ciudadano en línea y sobre la seguridad, incluyendo tratar con respeto a los demás cuando están en línea y cuando no lo están.

Grooming

El grooming es un tipo de ciberacoso ejercido deliberadamente por una persona adulta para establecer una relación y un control sobre un niño o niña, con el fin de manipularlo para abusar sexualmente (65).

Desde el 2011, existe en Chile una ley contra el ciberacoso infantil, la Ley 20.526, que castiga con hasta 5 años de cárcel a quien, por medios electrónicos, envíe, entregue o exhiba imágenes o grabaciones de menores de 14 años de edad con significación sexual.

Etapas del grooming

- **Comienzo de la amistad.** La persona adulta toma contacto con el niño o niña para conocer sus gustos, preferencias, con el objeto de alcanzar la confianza y crear una relación de amistad. El acosador/a opta por una falsa identidad (perfil falso) para resultar atractivo para el menor (edad similar, buen parecido físico, gustos similares, etc.).
- **Inicio de la relación.** Incluye con frecuencia confesiones personales e íntimas entre el niño o niña y la persona que acosa. De esta forma se profundiza en información sobre su vida, sus gustos y costumbres. La persona que acosa intentará conseguir que el niño o niña acceda a sus peticiones de naturaleza sexual, como la grabación de imágenes y videos a través de la cámara web o envío de fotografías a través del teléfono.
- **Inicio del abuso.** Si el niño o niña no accede o no sigue accediendo a las solicitudes sexuales, el acosador comienza con la extorsión, que suele consistir en amenazar con difundir públicamente las confesiones realizadas o las imágenes explícitas capturadas. Ante esta amenaza, el niño o la niña puede verse presionado/a y acceder a las demandas del acosador, estableciéndose la relación de abuso.

Aunque cada caso es único y por tanto las consecuencias del grooming pueden variar, en general, en todos los contextos serán considerados síntomas de alerta las siguientes manifestaciones (66):

- **Aparición de síntomas psicossomáticos:** retraimiento y conductas regresivas (mojar la cama, chuparse el dedo) y miedos que antes no tenía.
- **Problemas de sueño** (miedo a dormir solo, pesadillas, etc.), enfermedades y dolencias frecuentes, mareos, dolor de cabeza o de estómago, frecuentes diarreas sin que se acompañe de vómitos o fiebre, etc. sin que haya una explicación física que lo justifique.
- **Cambios en los hábitos de alimentación** (variaciones de peso).
- **Conductas autodestructivas,** automutilaciones o lesiones físicas frecuentes sin explicación razonable: se hace cortes, se golpea, etc.
- **Ideación y conductas suicidas.**
- **Crisis de ansiedad,** rabia.
- Fugas o **bloqueos emocionales.**
- Cambios en el estado de ánimo: **cambios de humor,** apatía e indiferencia, agresividad, tensión.
- **Las relaciones sociales.** En este sentido pueden darse dos extremos que deben llamar la atención: Disminución de las relaciones y aislamiento sociales: el niño o niña no quiere salir de casa y muestra excesivas reservas en la comunicación. O por el contrario un cambio brusco en el grupo de amigos, así como las personas y modelos de referencia.
- **Se esconde u oculta cuando se comunica por internet o móvil.**

Recomendaciones del profesional de salud a los padres del niño o niña

- Involucrarse y conocer las nuevas tecnologías.
- Conocer las redes sociales en las que participa: (Facebook, juegos en línea, Instagram, etc.) es importante que utilicen perfiles privados en las redes sociales, y activar los filtros de privacidad.
- Evitar que el niño o la niña chateen o jueguen después de las 22 horas, ya que a esa hora aumenta el número de adultos utilizando las redes.
- Reforzar que no acepte en la red que usa a personas que no haya visto físicamente y a las que no conozca bien. Chequear el número de amigos virtuales que tiene, si el número parece excesivo, puede ser que esté agregando sin tener conciencia del riesgo.
- Si utilizan computador, asegurarse de usar antivirus, y filtro de páginas con contenido violento o erótico que no sea apto para la edad de un niño o niña.
- Si se ha producido una situación de acoso, es importante que los padres hablen con su hijo o hija sin retarlo, para darle confianza y que pueda contar lo que está pasando.

Es importante guardar todas las pruebas: conversaciones, mensajes, capturas de pantalla, y contactar a la PDI al fono 134.

Recomendaciones del profesional de salud a niños y niñas

1. No agregar a personas que no conoce a sus redes sociales.
2. No publicar ni entregar a desconocidos números de celular o datos personales.
3. Nunca enviar fotos o videos íntimos.
4. No reunirse con personas que se conocen por intermedio del chat sin el conocimiento o autorización de los padres o cuidadores. Hay personas que mienten sobre su edad y podrían hacer daño al niño o niña.
5. Establecer privacidad en los perfiles de redes sociales y solo mantener comunicación con amigos conocidos.
6. No contestar mensajes que hagan sentir al niño o la niña incómodo/a o avergonzado/a, y recomendar contarle a sus padres o cuidadores si esto te ocurre.

x. Pauta de riesgo para la seguridad en el niño y niña

La pauta de riesgo infantil tiene como objetivo determinar a priori factores de riesgo de accidentes de niños y niñas (67), (68). 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. La pauta de evaluación puede ser revisada en (anexo 2).



Fuente: Manual Operativo de Lactancia Materna, MINSAL, 2018

2.1.4. PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTIL

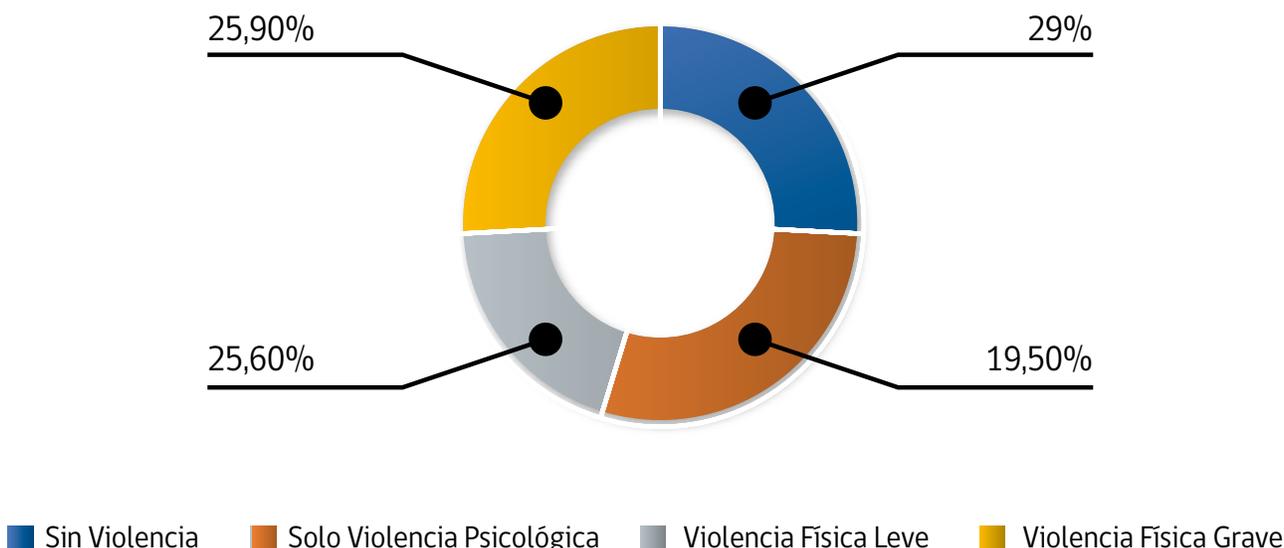
Todos los niños y niñas tienen derecho a una vida saludable y desprovista de maltrato. Cada año, sin embargo, millones de niños en todo el mundo son víctimas y testigos de situaciones de violencia física, sexual y emocional. El maltrato de niños y niñas es un grave problema mundial que afecta seriamente y de por vida a la salud física y mental, al bienestar y el desarrollo de sus víctimas y, por extensión, al conjunto de la sociedad (69).

La violencia contra niños y niñas es un atentado a los derechos más básicos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (70). Todos los menores de edad tienen derecho a la integridad física y psicológica, y a la protección contra todas las formas de violencia. Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (71) adoptada por Naciones Unidas en el año 1989 y ratificada por el Estado de Chile en agosto de 1990, asegura la protección específica en materia de violencia, la que está mencionada en varios de sus artículos.

Una gran cantidad de evidencia sugiere que los lactantes, preescolares y escolares son especialmente vulnerables a la violencia por parte de sus cuidadores principales y otros miembros de la familia, debido a su dependencia y limitación en interacciones sociales fuera del hogar (72). Los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) realizada por UNICEF, indican que, aunque el número de personas que apoya los castigos corporales es limitado, la disciplina violenta en la primera infancia se produce a gran escala en toda la región y en todos los estratos sociales, incluso contra niños/as menores de 1 año. En América Latina y el Caribe, solo una pequeña parte de los niños y niñas menores de cinco años están sujetos a medidas disciplinarias no violentas. Dos de cada tres niñas y niños de entre 2 y 4 años experimentan regularmente algún tipo de disciplina violenta (agresión psicológica o castigos corporales) en el hogar (70).

En Chile, existen datos que dan cuenta de que un 71% de los niños/as recibe algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre, un 51,5% sufre violencia física y un 25,9% sufre violencia física grave (73) (gráfico II-1). Entre otros datos relevantes, entre los años 1994 al 2012 se evidencia una disminución de la violencia, sin embargo, la violencia física grave se mantiene sin modificaciones durante las últimas 3 mediciones realizadas (años 2000, 2006 y 2012). Por otra parte, se da cuenta de que el maltrato afecta transversalmente a niños y niñas de todos los estratos sociales (73).

Gráfico II-1. Frecuencia de la violencia hacia los niños y niñas.



La Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del 2008 reveló que la prevalencia del abuso sexual en la población de niños y niñas es de un 6,96%. Las niñas sufren tres veces más abuso sexual que los niños. La edad promedio de la primera experiencia de abuso, es de 10.5 años, concentrándose el 50,1% entre 10 y los 13 años.

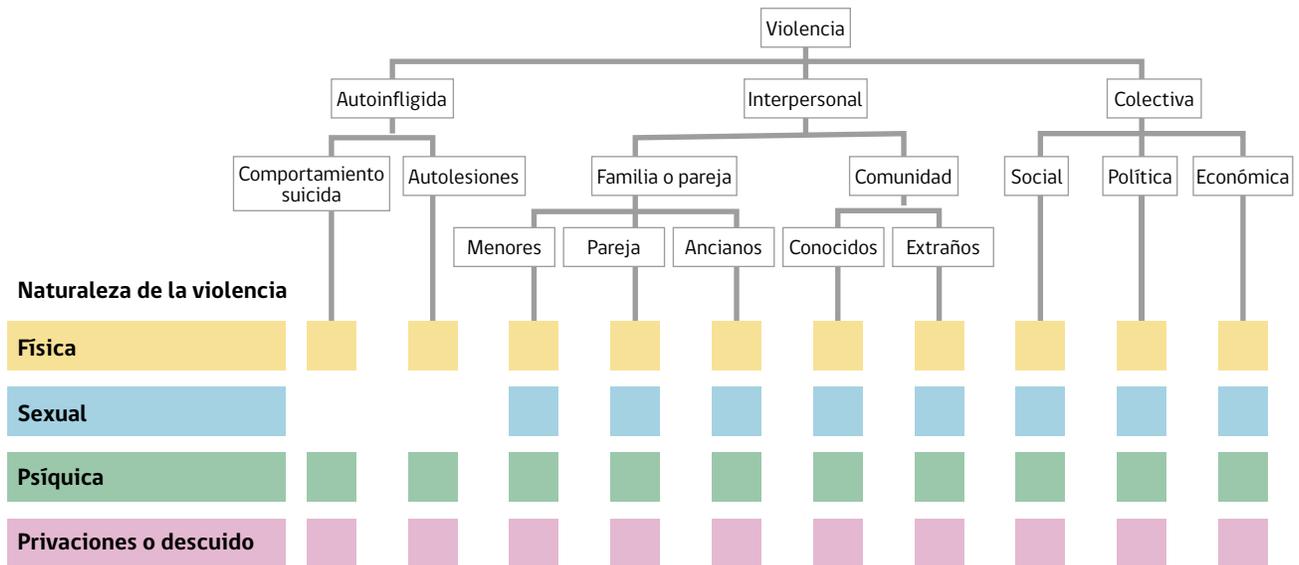
i. Definiciones y conceptos de maltrato infantil

Existen diversas perspectivas y formas de tipificar y definir la violencia. De forma de operativizar su aplicación a través de los controles integrales de salud infantil, se utilizará la perspectiva planteada por la Organización Mundial de la Salud (74), en la cual el concepto de **maltrato infantil considera el maltrato físico y emocional, el abuso sexual, la desatención y el tratamiento negligente, así como la explotación de niños/as con fines comerciales o de otro tipo.**

Atendiendo a esta perspectiva, la violencia puede clasificarse en tres grandes grupos, en **función del contexto** en que es infligida (74):

- La **violencia autoinfligida** es aquella en que el perpetrador y la víctima son una misma persona. Puede clasificarse en: autocastigo y suicidio.
- La **violencia interpersonal** es aquella que se ejerce entre distintas personas. Puede clasificarse en: violencia familiar y de pareja, y violencia de grupo. La primera abarca el maltrato infantil, la violencia de pareja y el abuso de ancianos. La violencia de grupo puede, a su vez, estar causada por conocidos o por desconocidos. Abarca la violencia juvenil, los asaltos, la violencia asociada a los delitos contra la propiedad, y la violencia en los lugares de trabajo y otras instituciones.
- La **violencia colectiva** es la ejercida por grupos de personas más numerosos, y puede clasificarse en tres grupos: social, política y económica.
- La **naturaleza** de los actos violentos es independiente de esta clasificación, éstos pueden ser: físicos, sexuales, emocionales o psicológicos, o ejercerse por desatención. Así, la clasificación de la violencia en función del tipo y naturaleza del acto violento ofrece un marco adecuado para situar el maltrato infantil en el complejo mundo de la violencia (figura II-12).

Figura II-12. Tipología de la violencia.



Fuente: OMS, 2009 (74)

Como fue mencionado de forma previa, el fenómeno de la violencia presenta complejidades que no permiten contar con una sola clasificación ni con una única perspectiva. A continuación, se hará referencia a los tipos de violencia de acuerdo con su naturaleza, que serían más frecuentes en nuestro país de acuerdo con los datos levantados por UNICEF (73), que corresponderían al maltrato físico y psicológico. Además, se profundizará en la temática de violencia sexual, debido al profundo impacto que genera en los niños y las niñas.

Maltrato físico

Se define como el uso de la fuerza física contra un niño, niña o adolescente que ocasione perjuicios para su salud, supervivencia y desarrollo integral. Se incluyen en este concepto desde lanzar objetos, tirones de pelo, tirones de oreja, golpes, patadas, zamarreo, palizas, mordiscos, estrangulamientos, quemaduras, envenenamientos, asfixia y hasta la muerte (75). Incluye tanto la agresión física como “el castigo físico” por parte de los padres, cuidadores y otras figuras representativas, y se puede producir en el hogar, en la escuela y en otros entornos. Puede ser mortal y no mortal, e incluye:

- Todos los castigos corporales y todas las demás formas de tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- La intimidación física y las novatadas por parte de adultos o de otros niños.

Es importante destacar que los niños/as en situación de discapacidad pueden ser objeto de formas particulares de violencia física tales como:

- La esterilización forzada, en particular de las niñas.
- La violencia infligida bajo la apariencia de tratamiento médico (por ejemplo, aplicación de tratamientos electroconvulsivos y electrochoques como “tratamientos por aversión” para controlar el comportamiento del niño/a).
- La discapacitación deliberada del niño y niña para explotarle con fines de mendicidad en la calle y en otros lugares.

Los factores de riesgo asociados con el fenómeno de maltrato físico son los siguientes:

- Existencia de violencia entre padres.
- Menor bienestar psicológico de los niños y niñas
- Consumo de alcohol en el hogar. Se ha visto que es un factor asociado con la violencia psicológica y física, ya sea de parte del padre o madre.
- Menor nivel de participación en el colegio en el caso de los padres.

Es probable que los niños y niñas que viven situaciones de violencia se sientan culpables, avergonzados o confundidos. Probablemente teman contar a los demás sobre el maltrato, en especial si quien los maltrata es uno de los padres, otro familiar o un amigo de la familia.

Maltrato psicológico

Se trata del hostigamiento verbal por medio de insultos, desacreditaciones, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia niños y niñas. Se contemplan los actos de aterrorizar, ignorar, aislar, corromper y ser testigos de violencia al interior de las familias, como también el encierro, el menosprecio continuo, la culpabilización, las amenazas, gritos, las descalificaciones, la discriminación y el trato hostil.

Los factores de riesgo asociados a su aparición son:

- Antecedentes de ser abusado o abandonado de niño o niña.
- Enfermedad física o mental, por ejemplo, depresión o trastorno por estrés postraumático.
- Estrés o crisis familiar, lo cual incluye violencia doméstica y otros conflictos conyugales.
- Un hijo o hija en la familia que se encuentre en situación de discapacidad física o del desarrollo.

Negligencia/abandono

Se define como la atención general y/o atención médica inadecuada hacia el niño o niña, que puede conducir a múltiples y severos trastornos físicos, psicológicos, psicosociales, llegando incluso a la muerte. Es el tipo de maltrato más común y que se acompaña de consecuencias más graves a largo plazo.

La negligencia física corresponde a cuidados generales y atención médica inadecuados que provocan como resultado consecuencias negativas en el desarrollo físico y estado de salud del NNA.

La negligencia o privación emocionales son los factores de riesgo potencialmente más graves para el desarrollo intelectual y emocional del menor. Asimismo, este tipo de maltrato en la mayoría de las ocasiones es concomitante con otros tipos de maltrato. Se caracteriza por un déficit en el reconocimiento de las necesidades para el desarrollo, de tal modo que el niño o niña sufre un apoyo emocional inadecuado, que a su vez es entregado en muchos casos por individuos que cambian constantemente.

Violencia sexual

Es considerada una vulneración de derechos grave, especialmente contra la libertad e indemnidad sexual, y tiene importantes consecuencias sociales y para la salud de las víctimas, constituyéndose por esta razón, además, en un problema de salud pública. Las consecuencias de la violencia sexual pueden manifestarse a corto, mediano y/o largo plazo, y afectar la salud física y mental de los o las sobrevivientes, además de generar profundas consecuencias socioeconómicas, provocadas por el estigma que implica ser víctima de violencia sexual (76).

La OMS define la violencia sexual como *"todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo"* (77). La OMS incluye tanto las relaciones sexuales bajo coacción dentro y fuera del matrimonio, las violaciones por extraños y en conflictos armados, como el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de niños, niñas y adolescentes, la prostitución forzada y la trata de personas.

La violencia sexual infantil, se define como el contacto o interacción de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales no acorde con su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para su edad. La violencia sexual puede ocurrir con o sin contacto físico, mediante conductas que van desde provocaciones verbales hasta violencia con penetración anal, vaginal o bucal (78). Cabe diferenciar tres modos fundamentales en los que se manifiesta esta violencia de naturaleza sexual contra la infancia:

1. Abuso sexual infantil con o sin contacto físico.
2. Imágenes de abuso sexual a través de internet.
3. Explotación sexual comercial infantil.

Estas conductas pueden darse en su totalidad o no. No todos los abusadores sexuales llegan al coito y las razones por las cuales esto sucede pueden ser varias: preferencia por conductas específicas que satisfacen al ofensor, temor a dejar embarazada a la víctima si es una niña o al develamiento del abuso.

ii. Prevención del maltrato infantil

La primera y más efectiva forma de intervención es la prevención, y el maltrato infantil no es la excepción. La Supervisión de Salud Infantil, y en consecuencia este documento, brinda herramientas para promover un diagnóstico temprano, y ofrecer tratamiento y protección oportuna, y por cierto de prevenir estas situaciones. Se puede realizar a través de la implementación de talleres o intervenciones en distintos grados (universal, selectiva e indicada), con distintos focos según la etapa del desarrollo (tabla II-5). Sin embargo, existe escaso desarrollo de investigaciones y políticas públicas en relación con este tema en el mundo.

Tabla II-5. Estrategias para prevenir el maltrato infantil, por estadios de desarrollo y niveles de evidencia.

Nivel de Intervención	Lactante	Preescolar-Escolar
Social y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Reformas jurídicas y cumplimiento de derechos humanos. • Introducción de políticas sociales y económicas. • Modificación de normas sociales y culturales. • Reducción de las desigualdades económicas. • Reducción de los factores de riesgo medioambiental. 	
Relacional	Programa de visita al hogar. Formación en las funciones parentales.	Formación en las funciones parentales.
Individual	Reducción del número de embarazos no deseados. Mayores facilidades de acceso a los servicios prenatales y postnatales.	Orientación a los niños y niñas para que puedan reconocer y evitar posibles situaciones abusivas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009 (74).

Existen diversas estrategias que han sido implementadas en otros países. En Chile destaca el desarrollo e implementación de Chile Crece Contigo como estrategia de intervención universal a partir del año 2007, transformándose en una política pública estable mediante la promulgación de la ley 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social. Chile Crece Contigo consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, con el objetivo de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas desde su gestación hasta los 8 o 9 años de edad. Su creación busca cumplir los compromisos del Estado de Chile con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, ratificada en 1990, y en este sentido aporta como una estrategia preventiva de maltrato infantil.

iii. Prevención del abuso sexual

Es imprescindible el conocimiento de la realidad del abuso sexual y las dinámicas sociales, culturales y familiares que promueven su aparición. Igualmente, es necesario establecer medidas y acciones de prevención y atención en todos los ámbitos responsables de la protección de los niños y las niñas para promover una respuesta adecuada a sus necesidades como víctimas de estos delitos. Para ello es necesario generar mecanismos o sistemas estatales, regionales y locales de protección que estén coordinados y sean efectivos y eficientes.

En particular, se pueden entregar recomendaciones puntuales a las familias y cuidadores para evitar instancias de abuso:

Tabla II-6. Estrategias para las familias.

Fortalecer de forma continua la confianza y la comunicación en la relación con los niños y niñas.
Enseñarles que ellos/as pueden decir que no si no se sienten cómodos/as y recalcar que, si alguien les hace daño, no fue culpa de ellos, que ellos son las víctimas de esa situación, el responsable/culpable es el adulto.
Acostumbrar a los niños y niñas a avisar si se sienten solos o tienen miedo, consolarlos y buscar activamente soluciones. No dejar que atraviesen por problemas solos o solas, porque aprenderán a no pedir a ayuda a los adultos.
Ante visitas de familiares o conocidos que necesiten alojar en casa, que sea en piezas distintas de donde duermen niños y niñas e implementar camas adicionales (saco de dormir, sofá, etc.).
Nunca dejarlos solos en la casa y menos aún si está alguna persona que a ellos o ellas no les agrada o les provoque desconfianza.
Nunca dejarlos solos con personas desconocidas o con personas que estén haciendo reparaciones o algún otro trabajo eventual en casa.
Cuidar que haya un adulto responsable y de confianza (que esté atento a los niños y no distraído en otras actividades, ej.: celular, etc.) cuando los niños y niñas jueguen en parques.
Conocer a las amistades y sus familiares del niño o la niña.
Crearles cuando reporten una situación abusiva, aunque involucre familiares, especialmente cuando señalen que guardan un secreto con alguien.

Fuente: basado en MINSAL 2019 (79) y UNICEF 2018 (80).

Por otra parte, es fundamental fortalecer los factores protectores, los cuales corresponden a ciertas características personales y propias de la interacción con los cuidadores (tabla II-7).

Tabla II-7. Factores protectores de abuso sexual infantil (ASI).

Desarrollo de una buena autoestima	Para prevenir cualquier tipo de abuso, es fundamental que el niño/a refuerce su autoestima, sintiéndose amado y respetado. Un niño/a que se quiere a sí mismo/a está menos expuesto/a a la vulneración de sus derechos, pues tendrá conductas de autocuidado y pedirá ayuda en caso de necesitarla.
Valoración de su cuerpo	El reconocimiento del cuerpo como un territorio personal es fundamental en la prevención de cualquier tipo de abuso. Para ello, es vital que el niño/a se relacione con su cuerpo, conozca y nombre y pueda sentir cada parte del mismo, tomando conciencia de su valor y la necesidad de cuidarlo.
Buena comunicación	La comunicación con los hijos/as es vital, y que se sientan valorados y aceptados. Si son escuchados y acogidos desarrollan más fácilmente la capacidad de expresar lo que les sucede.
Respetar sus propios límites	Es común que no se respeten las muestras de pudor de un niño/a ante la exhibición de su cuerpo (ej. el niño/a no quiere desvestirse en medio de la playa para colocarse el traje de baño) o muchas veces se obliga a los niños/as a mostrarse cordiales y afectuosos con los demás, olvidando respetar sus propios límites. Un ejemplo frecuente es cuando se les exige saludar con un beso a un adulto/a desconocido para el niño/a, a pesar de que éste haya manifestado rechazo a hacerlo.
Educación sexual	Un gran factor de riesgo con respecto al abuso sexual infantil es la ignorancia. Es recomendable que llevemos la iniciativa en el abordaje del tema, usando términos claros y adecuados para la edad del niño o niña. Si él o ella no encuentra respuestas en su familia, las obtendrá en otros lugares, a través de amigos, medios de comunicación u otras fuentes inapropiadas. En algunos casos, los abusadores aprovechan esta ignorancia para aproximarse a los niños/as y dar respuestas a su curiosidad sexual.

Fuente: MINEDUC, UNICEF, 2012 (79).

iv. **Pesquisa temprana**

El control de salud es una oportunidad para realizar estrategias de prevención del maltrato Infantil desarrollando habilidades parentales y favoreciendo la parentalidad positiva. Es deber de los profesionales estar atentos a las señales de alarma, relacionadas tanto con la valoración física como con el comportamiento del niño, niña y cuidador(es) para sospecha tempranamente estas situaciones y referirlas de manera oportuna (74).

Tabla II-8. Señales de alarma de maltrato físico.

<p>Valoración Física</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Lesiones que no coinciden con la explicación dada.
<p>Comportamiento del niño o niña</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cautela ante contacto físico con adultos. • Angustia cuando otros niños y niñas lloran. • Informa que su madre o padre le ha causado alguna lesión. • Agitación o excitación. • Trastornos del sueño o de alimentación. • Aislamiento de los amigos o las actividades de rutina. • Cambios en el comportamiento, como agresión, enojo, hostilidad e hiperactividad, o cambios en el rendimiento escolar. • Depresión, ansiedad o miedos inusuales, o una pérdida repentina de la confianza en sí mismo. • Aparente falta de supervisión. • Ausencias frecuentes en la escuela. • Rechazo a irse de las actividades escolares, como si no quisiera ir a casa. • Intentos de huir de casa. • Comportamiento rebelde o desafiante. • Daño a sí mismo o intento de suicidio.
<p>Conducta del o los cuidadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El relato no concuerda con la intensidad o características de las lesiones observadas. • Sus historias son cambiantes, inconsistentes o entran en 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.

Fuente: Corsi, 1994 (81).

Las señales de alarma frente a maltrato psicológico que se deben tener presentes en el control de salud se describen en la tabla II-9.

Tabla II-9. Señales de alarma de maltrato psicológico.

<p>Comportamiento del niño o niña</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parece excesivamente complaciente, pasivo(a) o bien agresivo, muy exigente o rabioso. • Muestra conductas extremadamente adaptativas demasiado infantiles. • Intentos de suicidio - depresión. • Exagerada necesidad de ganar o sobresalir. • Excesiva demanda de atención. • Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños/as. • Pérdida de la confianza en sí mismo o de la autoestima. • Aislamiento social o pérdida del interés o el entusiasmo. • Evitar ciertas situaciones, como negarse a ir a la escuela o tomar el autobús escolar. • Búsqueda desesperada de afecto. • Bajo desempeño escolar o pérdida de interés en la escuela. • Pérdida de las habilidades de desarrollo previamente adquiridas.
<p>Conducta del o los cuidadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación intimidadora, genera miedo intenso en el niño o niña. • Transmite valoración negativa, desprecio, humillaciones y críticas al niño o niña. • Aleja al niño o niña de tener relaciones sociales normales. • Muestran desinterés por el niño, son fríos, rechazadores y niegan cariño. • Tiene altas expectativas del niño o la niña y lo (la) castigan por no lograrlas. • Puede no poner ningún tipo de límites.

Fuente: Barudy, 1998 (82).

Las señales de alarma frente a violencia sexual que se deben tener presentes en el control de salud se describen en la tabla II-10.

Tabla II-10. Señales de alarma frente a violencia sexual.

<p>Las manifestaciones que puede presentar un niño o una niña víctima de abuso sexual infantil son diversas. Es importante señalar que la ausencia o la presencia de algunas de estas manifestaciones o síntomas no comprueban por sí mismas la existencia o no de un abuso sexual hacia un niño o una niña, pero pueden sugerirlo y por tanto deben ser evaluadas y si existen dudas, denunciar para que se investigue la situación.</p>		
<p>Signos físicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hematomas. • Infecciones de transmisión sexual. • Desgarramientos o sangrados vaginales o anales. • Enuresis, encopresis. • Dificultad para sentarse o para caminar. • Embarazo temprano. 	
<p>Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil</p>	<p>Problemas emocionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedos. • Fobias. • Síntomas depresivos. • Ansiedad. • Baja autoestima. • Sentimiento de culpa. • Estigmatización. • Trastorno por estrés postraumático. • Ideación y conducta suicida. • Autolesiones. 	<p>Problemas cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas hiperactivas. • Problemas de atención y concentración. • Bajo rendimiento académico. • Peor funcionamiento cognitivo general. • Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. <p>Conformidad compulsiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducta disruptiva y disocial. • Hostilidad. • Agresividad. • Ira y rabia. • Trastorno opositorista desafiante.
	<p>Problemas funcionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de sueño (pesadillas). • Pérdida del control de esfínteres (enuresis y encopresis). • Trastornos de la conducta alimentaria. • Quejas somáticas. 	<p>Problemas de conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducta sexualizada: masturbación compulsiva. imitación de actos sexuales. • Uso de vocabulario sexual inapropiado. • Curiosidad sexual excesiva. • Conductas exhibicionistas.

Fuente: Mohanjeet, 2014 (83).

v. Primera respuesta del equipo de salud

La primera respuesta consiste en acciones entregadas por el equipo de salud a la víctima, destinadas a la interrupción del maltrato y/o la violencia sexual junto con establecer condiciones seguras y de protección de ésta, con el fin de iniciar la recuperación de los efectos adversos de la agresión.

La primera respuesta facilitará la persecución penal de los hechos y la sanción a los responsables, acciones que van más allá de la detección. Es una intervención que integra elementos clínicos, de orientación social y psicológica, realizada en un tiempo acotado y breve, con el fin de informar, apoyar e iniciar un proceso que dé término a la situación detectada, evite la reiteración del mismo y permita desarrollar acciones de protección e inicio de la recuperación de los efectos adversos. Asimismo, asegurar el bienestar de la víctima, es decir, garantizar la cobertura de sus necesidades básicas (de salud, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

La primera respuesta se activa en las siguientes situaciones:

- El/la integrante del equipo de salud detecta hallazgos (signos y síntomas) de violencia sexual, casual o intencionado, al examinar a una persona.
- En el curso de una atención de salud se produce el relato espontáneo, por parte del niño, niña o su adulto responsable o acompañante, de una situación de violencia sexual que lo afecta.
- Un tercero, que puede ser integrante del equipo de salud, ha detectado una situación de violencia sexual y ha derivado la persona a otro profesional o técnico.

En este contexto, se requiere la participación de más de un profesional del equipo y puede ampliarse a la intervención de otros miembros de la comunidad o de otros sectores, si se evalúa como pertinente. Cuando ya ha existido abuso, la atención debe ser realizada considerando el marco de derechos y la legislación vigente, enfocándose en entregar una atención integral, centrada en la persona, abordando también su salud mental y psicosocial.

En este sentido, los objetivos de la atención clínica también son establecer contacto psicológico con la víctima para apoyarla y fortalecerla, evaluar las dimensiones del problema y del riesgo de nuevos episodios de violencia sexual y vincularla a recursos de ayuda.

El equipo técnico debe tomar las decisiones pertinentes que faciliten movilizar, tanto los recursos personales, familiares, como aquellos disponibles en el ámbito sanitario, social, legal, u otro, de modo de generar mecanismos de protección a la víctima, detener la situación de violencia (si ello corresponde) y lograr un mejor estado psicosocial para la víctima.

Asimismo, especialmente en el caso de los niños y niñas, la primera respuesta supone evaluar si la familia se constituye en un soporte válido para la víctima y, si es posible, lograr el compromiso y/o participación de ésta para continuar con la intervención y con el proceso de denuncia.

Para mayor profundización respecto al componente “denuncia”, consultar el documento “Norma General Técnica de Atención a Víctimas de Violencia Sexual” (76), en donde será descrito con mayor profundidad para que los equipos conozcan las acciones concretas a realizar.

Recomendaciones generales

- Tener presente el interés superior del niño o niña, es decir garantizar su desarrollo integral y vida digna.
- En el caso de sospechar que el niño o la niña está viviendo situaciones de violencia tanto físicas como psicológicas, la forma de aproximarse será en función de la edad y etapa del desarrollo, capacidades cognitivas y estado emocional. El/la profesional de salud debe prepararse y entregar confianza para que el niño o la niña pueda participar en el momento en que esté lista emocionalmente.

- Se recomienda tener en consideración el relato del niño o la niña no culpar 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.
- Evaluar la magnitud del daño, evitando que la niña o niño se exponga a victimización secundaria.
- Evaluar factores de vulnerabilidad infantil, por ejemplo, edad del niño o niña, acceso del perpetrador de maltrato hacia él o ella, capacidad para protegerse, características comportamentales, 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, se debe realizar la denuncia de los hechos a las Policías y/o al Ministerio Público o ante Tribunales de Garantía y solicitar las medidas de protección correspondientes.

Consideraciones con la familia y adultos responsables en primera respuesta

Por tratarse de un delito, en caso de que no exista denuncia previa, se deberá comunicar de forma clara y sencilla, la obligatoriedad por parte del equipo de salud de realizar denuncia cuando se trate de menores de edad (menores de 18 años). Deberá también informarse a la persona adulta responsable, siempre y cuando éste/a no haya sido señalado como la persona agresora por la víctima. Si el equipo de salud tiene sospechas fundadas de que éste/a puede ser el agresor/a, deberá tomar medidas para garantizar la detención de la violencia sexual y la protección de la víctima.

Medidas de urgencia

En las situaciones en que está comprometida la integridad física, psíquica y/o la vida de la víctima, se debe considerar la hospitalización para proteger al niño o niña. En esta se evalúa la necesidad de tratamiento de las lesiones o compensación psicológica. El tratamiento de las lesiones corresponde al ámbito propio de la atención de urgencia y debe realizarse de la manera menos traumática que sea posible, considerando siempre el estado emocional de la persona, salvo que esté en riesgo la vida del paciente. A continuación, se describen los aspectos específicos de las intervenciones destinadas a prevenir o minimizar las consecuencias patológicas o no deseadas de la violencia o abuso.

- Prevención de embarazo después de una violación, si la víctima es una adolescente en etapa reproductiva, tiene derecho a ser informada de una manera adecuada, que existe una forma efectiva y segura de prevenir un embarazo no deseado como producto de la agresión.

- Evaluar la necesidad de suministrar medicamentos para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, tratamiento de *Infecciones no virales de transmisión sexual y ante el riesgo de contraer Enfermedades virales de transmisión sexual, VIH/SIDA*, el uso de una terapia preventiva debe ser evaluada en conjunto con la víctima o sus representantes, en base a las normas de la Comisión Nacional de SIDA del Ministerio de Salud. Además, si existe evidencia de que es posible prevenir una probable infección mediante la vacunación de la víctima con la vacuna anti hepatitis B y virus del papiloma humano (VPH), la persona agredida que acepte la administración de la vacuna, debe ser derivada con una orden de vacunación (resguardando la necesaria privacidad), al vacunatorio del centro de salud definido para estos efectos en cada Servicio.

Efectuar la denuncia

La denuncia es un acto jurídico que consiste en poner en conocimiento, de un posible delito, a la autoridad correspondiente. Puede interponerse la denuncia ante un funcionario de Carabineros o Policía de Investigaciones (PDI) que se encuentre más cercano al servicio de salud o destinado al recinto asistencial. Conforme al artículo 175 del Código Procesal Penal, están obligados a denunciar:

- Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares.
- En general, los profesionales en medicina, odontología, química, bioquímica, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud.
- Los que ejercieran prestaciones auxiliares de ellas.

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código es de “veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho”. Cabe señalar, en torno a este punto, que quien omite realizar la denuncia incurre en las sanciones señaladas en el artículo 494 del Código Penal o en aquellas que señalen disposiciones especiales, si correspondiere.

La denuncia debe hacerse cuando existan elementos que sugieran la existencia de un delito. Es suficiente la sospecha de la ocurrencia de un delito sexual respecto de la víctima para llevar a cabo la denuncia, debido a que la comprobación o no del hecho, es función propia de la investigación dirigida, de manera exclusiva, por el Ministerio Público.

Protección legal del niño o niña

Paralelamente al punto 4, se deben asegurar medidas de protección, que son aquellas que tienen por objeto cautelar el efectivo goce de los derechos de los niños y niñas, procurando la interrupción del abuso sexual de forma inmediata, establecer condiciones seguras y protegidas, y visibilizar a la víctima como sujeto de derecho. Estas medidas pueden provenir del Ministerio Público, Tribunales de Familia y Tribunales de Garantía o de Juicio Oral en lo Penal. Junto con las medidas legales a adoptar, se debe contactar al adulto responsable del niño o niña, quien se considerará “protector-cuidador” siempre que dé credibilidad al relato del niño o niña o a la sospecha fundada del equipo de salud. En todo caso, cualquier profesional del equipo podrá siempre solicitar medidas de protección si así lo estima conveniente.

En esta materia se recomienda al equipo médico asesorarse o encargar el trámite a las Trabajadoras Sociales del Hospital o del Servicio.

En estos casos, la víctima, además de sufrir un daño a su integridad física, psíquica y moral por el abuso mismo, posiblemente se ve expuesta a una victimización secundaria derivada de la relación posterior que se establece entre ella y el aparato judicial, y de protección de derechos. Por ello, es de fundamental importancia que durante todo el proceso la víctima sea tratada de modo tal que se respeten sus derechos y su dignidad, y que se adopten las medidas necesarias para que goce de una consideración y atención especial con el fin de garantizar su bienestar y evitar que se produzca un nuevo trauma. De esta forma, la normativa internacional establece la necesidad de que los Estados adopten mecanismos específicos de protección que garanticen y aseguren los derechos de niños y niñas víctimas, garantizando así su plena protección de manera de evitar su revictimización.

En consonancia, el trabajo del equipo de salud que atienda estos casos debe estar orientado a minimizar el estrés experimentado por el NNA a la vez que se maximizar las oportunidades de obtener pruebas válidas, confiables y de alta calidad. Este principio general supone el respeto y garantía de otros principios y derechos que deben ser tenidos en cuenta durante todo el abordaje médico.

Traslado

En caso de que el niño o niña deba ser llevado a otro lugar de atención de salud, se recomienda que lo haga en compañía de un familiar y/o un/a funcionario/a que se haga responsable de su traslado e integridad.

Registro

Registre en la ficha clínica del niño, niña exactamente lo que haya sido observado y oído, por quién y cuándo. Anote por qué esto podría dar cuenta de una posible situación de maltrato. Registre todas las acciones llevadas a cabo. Si se establece la sospecha, se debe activar la primera respuesta para profundizar en los antecedentes y actuar en concordancia.

vi. Bullying y ciberbullying como formas de maltrato

El **bullying** se puede definir como una relación presencial de abuso entre pares, en donde existe un desequilibrio de poder. Esta relación es mantenida en el tiempo- y no de manera aislada-, en la cual el niño o la niña no tienen posibilidades de salirse de esta situación (84).

Se expresa de manera:

- **Física:** golpes, zancadillas, empujar o dañar las pertenencias de alguien.
- **Verbal:** insultos, amenazas, sobrenombres que no le gustan, bromas que no le agradan.
- **Social:** explosión de grupos, ignorar a la persona afectada.

El **ciberbullying** en cambio, se puede definir como una forma de hostigamiento y/o agresión que se produce entre pares a través de redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, entre otros), llamadas o mensajes de texto, los cuales pueden causar daños en la salud y salud mental en la persona afectadas (85). Todos los cambios a nivel de hábitos y manifestaciones somáticas o psicósomáticas vienen muy marcados por el gran sufrimiento que tiene la víctima, con un elevado nivel de ansiedad, ánimo triste o rasgos depresivos.

Recomendaciones para el control de salud integral

Se deben incluir en los exámenes de salud preguntas orientadas hacia el uso de las TIC, para detectar posibles riesgos y dar información tanto a los pacientes como a sus padres acerca del adecuado uso de las nuevas tecnologías y sobre qué hacer en el caso de que ocurra algún problema.

Áreas para explorar por parte del profesional de salud

- Tiempo del uso de pantallas (internet), y el lugar donde las utiliza (en su pieza encerrado/a, sala de juegos, living, etc.).
- Actividades que realiza cuando está conectado (que juegos juega y sus contenidos, si chatea con amigos o conoce gente, si ve videos o escucha música, cuáles son los contenidos de ellos, etc.)

- Verificar si está supervisado por los cuidadores o un adulto significativo, e indagar en el tipo de supervisión, ver si los padres aplicaron filtros de privacidad tanto en redes sociales, como para acceder a páginas con contenido no apto para su edad.
- Si usa chats, foros, o si alguna vez ha hablado con gente que no conocía.
- Si en alguna ocasión ha recibido insultos, amenazas o ha sido publicado algo que no quería que fuese publicado.

Recomendaciones para entregar a los padres de la niña o niño que está siendo víctima de bullying o cyberbullying

Qué hacer:

- Escuchar con atención lo que su hijo o hija intenta contarle. Pregúntele qué sucedió y quiénes estuvieron involucrados.
- Sea enfático en reforzar de manera positiva el que su hijo o hija se haya acercado para contarle lo que le pasa, y que haya compartido su problema. Esto reforzará la confianza y sensación de apoyo por parte de sus adultos o cuidadores significativos.
- Asegurar que al niño o niña se le apoyará en todo lo que sea necesario para resolver el problema.
- Para el cyberbullying es importante sacar un “pantallazo” de la agresión, a fin de tener una evidencia del acoso.

Qué no hacer:

- Minimizar o decirle que ignore la situación, incitarlo a que resuelva de manera violenta el problema (golpear a otro). El minimizar o ignorar la información generará un alejamiento por parte del niño o niña al no sentirse escuchado.
- No culparlo/a por dejarse amedrentar por otros.

Cada día la tecnología y la comunicación vía internet es más común, y son los niños y las 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 utilizar estas herramientas tecnológicas de manera segura.

MATERIAL COMPLEMENTARIO	
MINSAL (2013). «Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores».	https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf
MINSAL (2016) «Norma General Técnica de Atención a Víctimas de Violencia Sexual».	https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf
UNICEF, MINSAL (2011) «Guía Clínica: Atención de Niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de Abuso Sexual».	https://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf
MINEDUC, UNICEF (2012). «Orientaciones para la prevención del abuso sexual infantil desde la comunidad educativa».	http://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Orientaciones-para-la-prevenci%C3%B3n-del-abuso-sexual-infantil-desde-la-comunidad-educativa.pdf

COMPONENTES TRANSVERSALES Y ESPECÍFICOS DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

El control integral de salud infantil implica múltiples desafíos para los y las profesionales que lo realizan, teniendo en cuenta que la supervisión del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas debe incluir, necesariamente, una serie de componentes específicos, que se relevan en mayor o menor grado dependiendo del control de salud que corresponda realizar y/o de las características, necesidades y requerimientos individuales del niño o niña.

Para muchos de estos componentes, existen protocolos o guías que profundizan la temática en cuestión, los que serán referidos en cada apartado.



2.2. COMPONENTES ESPECÍFICOS DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

Esta sección presenta los componentes específicos de la supervisión de salud integral, iniciándose con el desarrollo integral de niños y niñas, y la salud mental infantil, luego se desarrollan aspectos de la alimentación y nutrición de niños y niñas y su evaluación antropométrica y nutricional. Se continúa con los componentes relacionados con aspectos específicos de salud con enfoque segmentario y de problemas relevantes. Posteriormente, se presenta la evaluación del desarrollo puberal que representa un hito biopsicosocial y marca la transición entre los programas de salud en la infancia y los programas de salud en la adolescencia. Concluye esta sección con las inmunizaciones en la infancia.



2.2.1. DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS

El **Programa Nacional de Salud de la Infancia**, acompaña el crecimiento y desarrollo por medio de la supervisión de salud integral a través del *control de salud infantil*, contemplando diversas áreas de evaluación que permiten a los profesionales de la salud, realizar evaluación y seguimiento a la trayectoria normativa del crecimiento y desarrollo de niños y niñas, promover factores protectores del desarrollo integral, pesquisar precozmente alteraciones del desarrollo, coordinar acciones con enfoque integral y detectar tempranamente situaciones de vulnerabilidad psicosocial, que coordinadas con las acciones de apoyo del **Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo**, permiten que niños y niñas alcancen su máximo potencial de desarrollo, mejorando el acompañamiento sanitario y reduciendo las inequidades sociales de la población.

Durante el año 2007 se inicia el Subsistema de Protección Social a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, con el propósito esencial de contribuir al desarrollo integral de niños y niñas desde la gestación a los 4 años. El programa eje del Subsistema es el "Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)", el cual fortalece las prestaciones brindadas a la población infantil (23), favoreciendo el desarrollo de niños y niñas. Las acciones realizadas por el sector salud así como las del intersector, apoyan el objetivo sanitario *4.2 de Disminuir el rezago infantil*, perteneciente al objetivo 4 "Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital" de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, que estableció como meta disminuir un 15% la prevalencia de rezago en la población menor de 5 años (86).

A continuación, se abordarán las características generales del neurodesarrollo infantil y las áreas que componen el desarrollo integral.

i. Características del neurodesarrollo infantil

Las bases de desarrollo del cerebro se construyen a lo largo del tiempo, mediante un proceso continuo que inicia en la gestación y que se extiende hasta la edad adulta. Primero se forman las conexiones neuronales y habilidades más simples, seguidas por circuitos y habilidades más complejas (87).

En los primeros años de vida, se forman más de un millón de nuevas conexiones neuronales por segundo. Las vías sensoriales como las de la visión y audición básicas son las primeras en desarrollarse, seguidas por habilidades tempranas de lenguaje y funciones cognitivas superiores. Después de este período de rápida proliferación, las conexiones se reducen mediante un proceso llamado poda, que permite a los circuitos cerebrales ser más eficientes, eliminando aquellas conexiones de menor uso (87). En este proceso las conexiones se reducen, lo que permite que los circuitos cerebrales más complejos vayan construyéndose sobre los circuitos anteriores más simples.

Esta capacidad de modificación y adaptabilidad a los estímulos y experiencias se conoce como plasticidad cerebral. El cerebro es más flexible o "plástico" tempranamente en la vida, pero a medida que entra en un proceso de maduración, adquiere mayor especialización para asumir funciones más complejas y es menos capaz de reorganizarse y adaptarse a los desafíos nuevos o inesperados.

Figura II-13. Desarrollo y experiencias tempranas.



Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

El neurodesarrollo se produce en base a la interacción entre genes y el ambiente: por un lado, los genes proporcionan el modelo para la formación de circuitos cerebrales, los cuales se ven reforzados mediante un uso repetido de estas conexiones. Mientras que el ambiente otorga las experiencias que moldean la estructural cerebral, destacando entre éstas, las experiencias relacionales tempranas del niño o niña con sus figuras significativas (madre, padre u otro cuidador/a), con quienes puede establecer relaciones e interacciones recíprocas o de “ida y vuelta”. Este tipo de interacciones son buscadas de forma natural por los niños y niñas pequeños, a través de balbuceos gestos o expresiones faciales ante los cuales los adultos responden de la misma manera. Cuando este tipo de interacciones entre el adulto y el niño o niña no se produce, impacta negativamente en el desarrollo infantil (87).

Durante la infancia existen períodos críticos y sensibles del desarrollo llamados ventanas de oportunidades, en los que pueden adquirir ciertas características, conductas, habilidades o capacidades específicas debido a un incremento masivo y rápido de las neuronas y sus conexiones, que permiten una amplia interacción con el medio ambiente. Por lo tanto, constituyen pequeñas ventanas de tiempo en las que determinadas áreas de desarrollo son totalmente vulnerables a la ausencia de estimulación. Esto quiere decir que, si la niña o niño no recibe estimulación del ambiente durante este período, tendrá un deterioro irreversible en sus posibilidades para adquirir de manera efectiva, una determinada habilidad o capacidad, lo que convierte al desarrollo infantil temprano, en un determinante mayor de la salud y del nivel de desarrollo a lo largo de todo el curso de vida (88).

El estrés crónico y persistente en la infancia temprana, causado por la pobreza extrema, el abuso reiterado o una severa depresión materna, entre otros, puede ser tóxico para el cerebro en desarrollo. El estrés positivo (respuestas fisiológicas moderadas y breves a experiencias incómodas) es un aspecto importante y necesario para un desarrollo saludable. Por el contrario, el estrés tóxico es la activación fuerte e ininterrumpida del sistema de respuesta al estrés (sistema simpático), en ausencia de la protección amortiguadora que brinda el apoyo de los adultos, dañando la arquitectura cerebral en desarrollo. Los niños y niñas expuestos al estrés tóxico, presentan conexiones neuronales menos desarrolladas en áreas relacionadas con el aprendizaje, regulación emocional y las habilidades cognitivas de nivel superior, con consecuencias para su desarrollo actual y futuro. Asimismo, tendrá impacto en la salud física y mental, al aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, neuroendocrinas, inmunológicas y de problemas socioemocionales (88).

ii. Estimulación

El desarrollo emocional, social y cognitivo se encuentran conectados inseparablemente entre sí: las capacidades cognitivas, emocionales y sociales están entrelazadas en el cerebro y, de manera similar, el aprendizaje, el comportamiento y la salud física y mental están íntimamente relacionados a lo largo del curso de la vida. Múltiples áreas del cerebro funcionan de manera coordinada: el bienestar emocional y competencia social proporcionan una base sólida para las nuevas capacidades cognitivas, y juntos conforman la base del desarrollo humano. La salud emocional y física, las habilidades sociales y capacidades cognitivo - lingüísticas que surgen en los primeros años, son requisitos previos necesarios para el éxito en la escuela, y más tarde en el lugar de trabajo y en la comunidad (89).

El concepto de estimulación se adopta en concordancia con el modelo de intervención del Subsistema Chile Crece Contigo. Los elementos que componen una correcta estimulación son (89):

1. Conocer la edad del niño o niña y los rangos de tiempo para la aparición de hitos.
2. Conocer las características individuales del niño o niña, rasgos iniciales de personalidad, temperamento y estrategias de interacción con sus adultos.
3. Considerar al padre, madre y cuidador/a como los principales agentes de cambio y valorar la calidad del vínculo terapéutico con los adultos.
4. Considerar la estimulación como una actitud permanente del adulto que se va instalando en la interacción con el niño o niña, no como un ejercicio acotado a un periodo determinado del día.
5. Insertar la estimulación en las actividades de cuidado cotidiano y de juego.
6. La pesquisa de factores protectores y la estimulación oportuna son determinantes para un adecuado desarrollo infantil.
7. Toda la interacción con el niño o niña debe estar caracterizada por el buen trato y la crianza respetuosa.
8. Siempre se debe fomentar el bienestar socioemocional del niño o niña, ya que es la base para potenciar cualquier área del desarrollo. Por lo tanto, uno de los pilares de la estimulación es fomentar la calidad del vínculo de apego, sensibilidad de los adultos, competencias parentales, función de consuelo y juego interactivo.
9. Considerar la modificación del ambiente del hogar para potenciar la exploración libre y segura, además del fomento de funciones ejecutivas en el desarrollo del niño o niña.
10. Colocar el foco del trabajo estratégico en el área débil del desarrollo, empleando como recurso las áreas fortalecidas del niño o niña y los factores protectores de la familia.
11. Utilizar la evidencia científica actualizada y disponible.
12. Considerar y respetar la diversidad étnica, lingüística, de género y necesidades especiales de atención en salud y educación, así como también aspectos culturales de los niños o niñas, sus familias y comunidades.

iii. Áreas del desarrollo infantil

Existen distintas teorías que abordan el desarrollo infantil, sin embargo, ninguna de ellas por sí sola ha sido capaz de dar cuenta de todos los aspectos que implica el desarrollo de niños y niñas (90).

El desarrollo integral está compuesto por distintas áreas. Es importante considerar que la separación de estas áreas resulta útil para la categorización y observación del desarrollo infantil en un control de salud, pero no se debe perder de vista que éstas se encuentran relacionadas, entrelazadas y se influyen mutuamente, resultando en la integralidad del desarrollo (23). A continuación, se abordan aquellas más relevantes (figura II-14).

Figura II-14. Esquema de áreas del desarrollo integral infantil.



Fuente: adaptado de Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Chile Crece Contigo, 2012 (23).

Desarrollo físico

El desarrollo físico considera principalmente el desarrollo motor grueso, motor fino y el procesamiento sensorial. Antiguamente se planteaba que los logros en el desarrollo motor estaban determinados sólo por la maduración del cerebro, los músculos y los huesos; sin embargo, actualmente se plantea, además, la relevancia de otros factores, como el estado de salud, la estimulación de padres, madres y cuidadores, y la relación con su entorno (23).

Algunos hitos importantes que marcarán este proceso podrían reflejarse en: la pérdida de los reflejos primitivos, el control del tono postural desde el predominio flexor de los recién nacidos hasta el equilibrio balanceado entre el tono flexor - extensor; y la interpretación de la información propioceptiva, vestibular, táctil, auditiva y visual (91).

El sistema propioceptivo ayuda a reconocer la ubicación de sus diferentes segmentos e identificarlos dentro de un espacio, especialmente en base a la información sensorial de las articulaciones y los músculos (92).

El sistema vestibular es el encargado de decidir si se actuará sobre un estímulo o no, mientras que los núcleos vestibulares registran los estímulos visuales y le dan significado. La reacción excesiva o insuficiente a la entrada táctil o vestibular puede provocar inseguridad gravitacional o miedo al movimiento, actitud defensiva táctil o ambos (92).

El objetivo fundamental del desarrollo del área física es la adquisición de habilidades y respuestas cada vez más complejas, que permitan a los niños y niñas aumentar su independencia y sus capacidades para interactuar con el mundo que les rodea.

Algunos ejemplos de habilidades motoras gruesas son: el aprender a caminar, correr, controlar movimientos en los juegos, y movimientos que requieren mayor coordinación y habilidades más complejas como saltar en un pie o caminar en una línea. Por su parte, las habilidades motoras finas, como dibujar, comer con cuchara o escribir, implican coordinación mano - ojo y control muscular. La adquisición de habilidades motoras finas es significativa porque a través de ellas los niños y niñas ganan una nueva vía para explorar el ambiente y estas habilidades contribuyen a desarrollar nuevas experiencias.

Problemas de desarrollo muy graves o retrasos en la adquisición de ciertos hitos llaman rápidamente la atención del personal de salud; sin embargo, la identificación de problemas más discretos presenta, muchas veces, dificultades en su detección. El desarrollo es un proceso continuo, progresivo y acumulativo, por lo que es fundamental reconocer en la evaluación clínica la norma trayectoria de niños y niñas, de manera de definir cuando algo no es lo esperado para la edad (91).

Desarrollo sociocomunicativo

Un aspecto fundamental de la vida humana es el uso de un sistema de símbolos para la comunicación y el pensamiento. Los niños y niñas participan activamente en la adquisición del lenguaje y demuestran un interés innato social y comunicativo con otros seres humanos (91).

Desarrollo del lenguaje: en la etapa pre-lingüística, los recién nacidos tienen como primera forma de comunicar sus necesidades el llanto, que debe ser interpretado por quienes están alrededor. Paralelamente van reconociendo los sonidos importantes de su entorno, por ejemplo, la voz de su madre y/o padre o cuidadores (93).

A medida que crecen, los lactantes van desarrollando otras formas de comunicación no verbal, en base al reconocimiento inicial de su propiocepción oral, como el emitir sonidos y el balbuceo; como también la expresión mediante gestos, el apuntar objetos, tirar la ropa de las personas para llamar su atención, entre otros. Se plantea que, a los 6 meses, la mayoría ya reconoce sonidos básicos de su lengua materna. Este comportamiento comunicativo temprano, representa conductas precursoras de la adquisición del lenguaje y para llevarse a cabo, requiere del desarrollo de habilidades: motoras, cognitivas - ejecutivas (atención, almacenamiento y procesamiento de información), sensoriales (auditivas, visuales, táctiles), sociales y ambientales (89).

Todos estos elementos, ayudarán a la representación mental de sí mismos, de los objetos y del mundo que los rodea.

La etapa lingüística se inicia con la aparición de la primera palabra con significado, lo que generalmente ocurre entre los 12 a 18 meses. Esto implica que los niños y niñas empiezan a codificar en signos lingüísticos los contenidos específicos para explicitar una intención determinada, dejando atrás poco a poco las conductas pre-verbales como único medio para comunicarse (89).

Desarrollo socioemocional

El desarrollo socioemocional es la base del bienestar de niños y niñas y de un desarrollo integral armónico, siendo altamente dependiente de las experiencias tempranas, principalmente de las interacciones con su figura significativa. Involucra la capacidad de formar relaciones seguras y cercanas con adultos y pares; experimentar, regular y expresar emociones de manera adecuada, explorar el ambiente y aprender del contexto en el que se desenvuelven (familiar, comunitario y cultural) (23).

Las relaciones cálidas y responsivas entre el cuidador/a principal y el niño o niña son esenciales para el desarrollo integral, especialmente para el ámbito social y emocional. La calidad de esta relación permitirá al niño o niña establecer una base segura desde la cual explorar el mundo, aprender de su experiencia y desplegar al máximo sus potencialidades (94).

Desde que nacen los niños y niñas pueden comunicar sus necesidades básicas y expresar emociones como la angustia y la frustración a través del llanto, ampliando su repertorio emocional a medida que el cerebro se desarrolla. Los niños y niñas menores de un año disfrutan del contacto cara a cara y se calman ante la respuesta sensible de su cuidador principal. Estarán en el proceso de reconocerse a sí mismos(as) y explorar su entorno pudiendo expresar otras emociones como alegría, frustración, sorpresa e interés. Así a los dos años un niño o niña ya muestra signos de autoconciencia, autonomía, interacción social y empatía, que continúan desarrollándose durante la primera infancia y la etapa preescolar, sentando las bases para el compromiso social y el aprendizaje (94).



Fuente: Manual Operativo de Lactancia Materna, MINSAL, 2018

Así también, continúan trabajando y equilibrando su confianza en el cuidador primario con el desarrollo de la autonomía, adquiriendo competencias sociales y emocionales que le permitirán mayor independencia en sus actividades de la vida diaria. El ingreso a sala cuna o establecimiento educacional representa la primera experiencia en el mundo más allá de su familia. En esta etapa los niños y niñas al explorar su entorno se muestran más resistentes a las demandas o solicitudes de los padres (94).

Uno de los eventos vitales relevantes en la niñez es el ingreso a la educación parvularia y posterior tránsito a la educación escolar. El ingreso a la educación parvularia favorece de manera sistemática, oportuna y pertinente el desarrollo integral y aprendizajes relevantes y significativos en los niños y niñas (95). En la medida que el niño o niña y su familia transiten exitosamente por esta etapa, se irán logrando las tareas del desarrollo asociadas, tanto individuales como familiares. Además de considerar los aspectos asociados al rendimiento y aprendizajes, también se debe consultar por la interacción y el vínculo que el niño o niña establece con sus pares, así como con los adultos que trabajan en los establecimientos.

A medida que los niños y niñas empiezan a compararse con los demás y reciben retroalimentación de educadores u otros adultos, se va desarrollando el dominio de sí mismo, incluyendo: la autoestima, regulación emocional, toma de perspectiva, desarrollo moral y relaciones entre compañeros (96).

Cuando el niño o niña experimenta aceptación y conexión positiva con pares se configuran importantes factores protectores como mejor autoestima, mayor satisfacción y progreso escolar. Por el contrario, experiencias adversas de rechazo o discriminación se asocian con mayores niveles de ansiedad, siendo un factor de riesgo para trastornos internalizantes y acoso escolar (94).

Si bien el desarrollo es un proceso multidimensional y particular de cada niño y niña, es posible observar algunos hitos del desarrollo socioemocional que se deberían alcanzar en determinadas edades del curso de vida. Los hitos más relevantes del desarrollo socioemocional están indicados en esta Norma para cada control con el niño o niña.

Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo está fuertemente relacionado con la regulación emocional y las funciones ejecutivas. Permiten al niño o niña explorar su entorno, prestar atención, conocer, aprender, pensar y resolver problemas.

Involucra el logro de habilidades analíticas, resolución de problemas, memoria, habilidades matemáticas tempranas. La investigación demuestra que las habilidades cognitivas pueden verse afectadas fuertemente por la calidad del ambiente tanto como por la genética (23).

El desarrollo cognitivo de los niños y niñas en los primeros años de vida depende de la calidad de sus ambientes tempranos y de sus relaciones con los cuidadores principales. Los niños y niñas con padres y madres responsivos, y que han estado en ambientes estimulantes están más avanzados cognitivamente al inicio de la escuela que aquellos que viven en hogares menos estimulantes; los padres que interactúan frecuentemente con sus hijos e hijas promueven su desarrollo cognitivo, social y emocional (23).

Desarrollo sexual

La sexualidad es parte de todas las fases de la vida y se desarrolla a través de un proceso dinámico, gradual y continuo. Para lograr un desarrollo saludable de la sexualidad se requiere un acercamiento positivo y respetuoso con los niños y niñas hacia el tema, un ambiente libre de coerción, discriminación y violencia. Para que esto sea posible, los derechos humanos y sexuales de todas las personas deben ser respetados (97).

La sexualidad humana se define como una “forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo” (98). Como todo proceso humano, se integra mediante una relación dialéctica en la que intervienen las vertientes mencionadas en su definición y es uno de los procesos vitales que con más fuerza repercute y, a la vez, está influido por el contexto histórico-social en que se desarrolla (99).

El concepto de salud sexual de la Organización Mundial de la Salud de 1974, la define como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (100). La integralidad de este concepto enfatiza los componentes afectivos, placenteros y relativos a la comunicación que, sin duda, repercuten significativamente en el estilo y la calidad de vida de las personas. Los criterios actuales aparecen como expresión de las nuevas tendencias en las ciencias de la salud y están acordes con los principios de la bioética (101).

Los recursos adecuados, entregados por el equipo sanitario en la supervisión de salud infantil, tienen como objetivo fomentar el desarrollo saludable de la sexualidad y proveer a los padres de información objetiva acorde con la etapa del desarrollo del niño o niña (102). Existen conductas normales de la esfera de la psicosexualidad que se pueden observar en el niño o la niña que muchas veces pueden causar preocupación en las familias. A continuación, se mencionan las más relevantes de cada etapa (tabla II-11).

Tabla II-11. Conductas esperadas de niños y niñas de acuerdo con su edad.

EDAD	CONDUCTAS ESPERADAS
0 a 8 meses	Succión, chupeteo, primacía de la oralidad (llevarse objetos a la boca).
9 a 12 meses	Fricción, tocaciones del propio cuerpo. Curiosidad por explorar el propio cuerpo. Muestran placer al estar desnudos.
1 a 2 años	Interés por aquello que “sale” de sus cuerpos. Investigan orina y deposiciones. Continúan explorando su cuerpo de manera desinhibida.
2 a 3 años	Ensayo del control de esfínter, curiosidad por deposiciones, por el cuerpo del otro. Presentan juegos exploratorios, mostrar órganos sexuales, ver cuerpos desnudos. Comienza la diferenciación sexual genital de cuerpo de hombre y mujer.
4 a 5 años	Niños y niñas realizan la <i>autoexploración</i> , que consiste en tocarse los genitales para relajarse. Lo pueden realizar antes de la siesta o mientras ven televisión. Comienzan las preguntas sobre el origen de las personas y la reproducción humana. A esta edad comprenden que la sexualidad no se expone en público, y surgen primeros sentimientos de culpa, asco y pudor.

Fuente: adaptado de Johnson, 2015 (103).

El desarrollo de la sexualidad infantil ocurre muy ligado al de la afectividad, en base a interacciones interpersonales permanentes y sostenidas dentro de su familia y su entorno. El desarrollo maduro de la personalidad del niño y de la niña lleva implícito el desarrollo de una sexualidad equilibrada y sana. Los factores que intervienen en el desarrollo psicosexual son biológicos, psicológicos y sociales.

Los determinantes biológicos están dados por el sexo genético, establecido al momento de la concepción a partir de la conformación cromosómica (XX determina la formación de ovarios, XY la de testículos) y posteriormente del sexo fenotípico, producto de la producción de los esteroides sexuales por la gónada ya diferenciada; la producción testicular de testosterona permite el desarrollo del sistema reproductor masculino y la hormona anti mulleriana impide el desarrollo de las trompas de Falopio y útero (104).

Hay condiciones genéticas o ambientales que producen un desbalance en la producción de hormonas esteroidales (ej.: hiperplasia suprarrenal congénita) o alteraciones en los receptores de estas (síndrome de insensibilidad a andrógenos), con el consecuente defecto del desarrollo del sistema reproductor de ese individuo. Desde el año 2006 la Academia Americana de Pediatría lo denomina Desórdenes del Desarrollo Sexual que se clasifican en 3 grupos: cromosómico, gonadal o anatómico, antes conocidos como intersex (105).

A partir de la interacción de los factores biológicos, sociales y psicológicos se desarrolla la identidad psicosexual, que presenta tres aspectos cruciales:

- La identidad de género es entendida como la convicción íntima de una persona de ser hombre, mujer, u otra alternativa que puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer.
- El rol de género alude a la expresión conductual de la identidad de género, basado en un conjunto de expresiones y conductas clasificadas en masculinas, femeninas u otra alternativa con la que la persona se identifica (106).
- La orientación sexual tiene que ver con la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual con individuos de diferente género o del mismo género, entre otras alternativas. Es independiente de la identidad y rol de género (107).

Es importante destacar los aspectos cualitativos que confieren matices muy específicos al fenómeno de la sexualidad humana, haciéndolo único e intransferible a otras especies (108). Estos rasgos son los siguientes:

- Placentero: contribuye al bienestar individual, al enriquecimiento de la personalidad y al desarrollo del vínculo con los otros.
- Afectivo: la capacidad de amar constituye un componente eminentemente humano y es un elemento sustantivo en la trascendencia del vínculo.
- Comunicacional: es la forma de comunicación de mayor profundidad entre los seres humanos.
- Creativo: como fuente de expresión integral de las personas, potencia la capacidad de creación, en la que intervienen elementos estéticos y lúdicos.
- Ético: se define a partir de una dialéctica de valores sustentada en los derechos humanos.
- Procreativo: esta posibilidad se destaca como el logro extraordinario de dos personas que consciente, libremente y con responsabilidad compartida asumen la creación de un nuevo ser.

Las teorías integradoras del desarrollo del rol de género están de acuerdo en que lo que los niños y niñas realmente aprenden acerca de ser un hombre o una mujer depende en gran medida de lo que su sociedad les ofrece en la forma de un "currículum de género". Muchos estudios confirman que es conveniente evitar los estereotipos rígidos de roles, y eso es más efectivo al exponer a los niños y niñas tempranamente a juegos flexibles para ambos sexos y al modelaje de padres y madres con una división más equitativa de la crianza y las tareas del hogar (94).

A continuación, se presentan hitos relevantes en el desarrollo de la identidad de género y recomendaciones para entregarles a las familias en el contexto de los Controles Integrales de Salud Infantil (tabla II-12).

Tabla II-12. Desarrollo de la Identidad de Género.

RECOMENDACIONES EN RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO		
Rango de Edad	Desarrollo de la Identidad de Género	Recomendaciones para las familias
1 a 4 años	<ul style="list-style-type: none"> Los niños y niñas comienzan a notar diferencias tanto en las características de sus genitales como en la forma en que se expresan los roles de género al exterior. Los juegos de roles con la expresión de género son comunes a esta edad, y durante la adquisición de esquemas de género, los niños y niñas atienden a modelos masculinos y femeninos. Es por esto, que muchos niños y niñas explorarán la ropa o los roles que socialmente se han asignado al género opuesto, sin que eso necesariamente represente que no se encuentran conformes con su identidad de género. Por otra parte, algunos niños y niñas se pueden identificar con un género diferente al que les fue asignado al nacer, o no identificarse con ninguno de los géneros binarios (masculino/ femenino). Existe evidencia de que la no conformidad de género puede ser aparente de forma temprana, alrededor de los 2 años, mientras que para otros niños y niñas esto no ocurre hasta la adolescencia tardía o incluso al llegar a la adultez. 	<ul style="list-style-type: none"> En todos los niños y niñas, evitar los estereotipos rígidos de roles; exponer a los niños y niñas tempranamente a juegos flexibles para ambos sexos y al modelaje de padres y madres con una división más equitativa de la crianza y las tareas del hogar. Fomentar el conocer y cuidar su cuerpo: Durante el baño enseñarles sobre la privacidad que requiere, lo mismo que enseñar el nombre correcto de las partes del cuerpo. Fomentar alcanzar la independencia, en tareas como vestirse y desvestirse, lavarse los dientes, hábitos de alimentación saludable, etc. En los niños y niñas que muestren señales de género no conforme: Promover la aceptación de los padres de su hijo o hija independiente de cómo se identifica en relación con el género. Se debe entregar un mensaje coherente cuyo objetivo sea despatologizar la diversidad de género, ya que la aceptación de su familia es fundamental para la adaptación y la salud mental del niño o niña.
5 a 10 años	<ul style="list-style-type: none"> Los niños y niñas adquieren un sentido de coherencia de género; en la mayoría existirá una firme imagen de sí mismos orientada al futuro: como niños que van a llegar a ser hombres, y niñas que se convertirán en las mujeres. En este punto, comienzan a mirar más el comportamiento de los modelos de su mismo sexo para adquirir estas características que son consistentes con su categorización firme de sí mismo como un hombre o mujer. Tal como se describió anteriormente, no todos los niños y niñas se identificarán necesariamente con el rol de género que concuerda con su sexo asignado. 	<ul style="list-style-type: none"> En este período, es un buen momento para promover que todos los niños y niñas realicen preguntas en relación con la sexualidad y el género, y contestarlas con información clara y verosímil, que permita establecer una relación de confianza con sus padres. Además, se pueden comenzar a discutir los roles de género acorde a cómo se viven en la sociedad y cómo estos han cambiado a través del tiempo, de manera de fomentar un desarrollo saludable de la percepción de sí mismo. Es importante comenzar a hablar acerca de los cambios que trae consigo la pubertad y entregar información de forma anticipatoria al niño/a y su familia, entendiendo que es un proceso que se puede desarrollar de forma muy diferente entre niños o niñas de la misma edad. En los niños y niñas que muestren señales de género no conforme: Se recomienda apoyar al niño o niña y mantener una visión afirmativa de su identidad de género. En los casos en que los niños y niñas no tengan claridad sobre su género, se recomienda a los padres permitir la expresión libre de conductas de todo género, con el fin de que haya exploración y a través de ello mayor claridad.

Fuente: elaboración a partir de AAP, 2010 (102) y MIDESO y MINSAL, 2017 (94).

De forma general, es importante poner el foco en lo fisiológico del desarrollo sexual, y no patologizar cuando los niños y niñas presenten señales de que su desarrollo sexual y de la identidad de género no van acorde a lo que culturalmente es aceptado. Dicho de otra forma, los equipos de salud, en vez de enfocarse en quién se convertirá ese niño o niña, se deben enfocar en valorarlos por lo que son, incluso a una edad temprana (109), y así promover la aceptación y contención de su entorno, lo que tiene un impacto positivo en la salud mental de este grupo de niños y niñas.

iv. Evaluación clínica del desarrollo

La evaluación del desarrollo infantil considera principalmente aspectos clínicos, que contemplan la observación del niño o niña, entrevista al niño o niña (según edad) y a los familiares y/o cuidadores, examen físico y revisión de registros clínicos. A través de las técnicas de valoración, el profesional de salud podrá recoger los antecedentes e información necesaria para realizar el diagnóstico de desarrollo integral, que guíe el plan de intervención. En la tabla II-13 se presentan los principales hitos del desarrollo a evaluar en los Controles de Salud Infantil.

Tabla II-13. Hitos del desarrollo claves a evaluar en el Control de Salud Infantil.

No olvidar evaluar los siguientes hitos en el Control de Salud de los 2 meses:	
Explicación y relación con distintas áreas del desarrollo	Precursor del desarrollo
<p>A los 2 meses el lactante debiera ser capaz de fijar y seguir con la mirada (1m) así como demostrar sonrisa social (2m). El primero demuestra no solamente que el lactante ve, sino que se interesa por lo que hay a su alrededor.</p> <p>La sonrisa demuestra que el lactante se responde a su entorno y le llama la atención las personas que están a su alrededor y que responde positivamente frente al acercamiento afectuoso de otra persona. Además, debe tener una mímica facial rica, expresando diferentes emociones, distinguibles por quienes le rodean.</p>	<p>Ambos hitos son la base y la llave para la interacción con el medio y las personas que le rodean.</p> 
No olvidar evaluar los siguientes hitos en el Control de Salud de los 4 meses:	
Explicación y relación con distintas áreas del desarrollo	Precursor del desarrollo
<p>Este es un patrón global de movimiento que implica que el lactante logre una postura estable, cabeza en línea media, levanta las manos hacia un objeto y luego puede llevárselo a la boca. Además, levanta las piernas y las mantiene en esa posición, con las caderas centradas.</p> 	<p>Es el precursor, como patrón postural, de la sedestación.</p> 

No olvidar evaluar los siguientes hitos en el Control de Salud de los 6 meses:

Explicación y relación con distintas áreas del desarrollo	Precursor del desarrollo
<p>Apoyo palmar: estando boca abajo, el lactante es capaz de apoyarse con las palmas abiertas y los codos extendidos. A distal, apoyo en la parte más distal de los muslos, soportando así el peso de su cuerpo.</p>  <p>Prensión y transferencia: el lactante es capaz de pasarse las cosas de una mano a la otra, en ambos sentidos. Completa el proceso inicial de la prensión al poder tomar y soltar objetos a voluntad.</p>	<p>Es necesario para que posteriormente, en el 2do semestre logre las diferentes formas de desplazamiento horizontal (arrastre y gateo).</p> <p>Permite la diferenciación posterior de la función prensora. La participación y diferenciación de la musculatura de la mano, que permite que la palma se vaya ensanchando.</p>

No olvidar evaluar los siguientes hitos en el Control de Salud de los 8 meses:

Explicación y relación con distintas áreas del desarrollo	Precursor del desarrollo
<p>A los 7 meses, el lactante logra el giro coordinado de supino a prono, que implica disociación de cintura escapular y pelviana, con movimientos cruzados de las extremidades.</p> <p>Sedestación asistida, como la capacidad de quedarse sentado, sin apoyo, con la espalda recta y las manos libres para poder manipular objetos.</p> <p>Cerca de los 8 meses, el lactante logra el arrastre anterior, primera forma de desplazamiento en sentido antero-posterior. Generalmente se inicia con arrastre hacia atrás.</p> <p>Cerca de los 8 - 9 meses el lactante logra el Juego del Escondite "dónde está, ahí está" (permanencia del objeto) el juego consiste en que el niño o niña se alegra de que lo encuentren y de encontrar a los demás. Implica interacción activa con las demás personas. Los niños con EA generalmente no lo presentan o lo hacen en forma incompleta o más tardía. Por lo tanto, es importante preguntar por el juego completo, que le guste esconderse y que le guste que lo encuentren y encontrar a los demás.</p> <p>Tomar un objeto en cada mano, en esta etapa ya no sólo es capaz de tomar y manipular un objeto, sino que puede tomar uno en cada mano, hacerlos chocar. Es la etapa de comenzar movimientos rítmicos repetitivos, así es como cuando comienza a aplaudir o hacer chocar objetos, también empieza a hacer duplicaciones silábicas.</p>	<p>Giro coordinado es el precursor, como patrón postural, de la bipedestación y marcha.</p> <p>Giro coordinado → Bipedestación y Marcha</p>   <p>Sedestación asistida, con manos libres, tomando un objeto en cada mano.</p> 

No olvidar evaluar los siguientes hitos en el Control de Salud de los 12 meses	
Explicación y relación con distintas áreas del desarrollo	Precursor del desarrollo
<p>Al final del primer año, el niño o niña debiera, en lo motor grueso, ser capaz de desplazarse gateando y/o parándose por sí solo y realizando marcha lateral.</p> <p>El gateo se inicia generalmente en el 4 trimestre, entendido como desplazamiento cuadrúpedo, con apoyo palmar y rodillas, en patrón cruzado y alternante.</p> <p>La marcha libre tiene un rango de aparición entre los 10 y 18 meses, por lo que no necesariamente estará caminando a los 12 meses.</p> <p>En lo motor fino debiera estar logrando la presión en tenaza o pinza (pulgares e índices extendidos) y, probablemente también la pinza (pulgares e índices flexionados). Debiera además ser capaz de ocupar cualquiera de sus formas prensoras, de acuerdo con las características del objeto que va a tomar.</p> <p>En el 3er trimestre la vocalización es más diferenciada, por lo que ya debiera estar acortando las duplicaciones de sílabas (ma-ma-ma, ta-ta-ta) y empezando a transformarlas en disílabos, no necesariamente aún palabra con intención. Hay una relación muy estrecha entre el logro de la primera palabra y el de la bipedestación. Si el niño o niña aún no logra esta última, es esperable que aún no diga la 1ª palabra.</p>	<p>El gateo es un hito importante, puesto que aporta a una gran cantidad de funciones, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En lo motor fino, favorece el despliegue de la mano, la percepción a través de esta de diferentes texturas, consistencias, detalles y con ello el desarrollo del agarre en pinza. - Desarrollo del esquema corporal, cuando el niño o niña se mete debajo de mesas o sillas, "aprende" e integra las dimensiones de su cuerpo - Alimentación- masticación: cuando el niño o niña gatea gira la cabeza a un lado y otro, apareciendo movimientos laterales linguales, que favorecen la masticación. - Acomodación visual: el niño o niña parte gateando porque ve algo que está lejos, cuando lo alcanza, lo toma y lo mira de cerca. - Autonomía y exploración: es una excelente herramienta para poder desplazarse de forma segura, sin riesgo de caerse, pudiendo llegar por sí solo/a a lo que le llama la atención.
No olvidar evaluar los siguientes hitos en el Control de Salud de los 18 meses	
Explicación y relación con distintas áreas del desarrollo	Precursor del desarrollo
<p>A los 18 meses un lactante debiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de caminar libremente (alcanzar bípedo por sí solo, caminar al menos 5 metros sin caerse, detenerse a voluntad, agacharse a recoger algo y ser capaz de caminar transportando algo en las manos). Si aún no camina a los 18 meses, se considera bandera roja para el desarrollo. - Presión en toda la gama de formas prensoras de acuerdo con las características del objeto que se desea tomar. - Emitir las primeras palabras con intención (generalmente primero Tata, luego Papá y finalmente Mamá, por la dificultad articulatoria creciente entre la "t", "p" y "m"), esto implica que al decir alguna de ellas se refiere específicamente a una persona u objeto. 	<p>Estos 3 hitos son la base de TODO lo que viene más adelante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si camina, podrá correr, trepar, saltar. - Si comienza las primeras palabras, podrá desarrollar y diferenciar una forma de expresarse y comunicarse con quienes le rodean. - Si toma objetos en toda la gama de formas prensoras, será la base para poder alimentarse, manipular, escribir, etc.

Fuente: elaborado por Equipo Programa Nacional de Salud de la Infancia en colaboración con Dra. Verónica Delgado, Neurofisiatra Infantil, Hospital Carlos Van Buren, 2021 (118).

Señales de alarma y derivación

La detección de signos de alerta y derivación, pueden ser evidenciados desde distintas instancias sanitarias de la Atención Primaria o ambulatoria, por:

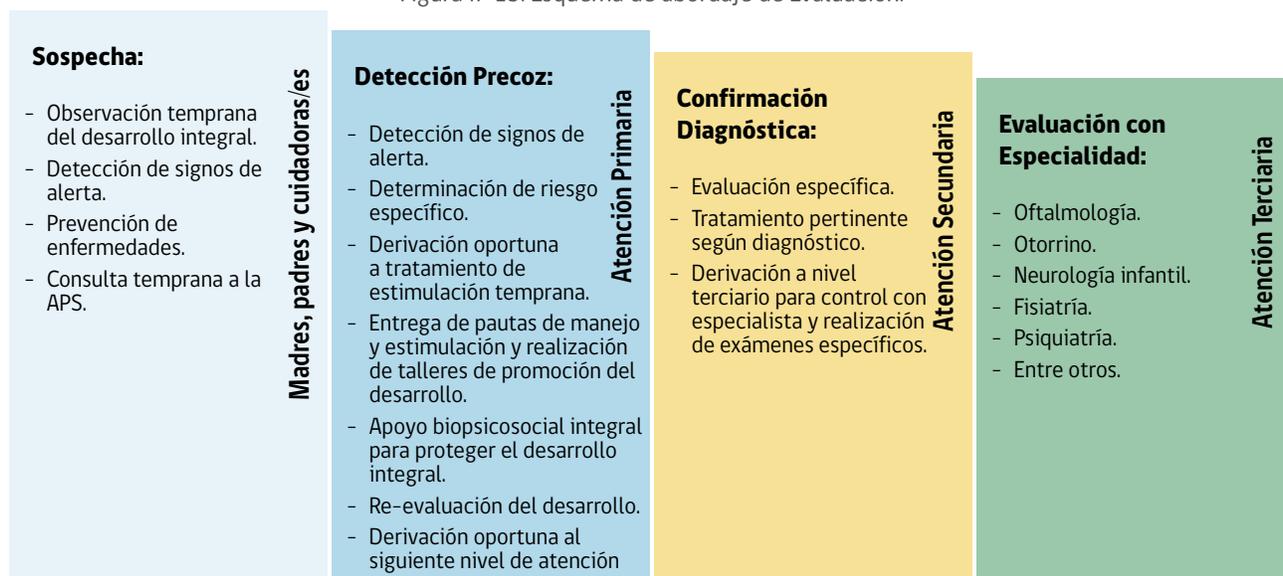
- Profesional de enfermería, desde el control de salud infantil u otra instancia de abordaje pediátrico.
- Profesional médico, desde la consulta por morbilidad y controles de salud.
- Por el área kinésica del programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), si el niño o niña presenta cuadros broncopulmonares.
- Por el área nutricional, ya sea por consulta general o por malnutrición.
- Por el área de estimulación, al acudir los niños y niñas a modalidades de apoyo de desarrollo infantil tales como sala de estimulación, servicio itinerante o atención domiciliaria y/o Talleres de promoción del desarrollo y autocuidado.

Es así como, por ejemplo, un niño o niña que presente una alteración neuromotora, mostrará una tardanza en la adquisición de los hitos del desarrollo motor, detectable por el profesional de enfermería cuando haga la evaluación de él o ella en el contexto del Control de Salud Infantil. Esta alteración también impactará sobre otras áreas, como, por ejemplo, en la alimentación, traduciéndose en un bajo incremento ponderal y requerirá evaluación por nutricionista, o en la dificultad de manejo de secreciones bronquiales, por lo que será visto con mayor frecuencia por el médico/a y kinesiólogo/a, o en la trayectoria integral del desarrollo por lo que tendrá que asistir a modalidad de apoyo al desarrollo infantil (110).

En suma, se trata de que cada uno de los profesionales que participa en las atenciones de niños y niñas del Centro de Salud, integre la evaluación clínica y la detección de signos de alerta en su quehacer. Esto en base al conocimiento del desarrollo esperado para cada edad y elementos clínicos, prestando especial atención durante la atención habitual, de modo de poder distinguir aquellos que manifiestan alguna desviación del desarrollo o bien presentan signos de alerta. Esto con el fin de que sea evaluada a la brevedad ya que, de mantenerse en el tiempo, puede acentuarse y posteriormente evidenciarse como una patología.

La pesquisa, puede estructurarse en diferentes niveles de complejidad, incluidos los padres y/o cuidadores. En la figura II-15 se muestra un esquema, indicando qué le correspondería a cada nivel.

Figura II-15. Esquema de abordaje de Evaluación.



Fuente: Elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia y Chile Crece Contigo, MINSAL, 2021.

v. Alteraciones específicas y signos de alerta

Los signos de alerta son todos aquellos elementos o situaciones que hacen sospechar de alguna dificultad en el desarrollo, que pueden ir desde hechos fácilmente distinguibles hasta situaciones muy sutiles, como la impresión subjetiva del evaluador/a o que la madre, padre o cuidador/a refiera que hay algo que no parece estar bien en el niño o niña sin poder especificar qué es (111). Estas alteraciones pueden ser:

- Alteraciones visuales.
- Alteraciones auditivas.
- Alteraciones neuromotoras.
- Alteración de lenguaje.
- Alteración de interacción.
- Alteración cognitiva.

Hay signos de alerta específicos para cada tipo de alteración. A medida que va pasando el tiempo, el deterioro de uno u otro sistema afectará también la progresión del desarrollo integral, apareciendo los hitos más tarde de lo esperado o incluso no existiendo aparición de ellos.

A continuación, se analizan las diferentes alteraciones por sistemas, con los signos de alerta que las deben hacer sospechar.

Alteración visual

La función visual, es tal vez la más compleja de todas las funciones sensoriales y la última en terminar de desarrollarse. Sin embargo, ya está presente desde el nacimiento y, por lo tanto, es esperable que haya respuesta a estímulos visuales. La capacidad de fijar la vista, aunque sea por un periodo breve, como ocurre en el RN, requiere de la indemnidad de la vía visual (nervio óptico, II-par craneal), que recorre varias estructuras hasta llegar a la corteza occipital. Si el niño o niña además logra seguir con la mirada un objeto o persona que se mueve, debe conectarse con los centros óculo-motores (III, IV y VI par craneal), por lo tanto, manifiesta un rendimiento aún mayor (111).

Al producirse una obstrucción al paso de la luz, como en las cataratas congénitas o una malformación cerebral en las zonas por donde pasan las fibras visuales y visomotoras, se alterará la función visual. Frente a esto, deben llamar la atención los siguientes signos, que se detallan en la tabla II-14.

Tabla II-14. Signos de alerta de alteración visual.

EDAD O PERÍODO	SIGNO DE ALERTA
Recién nacido/a	No reacciona a los cambios de luz: <ul style="list-style-type: none"> ○ No pestañea frente a luz fuerte o flash. ○ No gira cabeza o no reacciona al taparle la vista. ○ No aparición "ojo rojo" al evaluar el rojo pupilar (o al sacar foto con flash).
4 - 6 semanas	No aparece fijación y seguimiento visual, mantenidos.
2 meses	No aparece postura Esgrimista.
3 meses o más	Estrabismo persistente, especialmente si es asimétrico.
	Contacto visual escaso o ausente.

Fuente: Delgado, 2015 (112).

En ningún momento debe haber movimientos oculares “involuntarios” como nistagmo, baile ocular o estrabismo unilateral. Para profundizar en el área de alteraciones visuales de niños y niñas, se puede revisar el apartado “2.2.7. Salud oftalmológica”.

Alteración auditiva

El niño o niña que presenta una alteración auditiva se verá afectado especialmente en el área del lenguaje y, por ende, del pensamiento, ya que son dos áreas íntimamente relacionadas. Al respecto, deben llamar la atención los siguientes signos (tabla II-15):

Tabla II-15. Signos de alerta de alteración auditiva.

EDAD O PERÍODO	SIGNO DE ALERTA
Recién nacido/a	No reacciona a ruidos fuertes con pestañeo (reflejo acústico facial) y/o con sobresalto (reflejo de Moro).
5 meses y más	No busca origen de sonido suave.
> 6 meses	Disminución de la vocalización.

Fuente: Delgado, 2015 (112).

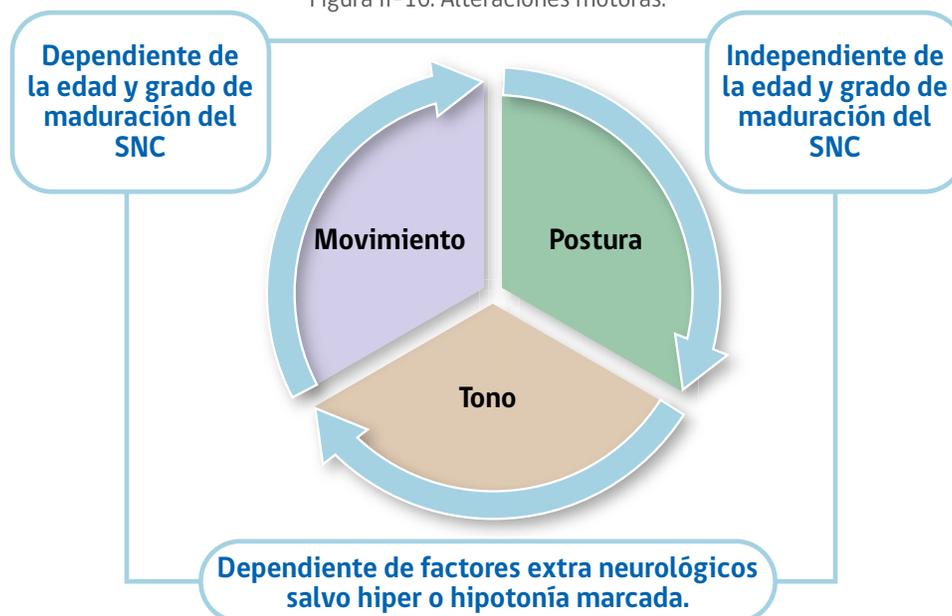
Debe llamar la atención un niño o niña que en vez de mirar a los ojos mire la boca de su interlocutor). Para profundizar en el área de alteraciones auditivas de niños y niñas, se puede revisar el apartado “2.2.8. Salud auditiva”.

Alteración neuromotora

El niño o niña puede nacer con una lesión del Sistema Nervioso Central (SNC), pero la alteración neuromotora se va estructurando y haciendo más evidente en los meses siguientes. Si bien se pueden realizar los diagnósticos secundarios, en general sobre los 18 - 24 meses, las alteraciones pueden detectarse mucho antes.

Dado que son alteraciones de tono, postura y movimientos (figura II-16), se puede utilizar uno o más de esos parámetros para su sospecha. El tono puede sufrir variaciones por aspectos extra-neurológicos, como hambre o frío, que lo tienden a aumentar, o calor y sueño, que lo disminuyen, en ambos casos, en forma global.

Figura II-16. Alteraciones motoras.



Fuente: Delgado, 2015 (112).

Los movimientos se han analizado, por ejemplo, con los trabajos de Precht (113), con una alta predictibilidad, pero sólo en un rango limitado de edad y con necesidad de una capacitación acuciosa. Finalmente, el tercer factor comprometido, la postura, es independiente de la edad, por lo que puede ser usado en cualquier momento.

La postura y específicamente el patrón postural, se refieren a la posición de las extremidades con respecto al tronco, así como a la de las manos. En relación con el patrón postural, podemos distinguir una posición de las extremidades flexible, en que el individuo alterna entre diferentes posiciones, adosadas o separadas del cuerpo, flexionadas o extendidas, las manos abiertas o cerradas, con el pulgar excluido, permitiendo la pinza, sin diferencias entre la posibilidad motriz de un lado a otro del cuerpo. Este patrón postural flexible, se observa a lo largo de toda la vida y es lo que nos permite una gran diversidad de movimientos y acciones.

Por el contrario, en la patología motora, se pierde esta alternancia. Es lo que aprecia también Precht (113) al analizar los movimientos globales. Es así como, en los niños y niñas que desarrollan una patología motora, se aprecia aducción y rotación interna de las extremidades, prima una tendencia extensora de las extremidades inferiores, las manos suelen permanecer empuñadas y/o con el pulgar incluido. Con mucha frecuencia se asocia este patrón postural alterado, a la asimetría, es decir que un hemicuerpo no se comporta de la misma manera que el otro, lo que se traduce, por ejemplo, en que el niño o niña utiliza más una mano que la otra, o que se gira hacia un solo lado.

La lateralidad (113), que es producto de la maduración y diferenciación del SNC se manifiesta recién en la etapa preescolar, por lo que en niños pequeños no podemos atribuir un menor uso de la mano derecha a un posible ser "zurdo" del niño o niña, como ocurre lamentablemente con frecuencia. La explicación, más bien, es que puede estar presentando una alteración motora que afecta el hemicuerpo derecho y que muy posiblemente termine en una hemiparesia derecha, es decir en un tipo de Parálisis Cerebral (113).

En la tabla II-16, se detallan los signos de alerta para las alteraciones motoras. A medida que va pasando el tiempo, la alteración de tono, postura y movimientos se va evidenciando como un retraso en la adquisición de los hitos del desarrollo que se manifiestan como actos motores, lo que lleva a un retraso o imposibilidad de desplazarse o tomar y manipular objetos. La vocalización también depende de la función motora, por lo que también se altera (114).

Tabla II-16. Signos de alerta de alteración motora.

EDAD O PERÍODO	SIGNO DE ALERTA
Recién nacido/a	Alteración tono - postura y movimientos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipertonía / hipotonía marcada. ○ Patrón postural anormal de extremidades con presencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Rotación interna. - Abducción. - Extensión. - Asimetría. - Inclusión persistente de pulgares. ○ Movimientos poco fluidos, asimétricos.
3 meses	No alcanza estabilidad postural, no logra simetría ni control cefálico.
4 meses	No logra coordinación mano - mano - boca.
5 meses	No logra prensión dirigida.
7 meses	No logra giro coordinado, sedestación asistida, coordinación mano - pie -boca.
8 meses	No logra desplazamiento antero - posterior (arrastre).
9 - 10 meses	No gatea ni se desplaza.
10 - 12 meses	No se verticaliza o no lo intenta.

Fuente: Delgado, 2015 (112).

En todo momento alteración conjunta tono - postura - movimiento. Si esto se mantiene, provoca alteración o imposibilidad de alcanzar hitos del desarrollo de manera adecuada.

Alteración del lenguaje

El lenguaje es una función compleja que requiere de una función auditiva, cognitiva, de interacción y motora adecuadas para desarrollarse en forma integral. Puede subdividirse en el lenguaje comprensivo (depende en mayor medida del desarrollo cognitivo), y en el lenguaje expresivo (depende en mayor medida del desarrollo motor) (114). Los signos de alerta se describen en la tabla II-17.

Tabla II-17. Signos de alerta de alteración del lenguaje.

EDAD O PERÍODO	SIGNO DE ALERTA
Recién nacido/a - 3 meses	Llanto y vocalización monótono, poco diferenciado.
4 meses	Boca abierta, ausencia producción sonidos bilabiales.
9 - 11 meses	No aparecen duplicaciones.
12 - 15 meses	No aparecen primeras palabras con intención.

Fuente: Delgado, 2015 (112).

Alteración de la interacción

En esta área, el principal trastorno es de la comunicación, que abarca una amplia gama de presentaciones, pero que siempre se manifiesta, en menor o mayor grado en (114):

- Alteración en la interacción con las demás personas.
- Alteración del lenguaje, especialmente expresivo, con disminución de la intención comunicativa.
- Inflexibilidad y estructuración.
- Con frecuencia, alteraciones en el procesamiento de estímulos sensoriales, ya sea hipo o hiperpercepción.

Los signos de alerta se describen en la tabla II-18.

Tabla II-18. Signos de alerta de trastorno de la interacción.

EDAD O PERÍODO	SIGNOS DE ALERTA
2 - 3 meses	Ausencia sonrisa social.
4 meses	Boca abierta, ausencia producción sonidos bilabiales.
9 - 11 meses	No aparecen duplicaciones.
12 - 15 meses	No aparecen primeras palabras con intención.

Fuente: Delgado, 2015 (112).

Alteración cognitiva

La función cognitiva se manifiesta a través del interés que el niño o niña tiene por explorar el medio, de cómo se expresa, de cómo manipula (114). Si bien en el niño o niña pequeño no se puede determinar el nivel cognitivo con precisión, sí se puede sospechar una alteración frente a algunos signos como los que se muestran en la tabla II-19.

Tabla II-19. Signos de alerta de alteración Cognitiva.

EDAD O PERÍODO	SIGNO DE ALERTA
Recién nacido/a a 6 meses	Llanto y vocalización monótono, poco diferenciado.
> 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> ○ Retraso en la adquisición de hitos del desarrollo, sin otra causa, con baja intencionalidad, es decir alteración ideomotriz. ○ Juego poco variado y monótono. ○ Pasividad y escasa curiosidad.

Fuente: Delgado, 2015 (112).

vi. Evaluación del desarrollo a través de instrumentos

Desde la década de los 70, el Programa Nacional de Salud de la Infancia incorpora en el país la evaluación del Desarrollo Psicomotor (DSM) dentro de las prestaciones de salud infantil, con el fin de pesquisar alteraciones del desarrollo; esta evaluación ha modificado las fechas de aplicación de instrumentos de evaluación, con el transcurso del tiempo, según las edades priorizadas por la evidencia internacional. Para la evaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud infantil, actualmente se utilizan dos instrumentos: la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) que se aplica desde los 0 a 2 años (115) y el Test de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) que se aplica entre los 2 y 5 años (116). Se contempla la evaluación del desarrollo psicomotor a los 8, 18 y 36 meses en el control de salud infantil, por corresponder a edades claves en los logros de algunos hitos del desarrollo y debido a que la detección de alteraciones en estas edades otorga tiempo para realizar intervenciones efectivas.

Uno de los aspectos principales en el control de salud infantil es el acompañamiento del crecimiento y desarrollo por medio de la evaluación y seguimiento de los distintos componentes de la salud pediátrica, donde el desarrollo, su pesquisa, tratamiento y abordaje integral, corresponde a una prioridad sanitaria, puesto que, si no es intervenida a tiempo, incide directamente en el pronóstico funcional del niño o niña (112).



En el contexto del Control de Salud Infantil, se realiza la evaluación clínica del desarrollo, la que tiene un carácter tanto subjetiva (observación y apreciación integral acerca del niño o niña) como objetiva, evaluada a través de la aplicación de pautas de evaluación y/o test de tamizaje o pesquisa.

Las pautas o escalas de evaluación del desarrollo relacionan conductas madurativas con la edad del niño o niña y su objetivo es proporcionar índices válidos, estandarizados y confiables desde los que se puede identificar en forma precoz el déficit o alteraciones en el desarrollo, aspectos que permiten iniciar una intervención temprana y prevenir complicaciones mayores.

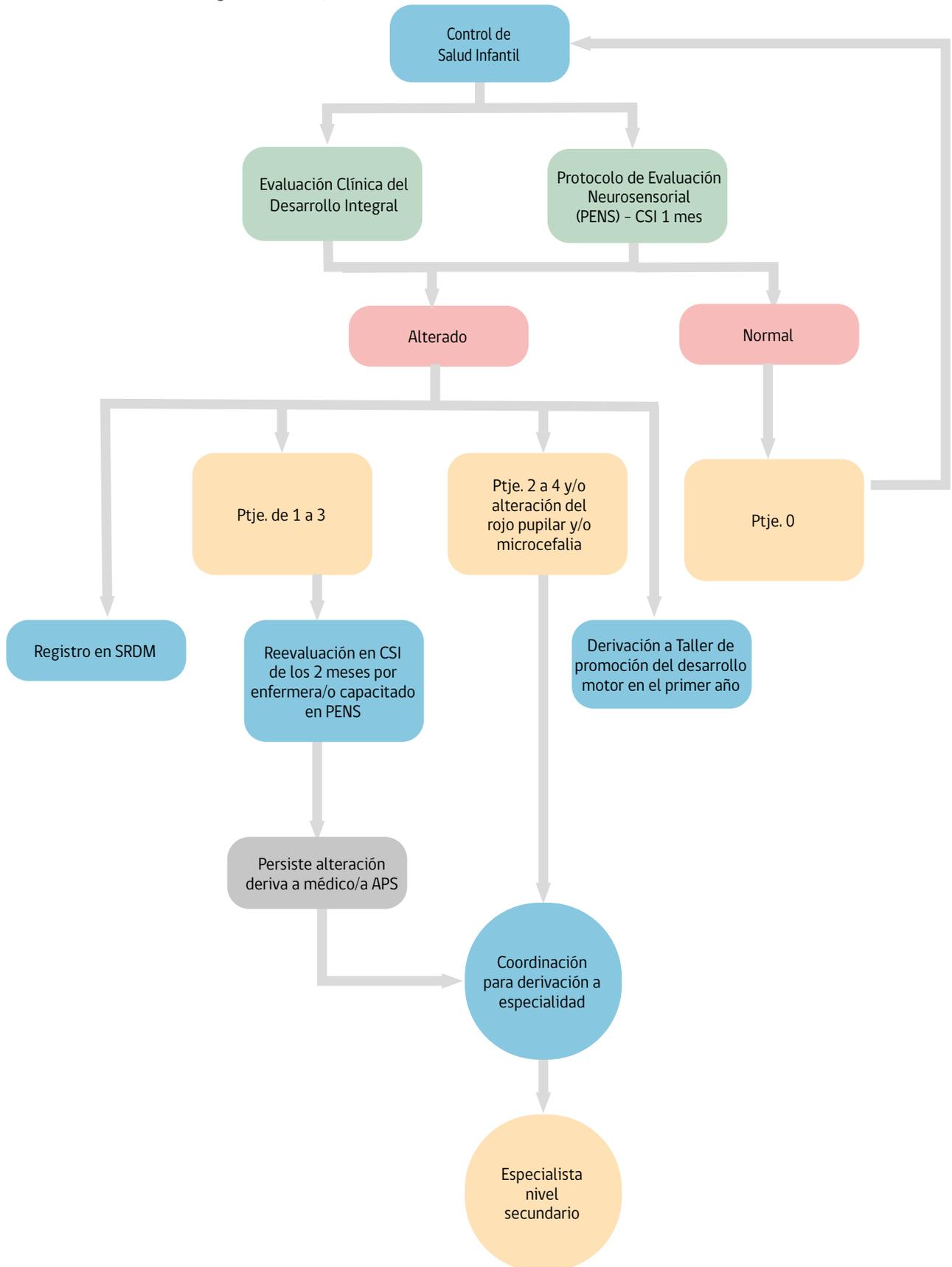
Cabe señalar que aquellos profesionales que aplican evaluaciones estandarizados deben mantener los requisitos y condiciones establecidas por el instrumento, con el fin de no alterar los resultados del test y para cautelar este aspecto es necesario una capacitación o entrenamiento de los evaluadores. A continuación, se describen los instrumentos utilizados actualmente en el Control de Salud Infantil. La presente Norma Técnica no consideró dentro de su alcance la modificación de los instrumentos, no obstante, es probable que en un futuro estos puedan ser actualizados.

Según datos REM-DEIS, durante el año 2019, se realizaron 427.103 evaluaciones del desarrollo psicomotor, de los cuales un 78,4% obtuvo puntaje normal, un 4,8% puntaje normal con rezago y un 5,7% puntaje de riesgo. De aquellos con puntaje de riesgo 7,6% fueron derivados a especialista, tras que de aquellos que dio como resultado retraso, el 25,5% fueron derivados.

Protocolo de evaluación neurosensorial (11)

El objetivo del Protocolo de Evaluación Neurosensorial (PENS), actualizado para esta versión de la NT, es la identificación de alteraciones al examen físico y neurológico en niños y niñas menores de 3 meses, que signifiquen factores de riesgo relevantes para la salud o para el neurodesarrollo del lactante menor, así como la pesquisa precoz de trastornos neurosensoriales (visión y audición). El examen debe efectuarse en condiciones ambientales adecuadas de temperatura y luminosidad, con un niño o niña en buenas condiciones de salud, alerta y sin hambre. Este protocolo se aplica en el control de salud del primer mes (RN de término o un mes de edad corregida), por el médico/médica o profesional de enfermería capacitado (anexo 3). En caso de ser necesario, debe volver a aplicarse en el control de los 2 meses. El flujo de derivación se presenta a continuación (figura II-17).

Figura II-17. Flujo de derivación Protocolo de Evaluación Neurosensorial.



Desarrollo Integral de Niños y Niñas

Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

Pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor (11)

En la Supervisión de Salud Integral siempre se debe evaluar el desarrollo infantil en término de hitos significativos y pesquisa temprana de signos de alarma. Considerando que es difícil programar la aplicación completa de un instrumento de evaluación del desarrollo psicomotor, en todas las edades que se consideran importantes en el desarrollo del niño o niña, se elaboró la pauta breve como una herramienta de detección masiva, con el propósito de prevenir y detectar niños y niñas con mayor probabilidad de presentar problemas en su desarrollo psicomotor o confirmar que lleva la trayectoria esperada.

Los ítems fueron tomados principalmente del EEDP, considerando por edad, aquellos con mayor porcentaje de aprobación (anexo 4). Existen pautas para ser aplicadas a los 4, 12, 15, 21 y 24 meses. Las pautas de los 15 y 21 meses deben ser aplicadas en el caso de que el niño o niña asista a alguna consulta o control adicional o bien, tenga atrasos en el cumplimiento de su calendario de controles.

Se considera niño o niña con "pauta breve alterada", aquel que presenta 1 o más ítems no logrados en relación con su edad cronológica, por lo que debe ser citado a evaluación en un plazo no superior a los 15 días para aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP) completo.

Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP)

El EEDP es un instrumento de medición estandarizado que requiere de un correcto cálculo de la edad del niño o niña (anexo 5). En lactantes de 0 a 24 meses, se contempla un total de 75 ítems, divididos en 5 ítems por cada edad, constituyendo un total de 15 grupos (anexo 6).



Este instrumento presenta 3 posibilidades de diagnóstico: normal, riesgo y retraso, para lo cual se requiere analizar el rendimiento del niño o niña por área del desarrollo (coordinación, social, lenguaje y motor), y detectar los déficits específicos, encubiertos por el desempeño en las otras áreas. Cuando un niño o niña presenta un puntaje global dentro de los rangos de normalidad, pero presenta un desempeño menor al esperado para la edad en una o más áreas, se utiliza el concepto de Rezago (115). En la actualidad, programáticamente el EEDP se aplica en los controles de salud de los 8 y 18 meses de edad, no obstante, puede ser aplicado en otras edades según estime el profesional de salud

Test de evaluación del desarrollo psicomotor (TEPSI)

Es un instrumento de medición estandarizado en preescolares de 2 a 5 años, que contempla un total de 52 ítems, divididos en 3 áreas de desarrollo (anexo 7).



Este instrumento presenta 3 posibilidades de diagnóstico: normal, riesgo y retraso, para lo que se requiere analizar el rendimiento del niño o niña por área del desarrollo (coordinación, lenguaje y motor), y detectar los déficits específicos, encubiertos por el desempeño en las otras áreas. Cuando un niño o niña presenta un puntaje global dentro de los rangos de normalidad, pero presenta un desempeño menor al esperado para la edad en una o más áreas, se utiliza el concepto de Rezago.

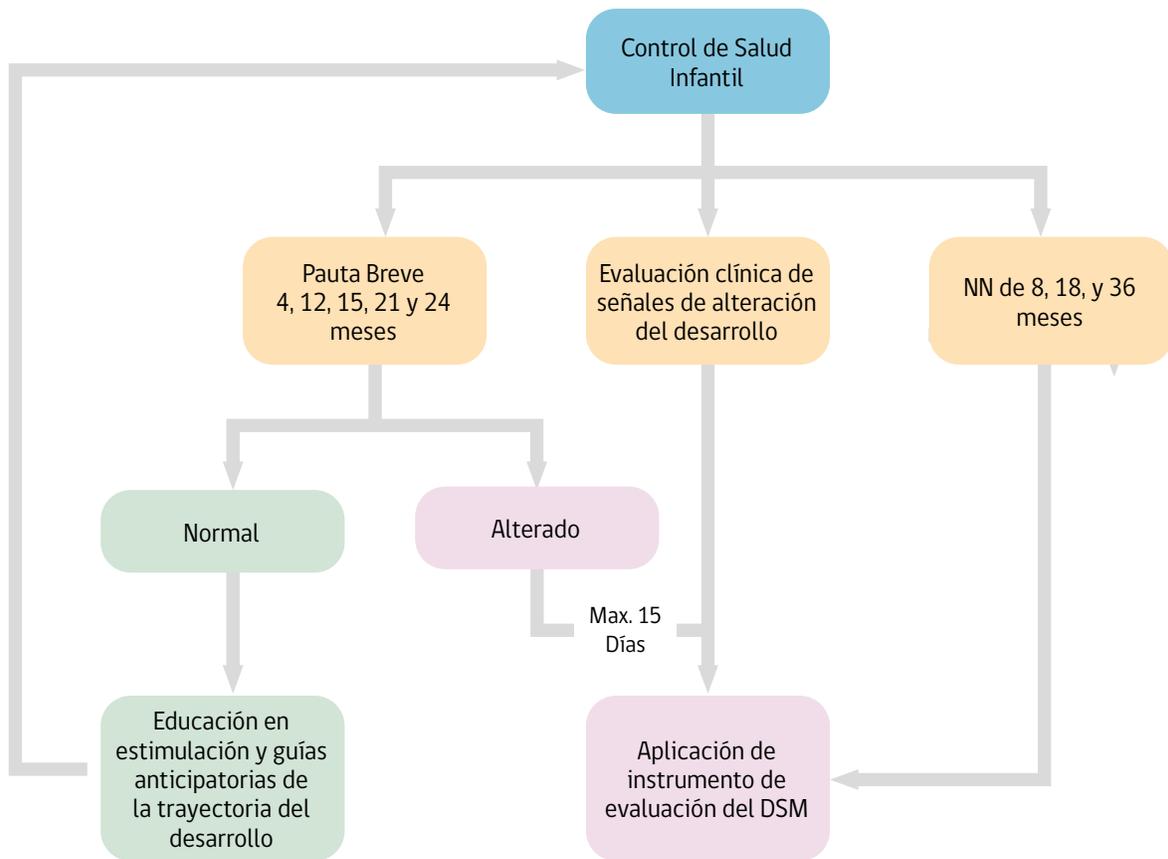
Cabe destacar que este instrumento evalúa de forma independiente cada área del desarrollo, por lo que se establece el diagnóstico en relación al puntaje global y para cada área del desarrollo en forma independiente (116). Actualmente el TEPSI se aplica en el control de salud de los 3 años, sin embargo, puede ser utilizado en otros controles de salud si el profesional lo considera pertinente.

Para la aplicación del EEDP o TEPSI, los profesionales de la salud deben procurar informar previamente a la familia (control anterior), con el fin de que puedan asistir preparados para la evaluación. Es importante asegurarse de que el niño o niña se encuentre en buenas condiciones (por ejemplo: sano, sin sueño, sin hambre) para enfrentar adecuadamente el test.

En aquellos niños y niñas con necesidades especiales en la atención de salud de mayor complejidad, así como en niños y niñas migrantes que no dominen el idioma español, cuya brecha idiomática impida la correcta aplicación de los instrumentos estandarizados (EEDP y TEPSI), no se debe realizar la evaluación a través de éstos. En estas situaciones debe primar la evaluación clínica exhaustiva de las áreas del desarrollo, en cada Control de Salud Infantil, además de considerar las observaciones y reportes que realizan las madres, padres y/o cuidadores respecto a la trayectoria de los niños y niñas. Los profesionales deben acompañar a estas familias, educándolas y potenciando sus habilidades de estimulación y monitoreo del desarrollo. Asimismo, los niños y niñas pueden ser derivados a MADIs (Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil) por riesgo biopsicosocial, para iniciar intervención con enfoque preventivo promocional. En aquellas familias que no dominan el idioma español, se sugiere trabajar coordinadamente con los facilitadores interculturales, cuando se cuente con este recurso en el Centro de Salud.

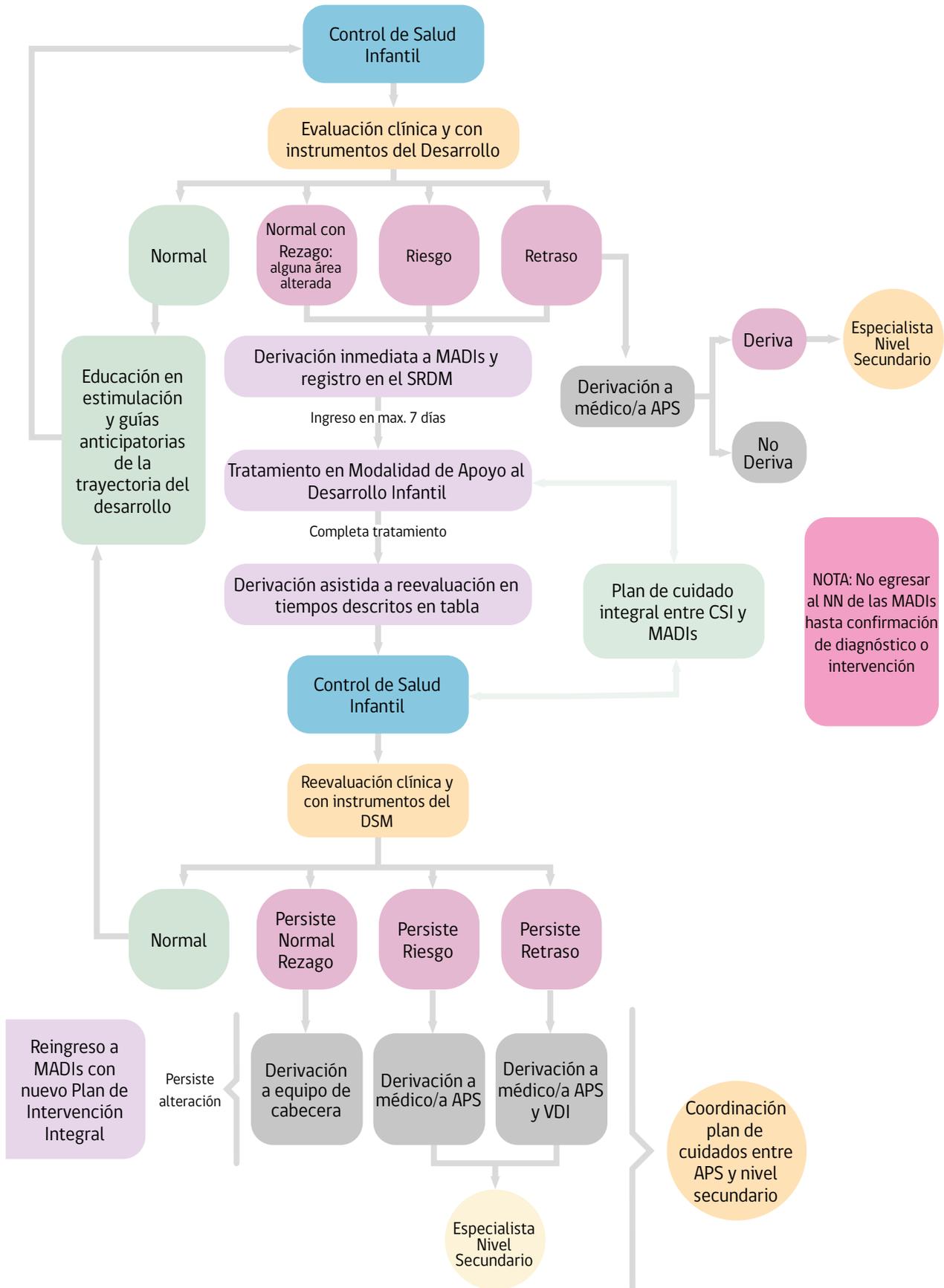
Los flujos de evaluación y reevaluación del desarrollo se encuentran en las figuras II-18 y II-19. Los plazos de reevaluación (tabla II-20) han sido estipulados en consideración a que los niños y niñas, que han ingresado a MADIs, completen su tratamiento antes de ser derivados a reevaluación en el control de salud.

Figura II-18. Flujo 1 aplicación de instrumento de evaluación del desarrollo.



Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia y Chile Crece Contigo, MINSAL, 2021.

Figura II-19. Aplicación de instrumento de evaluación del desarrollo.



Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia y Chile Crece Contigo, MINSAL, 2021.

Tabla II-20. Plazos de reevaluación del DSM de acuerdo con MADIs.

MADIs	Edades	Plazos intervención en MADIs según Diagnóstico del DSM - NORMAL CON REZAGO	Plazos de reevaluación del DSM desde la primera evaluación
Sala de estimulación	0 a 11m	2m	2m
	12 a 23m	2m	2m
	24 a 59m	2m	2m
Servicio Itinerante*	0 a 11m	2m	2m
	12 a 23m	3m	3m
	24 a 59m	3m	3m
Atención domiciliaria	0 a 11m	2m	2m
	12 a 23m	2m	2m
	24 a 59m	2m	2m
MADIs	Edades	Plazos intervención en MADIs según Diagnóstico del DSM - RIESGO	Plazos de reevaluación del DSM desde la primera evaluación
Sala de estimulación	0 a 11m	2m	2m
	12 a 23m	3m	3m
	24 a 59m	4m	4m
Servicio Itinerante*	0 a 11m	3m	3m
	12 a 23m	4m	4m
	24 a 59m	5m	4m
Atención domiciliaria	0 a 11m	2m	2m
	12 a 23m	3m	3m
	24 a 59m	4m	4m
MADIs	Edades	Plazos intervención en MADIs según Diagnóstico del DSM - RETRASO	Plazos de reevaluación del DSM desde la primera evaluación
Sala de estimulación	0 a 11m	2m	2m
	12 a 23m	4m	4m
	24 a 59m	6m	6m
Servicio Itinerante*	0 a 11m	4m	3m
	12 a 23m	5m	4m
	24 a 59m	6m	6m
Atención domiciliaria	0 a 11m	2m	2m
	12 a 23m	4m	4m
	24 a 59m	6m	6m

Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia y Chile Crece Contigo, MINSAL, 2021.

* Aquellos niños y niñas que estén solo en modalidad de servicio itinerante deberán seguir los plazos de reevaluación señalados en las tablas, mientras que, aquellos que están en una modalidad mixta (servicio itinerante + sala de estimulación), deberán seguir los plazos de reevaluación estipulados para sala.

vii. Plan de cuidados integrales

La evaluación del desarrollo, realizada por el profesional de enfermería en el contexto del Control de la Salud Infantil por medio de: la evaluación clínica continua, la aplicación de instrumentos estandarizados y el abordaje de la salud integral, pretenden asegurar la calidad de la evaluación, obtener un correcto diagnóstico, realizar las intervenciones adecuadas, y gestionar las respectivas derivaciones y seguimiento.

Los niños y niñas con alteraciones del desarrollo acceden a la oferta de prestaciones diferenciada según su diagnóstico específico, entre las que se encuentran las siguientes estrategias:

- Fomento de la estimulación y acompañamiento de la trayectoria, por medio de las intervenciones que se realizan en el control de salud infantil.
- Acompañamiento del equipo de cabecera, donde a partir del plan que realicen, se fortalecerán intervenciones no solo para el niño/a sino también para su familia.
- Ingreso a Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI), en las que, según el territorio, se podrá acceder a sala de estimulación en centro de salud, sala de estimulación en sede en la comunidad, atención domiciliaria de estimulación o servicio itinerante de estimulación.
- Derivación a talleres de promoción del desarrollo, estimulación y autocuidado.
- Ingreso a sala cuna o jardín infantil, o escuelas de lenguaje.
- Visitas domiciliarias integrales a niños y niñas con déficit en el DSM y/o riesgos biopsicosociales.

El plan de cuidados integrales consiste en que los diferentes profesionales que participan de la atención del niño o niña con alteraciones del desarrollo y/o con riesgos biopsicosociales detectados puedan establecer un plan de intervención y trabajo en conjunto con la familia, considerando las particularidades de cada niño y niña, con el fin de habilitar y empoderar a los adultos responsables sobre estrategias de crianza y técnicas de estimulación temprana concordantes con los riesgos evaluados, además de realizar la supervisión de la gestión de casos con vulnerabilidad psicosocial, derivación a distintos niveles de complejidad, supervisión de los tratamientos en curso y detección precoz de posibles complicaciones.

Es preciso señalar que el plan de cuidado integral debe ser elaborado en conjunto por los profesionales a cargo de las diferentes prestaciones y/o estrategias, quienes deben comunicarse y coordinarse con el fin de establecer objetivos en conjunto, que faciliten un adecuado acompañamiento y seguimiento a la trayectoria del desarrollo. Todos los aspectos del proceso (valoración, evaluación, diagnóstico, intervención y reevaluación) son relevantes para la recuperación de los niños y niñas con alteraciones del desarrollo. Asimismo, la participación del intersector a través de la red de Chile Crece Contigo, provee de una serie de acciones orientadas a disminuir la vulnerabilidad biopsicosocial del niño o niña y su familia, con el fin de otorgarles mejores condiciones comunitarias, sociales, educativas, entre otras, que les permitan alcanzar su máximo potencial de desarrollo.

Figura II-20. Antecedentes para considerar en el acompañamiento a la trayectoria del desarrollo.



Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL, 2021.

Según datos REM-DEIS, durante el año 2019, un total de 75.947 niños y niñas fueron derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación, siendo casi un 32% derivado por otra vulnerabilidad diferente al resultado de la prueba de evaluación del desarrollo psicomotor.

El abordaje terapéutico debe enfocarse, al igual que la evaluación y determinación de riesgo específico, separado por niveles de complejidad de atención y por cuadros de alteración. El objetivo en todas ellas será evitar o disminuir el desarrollo patológico y por ende la discapacidad futura.

Desde un punto de vista general, se puede plantear que a cada nivel le correspondería lo siguiente.

- **Nivel primario:** será el responsable del fomento y promoción, tamizaje, supervisión y estimulación temprana, coordinando las acciones en forma bidireccional por un lado con los niños o niñas afectados y sus familias, así como con los demás niveles de atención. En el nivel primario de atención debe realizarse la evaluación del desarrollo psicomotor en el contexto del Control de Salud Infantil y desde ahí se realizarán las primeras acciones y la derivación a médico/a para continuar con el diagnóstico e iniciar acciones de tratamiento. De manera paralela se gestionará ingreso a MADI cuyo foco es la intervención centrada en la promoción y en la prevención del desarrollo integral.

En aquellos lugares donde se cuente con equipos de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) para atención pediátrica, debieran coordinarse también en este nivel.

- **Nivel secundario:** en este nivel se realiza la confirmación diagnóstica, posterior a la derivación desde la Supervisión de Salud Infantil y se establece el tratamiento específico para cada condición, por ejemplo, inicio y control de terapias de neuro-rehabilitación, manejo fonoaudiológico, etc.
- **Nivel terciario:** a este nivel le corresponde el manejo especializado, por ejemplo, la cirugía de cataratas, manejo audiológico, la indicación e implementación de ayudas técnicas y otras.

MATERIAL COMPLEMENTARIO	
Programa Nacional de Salud de la infancia con Enfoque Integral, MINSAL, 2013.	https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Programa-Nacional-de-Salud-de-la-infancia-con-enfoque-integral.pdf
Norma Técnica de Estimulación y Evaluación del Desarrollo psicomotor del niño y la niña menor de 6 años, MINSAL, 2004.	https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2004_Normas-tecnicas_estimulacion_y_evaluacion_desarrollo.pdf
Orientaciones Técnicas para las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil: Guía para los Equipos Locales, Chile Crece Contigo, 2012.	http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Orientaciones-tecnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf
Manual de talleres de promoción del desarrollo motor y lenguaje, Chile Crece Contigo, 2016.	http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/04/Manual-Taller-promocion-desarrollo-lenguaje-y-motor.pdf



2.2.2. SALUD MENTAL INFANTIL

La salud mental en la infancia es el resultado de múltiples factores que interactúan entre sí, impactando en el bienestar y el desarrollo. Estos factores van desde características individuales, de la familia, su entorno, e inclusive del modelo social, político y económico existente. De esta forma, factores genéticos, habilidades y destrezas, relaciones con figuras significativas, dinámicas familiares, experiencias tempranas, condiciones socioeconómicas, acceso a servicios de salud, educación y actividades recreativas, son ejemplos de elementos y experiencias que se conjugan de manera dinámica.

Desde el punto de vista del neurodesarrollo, las interacciones entre los genes y el ambiente dan forma al cerebro en desarrollo, y aunque los genes proporcionan el modelo para la formación de circuitos cerebrales, éstos se ven reforzados por el uso repetido, siendo la infancia temprana el período más activo para establecer conexiones neuronales. Dentro del ambiente, son las experiencias relacionales tempranas con los adultos significativos, como los padres y otros cuidadores en la familia o la comunidad, el tipo de estímulo que más impacta en el desarrollo de los niños y niñas (112). Frente a la ausencia de un cuidado receptivo y cariñoso, o si las respuestas no son confiables o apropiadas, la arquitectura cerebral no se forma adecuadamente, lo que puede conducir a disparidades en la capacidad de aprendizaje y el comportamiento (117), y por ende en la salud mental de niños y niñas, causando efectos negativos en su bienestar que pueden perdurar hasta la edad adulta. Por el contrario, las experiencias positivas facilitan la cantidad y calidad del desarrollo neuronal.

Así, las experiencias que los niños y niñas tienen al principio de la vida, juegan un rol crucial en su salud general y salud mental en particular, por lo que es primordial que éstos tengan experiencias tempranas apropiadas que les ayuden a convertirse en miembros saludables y productivos de la sociedad (118).

i. Prevención en salud mental infantil

Un desafío fundamental en salud pública, continúa siendo el 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 comprensión de la salud mental no sólo como la ausencia de problemas o trastorno mental, sino como un estado de bienestar integral, constituido por la intrínseca interdependencia de factores emocionales, cognitivos, conductuales y sociales, entre otros, que deben considerarse a la par con los aspectos de la salud física en la supervisión de salud infantil (119).

En Chile se cuenta con diversas estrategias de protección y resguardo de factores protectores de la salud mental infantil a través del fortalecimiento del vínculo parento-filial, como son los talleres prenatales, el fortalecimiento del contacto piel a piel, la corresponsabilidad del cuidado por medio de una paternidad/maternidad activa, promoción del desarrollo integral y estimulación temprana, el fomento de competencias parentales/marentales y apoyo biopsicosocial, por medio de evaluaciones familiares que permitan identificar la presencia de factores de riesgo que puedan implicar desmedro de la salud infantil.

De esta forma, en Chile hoy la salud mental infantil es una materia de creciente importancia, debido a su alto impacto personal, familiar y social. El control de salud infantil es una oportunidad de encuentro del equipo de salud con el niño o niña y su familia, que favorece una detección de factores de riesgo y/o de sospecha diagnóstica, y la derivación oportuna ante problemas de salud mental infantil frecuentes en nuestra población.

ii. Factores de riesgo y protectores de la salud mental infantil

Como se ha señalado anteriormente, diferentes factores confluyen e interactúan en el desarrollo de la salud mental de niños y niñas, por lo que resulta crucial reducir la influencia de los factores de riesgo y aumentar la disponibilidad y/o la influencia de los factores protectores conocidos, disminuyendo así la probabilidad de que los niños y niñas desarrollen un problema o trastorno de salud mental, lo que constituye un desafío para el equipo de salud.

Los eventos traumáticos (ACEs) y las condiciones asociadas, como vivir en barrios desprovistos o segregados, mudarse con frecuencia, experimentar inseguridad alimentaria y otra inestabilidad pueden causar estrés tóxico, es decir, activan de manera prolongada el sistema de respuesta al estrés.

Un amplio y creciente cuerpo de investigación indica que el estrés tóxico durante la infancia puede dañar los niveles más básicos del sistema nervioso, endocrino e inmune, y que tales exposiciones pueden incluso alterar la estructura física de ADN (efectos epigenéticos). Los cambios en el cerebro debido al estrés tóxico, pueden afectar funciones como la atención, el control de impulsos, el comportamiento, la toma de decisiones, el aprendizaje, las emociones y la respuesta al estrés (20).

La ausencia de factores protectores para prevenir o reducir estrés tóxico, provoca que los niños y niñas crezcan en condiciones inapropiadas, tengan menos posibilidades de aprender y completar la escolarización; adquieran un mayor riesgo de involucrarse en delitos y violencia; lleguen a usar alcohol o drogas; adopten otros comportamientos de riesgo para la salud (por ejemplo, inicio temprano de la actividad sexual; relaciones sexuales sin protección e intentos de suicidio); estén más susceptibles a enfermedades y adquieran problemas de salud mental a lo largo de su vida (120).

Tabla II-21. Factores protectores y de riesgo para la salud mental que pueden ser modificados por intervenciones preventivas.

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo compromiso con la escuela - Preocupaciones respecto a la imagen corporal - Conducta agresiva - Violencia física - Bajo desempeño académico - Consumo de sustancias - Actitudes hacia el consumo de drogas - Actitudes hacia la conducta antisocial - Interacción con pares antisociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de afrontamiento - Habilidades de resolución de problemas - Riesgo percibido del consumo de drogas - Habilidades de interacción social - Habilidades de rechazo a las drogas - Involucramiento prosocial - Interacción con pares prosociales - Autoeficacia académica
Familiares o sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia familiar - Problemas de salud mental de los padres - Bajo manejo familiar (dificultad para resolver conflictos, límites poco claros, etc.) - Parentalidad/marentalidad negligente - Ausencia de cuidados prenatales - Adultos del hogar involucrados en conductas antisociales - Bajo nivel socioeconómico - Consumo de sustancias durante el embarazo - Desempleo parental/marental - Embarazo no deseado - Estrés parental/marental 	<ul style="list-style-type: none"> - Estándares claros de conducta - Disciplina no violenta - Buen vínculo con los padres - Apoyo social parental/marental

Fuente: O'Loughlin et al, 2018 (121).

iii. Señales de alerta de problemas o trastornos de salud mental en la infancia

Conocer el desarrollo infantil esperado en cada área y etapa de desarrollo, permitirá a los equipos de profesionales y técnicos que trabajan con este grupo etario, tener una mirada integral del niño y la niña en todos los niveles y espacios de su vida desde una mirada positiva, propositiva e integral. Sin embargo, es de especial importancia que los equipos cuenten con herramientas que permitan levantar alertas tempranas, realizar acompañamiento del niño, niña y su familia o derivar oportunamente cuando existen posibles problemas o trastornos de salud mental en la infancia.

A continuación, se presentan algunas señales de alerta de problemas o trastornos de salud mental.

Tabla II-22. Señales de alerta de posible presencia de problemas o trastornos de salud mental.

Señales emocionales y de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Rabieta repetidas o constante comportamiento desafiante o agresivo. - Parece triste, infeliz o llora mucho. - Tiene miedo o se preocupa mucho. - Se enfada mucho por estar separado de los cuidadores o evita situaciones sociales. - Comienza a presentar conductas regresivas, como chuparse el dedo u orinar la cama. - Tiene problemas para prestar atención, no puede quedarse quieto o está inquieto.
Señales físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas para dormir y/o comer. - Dolor físico que no tiene una causa médica clara, por ejemplo, dolores de cabeza, dolor de estómago, náuseas u otros malestares físicos.
Señales escolares y sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Baja su rendimiento escolar. - Tiene problemas para adaptarse a la escuela o llevarse bien con otros niños y niñas. - No quiere ir a eventos sociales como fiestas de cumpleaños.

Fuente: Raising Children Network (Australia) (122).

Más adelante se detallan algunos trastornos de salud mental frecuentes en niños y niñas.

iv. Trastornos de salud mental comunes en la infancia

El comienzo precoz del trastorno mental puede afectar de manera significativa, por lo que se deben proveer intervenciones efectivas lo más tempranamente posible (123). Una combinación adecuada de programas de promoción, prevención y tratamiento oportuno en el campo de la salud mental, puede evitar años vividos con discapacidad, e incluso la muerte prematura (123).

De forma general, los trastornos se pueden clasificar en externalizantes (trastorno de déficit atencional con/ sin hiperactividad, entre otros) e internalizantes (incorpora síntomas depresivos/ansiosos que pudiesen además favorecer el suicidio).

A continuación, se describen trastornos frecuentes en la infancia y las principales señales de alerta de manera de facilitar la detección oportuna.

Trastorno Hiperkinético 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 (124).

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 casos, con el paso de los años se produce una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención. Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja autoestima. 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 o la niña puede ser observado, como pudiera ser el control de salud integral. Por lo tanto, la evidencia del cuadro requiere ser suministrada por varias fuentes.

Tabla II-23. Señales de alerta trastorno déficit atencional/hiperactividad.

<ul style="list-style-type: none"> • Falta de atención. • Suspensión de las tareas antes de tiempo. • Dejar las tareas sin terminar. • Cambios frecuentes de una actividad a otra. • Hiperactividad. • Inquietud o intranquilidad excesiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad motora excesiva (desproporcionada para el contexto o la situación). • Dificultad para permanecer sentado. • Hablar excesivamente o hacer demasiado ruido.
---	---

Fuente: adaptado de OPS, 2013 (125).

Trastorno oposicionista desafiante

El Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) se presenta generalmente a partir de la etapa preescolar, marcado por un comportamiento frecuente y persistente de desenfado, irritabilidad y discusiones con actitudes desafiantes, agresivas o vengativas en relación con la figura de autoridad. Puede presentarse en varios contextos y se caracteriza por frecuentes discusiones con la autoridad o con los adultos, desafiar activamente o rechazar sus peticiones y normas, molestar deliberadamente, culpar a los demás por sus errores o mal comportamiento, entre otras (126).

La diferencia clave con el Trastorno de Conducta (TC) o disocial, 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.

Tabla II-24. Conductas de alerta para TOD y TC.

Conducta agresiva o desafiante, disocial en forma reiterada y persistente:	
TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE	TRASTORNO DE CONDUCTA O DISOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Discutir con adultos. • Desafiar o negarse a cumplir con peticiones o reglas. • Extrema irritabilidad / ira. • Pataletas frecuentes y severas. • Dificultad para llevarse bien con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento provocador. • Niveles excesivos de lucha o intimidación. • Crueldad hacia animales o personas. • Destructividad severa de la propiedad, incendio. • Robar, mentir reiteradamente, ausentismo escolar, fugas del hogar.

Fuente: adaptado de OPS, 2013 (126).

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, si 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.

Las manifestaciones del trastorno varían según la edad. Entre sus signos de alerta se encuentran (127):

- Los niños y niñas más pequeños exteriorizan el temor a la separación a través de sus conductas (aferramiento, pataletas intensas, llanto, ruegos), mientras los mayores mediante la verbalización de la ansiedad o el temor a peligros potenciales (secuestro, robos, asaltos o preocupaciones).
- Las quejas somáticas como dolor abdominal, cefalea, mareos, náuseas e incluso vómitos, dolores musculares, pueden presentarse antes y durante la separación de la figura vincular.
- Los síntomas cardiovasculares como precordialgia o palpitaciones son más comunes de ser observados en los niños mayores.

Trastorno depresivo

La depresión infantil es una entidad que rara vez se presenta de forma clásica como en el adulto, expresándose de manera más heterogénea, dificultando así su diagnóstico y tratamiento. Esta complejidad se aprecia en sus múltiples manifestaciones sintomatológicas y multicausalidad, a lo que se suman las características propias de los niños y niñas, entre las que se encuentran; estar en proceso de desarrollo, presentando a menudo dificultades para identificar y verbalizar emociones; presentar diferentes expresiones sintomatológicas según las distintas edades; tener características propias e individuales del niño o niña; y finalmente la posible comorbilidad de la depresión con otras problemáticas (128).

Es necesario destacar que su etiología estaría vinculada a factores biológicos y ambientales en diversos grados. En relación con los factores ambientales, el contexto familiar y escolar son clave, por lo que el trabajo intersectorial con los establecimientos educacionales es fundamental. Por otra parte, el tratamiento debe considerar intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Un adecuado diagnóstico y tratamiento del trastorno en el infante, irá en beneficio de la prevención de manifestaciones depresivas en la vida adulta (128).

Tabla II-25. Signos de alerta trastorno depresivo.

NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 7 AÑOS
<p>Signos de irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, ansiedad y quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora, abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.</p> <p>En niños/as pequeños, el trastorno depresivo se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia) y los trastornos de eliminación (enuresis y encopresis secundaria).</p>
NIÑOS Y NIÑAS DE 7 AÑOS A 10 AÑOS
<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas:</p> <p>Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.</p> <p>Esfera cognitiva y actividad escolar: disminuido autoconcepto, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y aislamiento.</p> <p>Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.</p>
CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y NIÑAS
<p>Los intentos de suicidio en la niñez son excepcionales.</p> <p>Pueden resultar por la imitación de conductas suicidas efectuadas por mayores.</p> <p>Son el resultado de actos impulsivos en que no se evalúa el peligro y que puede resultar difícil o imposible de diferenciar de accidentes.</p> <p>Pueden estar asociados a vivencias depresivas o situaciones de abuso sexual.</p> <p>Algunos factores de riesgo que deben ser considerados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte o enfermedad terminal de un familiar o de un amigo. • Quiebras en relaciones interpersonales significativas (divorcios, pérdida del año escolar o deterioro del rendimiento escolar). • Maltrato o abuso sexual (familiar, escolar, pares). • Pérdida de la condición de salud física (dolor intratable, diagnósticos crónicos). • Aislamiento social. • Presencia de conductas suicidas (verbalización que hagan alusión al tema, ideaciones, intentos previos, planificación, conductas de autoagresión, desprendimiento de posesiones favoritas).

Fuente: adaptado de Ministerio de Sanidad de España, 2018 (129).

Recomendaciones generales para el abordaje de la salud mental en la infancia

En general, se recomienda siempre construir sobre lo positivo, dar refuerzo cuando muestra flexibilidad o cooperación.

En relación con el niño o niña, existen recomendaciones particulares dependiendo de si el trastorno es externalizante o internalizante.

En conductas **externalizantes**:

- Comprender y aceptar que las acciones no son necesariamente voluntarias.
- Tomar consciencia respecto a lo que debe o no permitirse al niño o niña, como por ejemplo ser consistente en lo referido a hábitos saludables.
- Establecer límites razonables y apropiados a la edad, con consecuencias que pueden ser aplicadas consistentemente.
- Elogiar o premiar al niño o niña después de observar que ha mostrado conductas positivas y reaccionar solamente a las conductas disruptivas o riesgosas más importantes. Indicar los efectos negativos del castigo físico o emocional.
- Evitar confrontaciones graves o situaciones predecibles difíciles, postergando las discusiones con el niño o niña hasta que estén calmados.
- Dar al niño o niña instrucciones claras, sencillas y cortas que pongan énfasis en lo que debe hacer en lugar de en lo que no debe hacer.

En conductas **internalizantes**:

- Comunicar afecto y consolar cuando sea necesario.
- Ayudarlos a pensar en sus propias emociones y el posible origen de ellas.

En ambas hay que enfocarse en conductas que el niño o niña considere como posibles de hacer, y así perciba y constata que es posible cambiar.

Con relación al cuidador, se recomienda lo siguiente:

- Mantener otros intereses aparte del cuidado del niño/a, de manera de evitar que tome todo el tiempo y energía.
- Tratar de obtener el apoyo de los otros adultos (profesores, entrenadores y cónyuge).
- Manejar el su propio estrés con opciones de vida saludables como el ejercicio y la relajación.

Con relación al profesional, se recomienda:

- Realizar seguimiento de cada caso y, en caso de haber sido derivado, que la derivación haya llegado a curso.
- Si existe sospecha de cualquiera de los trastornos descritos, debe ser derivado a médico del centro de atención primaria, idealmente con capacitación en salud mental infantil, para evaluación y eventual derivación.
- Es importante el apoyo del equipo psicosocial. En caso de sospecha de déficit atencional, se recomienda la aplicación del test de Conners abreviado para padres y profesores, como herramienta de tamizaje.
- Se sugiere solicitar un informe escolar para complementar la información al momento de la siguiente atención.

v. Derivación de niños y niñas

En los establecimientos de la red primaria además de las acciones promocionales y preventivas, se entrega tratamiento en salud mental a lo largo de todo el ciclo vital.

De esta manera, en el caso que en el control de salud infantil u otras instancias de atención en salud se detecten, o los padres refieran, algunas señales de alerta en salud mental, con una duración de más de un par de semanas, se debe realizar la derivación al médico/a del sector para una evaluación de salud mental y eventual ingreso a tratamiento.

vi. Depresión Perinatal

La depresión perinatal (DP) es un cuadro de alteración del ánimo que ocurre durante el periodo comprendido entre el inicio del embarazo y el postparto, entendiendo este último como el primer año desde el parto (130,131).

La depresión mayor es una enfermedad del ánimo frecuente, tratable y que constituye una causa importante de discapacidad en el mundo (132,133). Para el caso de la DP, este cuadro puede tener consecuencias duraderas, e incluso permanentes, para la salud física y mental de la diada madre-hijo/hija. Tales consecuencias pueden llevar a disfunción familiar, mayor riesgo de abuso y negligencia infantil, retraso en el desarrollo infantil, complicaciones obstétricas perinatales, dificultades con la lactancia materna y aumentos en el uso de las atenciones o prestaciones de salud. La DP puede alterar la interacción y apego entre la madre y su hijo/hija, lo que puede provocar trastornos a largo plazo en el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social del niño o niña, entre otros aspectos (134). La depresión durante el embarazo se ha asociado a complicaciones en la salud materna, peores resultado obstétricos, neonatales y en el neurodesarrollo del recién nacido a corto y largo plazo (135).

Estudios chilenos muestran que alrededor del 30% de las embarazadas presentan síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad, y una prevalencia para depresión en este período cercana al 10% (136). En relación con la depresión postparto (DPP), algunos estudios nacionales han reportado para DPP una incidencia de 8,8%, y una prevalencia de 20,5%, en tanto, otros artículos muestran cifras de 9,2% y 10,2%, respectivamente. También se ha descrito una relación inversa entre la prevalencia y el nivel socioeconómico, evidenciando que las mujeres con menores ingresos presentan aproximadamente el triple del riesgo (OR 2,7; IC 95%; [1,4-5,2]; p = 0,00) (137).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, es importante pesquisar la DP de manera oportuna, pues es un cuadro que con tratamiento adecuado evoluciona favorablemente, evitando así, graves consecuencias en la diada madre-hijo/hija y el consecuente impacto a nivel social y familiar (138). Se reconoce que la depresión en el posparto (DPP) puede afectar, además, la relación de pareja y ser un factor de riesgo para depresión paterna (139).

Cuadro Clínico y Factores de riesgo

Los factores de riesgo que pueden estar asociados con el desarrollo de DP incluyen antecedentes personales o familiares de depresión, antecedentes de abuso físico o sexual, embarazo no deseado, eventos de vida estresantes actuales, diabetes pregestacional o gestacional y complicaciones durante el embarazo y/o parto (137, 140).

También se ha demostrado asociación con factores sociales como el nivel socioeconómico bajo, la falta de apoyo social y/o económico y el embarazo adolescente, entre otros (140).

Tabla II-26. Factores que han mostrado una mayor asociación con la depresión postparto (DPP).

PREDICTORES MÁS FUERTES	FACTORES DE RIESGO CON EFECTO MODERADO	PREDICTORES CON UNA MENOR ASOCIACIÓN
Antecedente personal de depresión	Estrés cotidiano	Ausencia de apoyo de la pareja
Sintomatología depresiva o ansiosa durante el embarazo	Problemas de pareja	Dificultades socioeconómicas
Pobre apoyo social y familiar	Estrés en el cuidado del niño o niña	Complicaciones obstétricas
Eventos vitales estresantes	Temperamento o comportamiento del lactante	Embarazo no deseado
	Baja autoestima	
	Disforia postparto	

Fuente: elaboración propia en base a Mendoza & Saldivia, 2015 (137).

La DP incluye aquel cuadro que comienza durante el embarazo (depresión prenatal) y la depresión que comienza después del nacimiento del/la hijo/hija (depresión posparto). Las mujeres con DP pueden experimentar sentimientos de tristeza intensa, ansiedad y fatiga que les dificulta realizar las tareas diarias, incluido el cuidado de sí mismas o de los demás (141).

Si bien la sintomatología de la DP presenta características similares a otros episodios depresivos que pueden ocurrir en otro momento del ciclo vital, algunos estudios han evidenciado diferencias en la presencia e intensidad de determinados síntomas (135).

Algunos de los síntomas más comunes de la depresión perinatal incluyen (126,141):

- Persistente estado de ánimo triste.
- Irritabilidad.
- Sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza.
- Pérdida de interés o placer en actividades cotidianas.
- Fatiga o sensación de disminución de energía.
- Sentirse inquieta o tener problemas para quedarse quieta.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Dificultad para dormir, despertarse temprano en la mañana o quedarse dormida.
- Apetito anormal, cambios de peso o ambos.
- Dolores o molestias somáticas.
- Dificultad para establecer vínculos afectivos o formar un vínculo emocional con el recién nacido.
- Dudas persistentes sobre la capacidad de cuidar al recién nacido.

El embarazo puede ser un periodo de riesgo en aquellas mujeres con antecedentes personales de trastornos del ánimo, destacando un mayor riesgo de presentar depresión durante el embarazo en aquellas mujeres que han estado deprimidas 6 meses antes de la gestación o como parte de una recaída durante el embarazo, en especial si han interrumpido el tratamiento antidepresivo antes de la concepción o al enterarse del embarazo (135).

La depresión posparto, puede presentarse de forma similar a un episodio depresivo ocurrido en otro momento del ciclo vital, aunque el posparto y la relación con el recién nacido pueden influenciar el contenido de las cogniciones, destacando la posibilidad de agitación psicomotora, mayor indecisión, falta de concentración, etc. En ocasiones, puede presentarse menor ideación suicida pero con pensamientos obsesivos de dañar al/la hijo/hija (135).

Tamizaje en Depresión Perinatal

En nuestro país se encuentra validada la Escala de Depresión Edimburgo (EDPE) como instrumento de tamizaje de la depresión en el embarazo y postparto (anexo 8). La aplicación de instrumentos de tamizaje como la EDPE, es una estrategia útil y sencilla para precisar la sospecha de una DP. El uso en Chile de esta escala en particular está bien justificado, ya que ha sido validada adecuadamente y la evidencia ha arrojado aumento en las tasas de detección de síntomas de DP en comparación con el reporte espontáneo. Además de la detección precoz, es fundamental que las derivaciones para confirmar el diagnóstico sean oportunas y efectivas.

Tabla II-27. Puntos de corte de escala de Edimburgo.

NOMBRE INSTRUMENTO	PERIODO APLICACIÓN	RANGO DE EDAD	PUNTAJE DE CORTE*	MOMENTO APLICACIÓN
Escala de Edimburgo	Embarazo	18 años y más	13	Segundo control prenatal
	Postparto	No descrito	10	Control de salud infantil de los 2 y 6 meses de edad cronológica (o cuando el profesional considere adecuado aplicarlo).

*Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. En el postparto una puntuación de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número distinto de 0 para la pregunta número 10, significa que es necesario derivar de forma inmediata.

Fuente: MINSAL, 2014 (142).

Respecto del abordaje de la DPP, se debe mantener el foco preventivo y promocional en la Supervisión de Salud Infantil. Por otra parte, la literatura destaca las intervenciones psicoterapéuticas como primera línea de tratamiento, en especial, si se trata de cuadros con sintomatología leve. El uso de fármacos en este periodo como herramienta terapéutica debe evaluarse en cada caso, considerando los riesgos y ventajas. En general, se utilizan inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Es recomendable la implementación de intervenciones preventivas de corte psicosocial en mujeres de alto riesgo, no solo por la mejoría de los síntomas depresivos o de la incidencia de DP, sino porque optimizan la salud mental de la mujer durante su embarazo y postparto. También, beneficiará al recién nacido en términos de una mejor interacción de la diada, del desarrollo de vínculos de apego seguro, y bienestar global, entre otros aspectos.

Un mayor énfasis en el fomento de la salud mental perinatal y en los factores de riesgo que pueden comprometerla, es una de las estrategias más costo-efectivas para la prevención y/o detección oportuna si se implementa de forma sistemática durante el seguimiento que se realiza desde la gestación al postparto.

MATERIAL COMPLEMENTARIO	
"Orientaciones Técnicas para las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil: Guía para los Equipos Locales". Chile Crece Contigo, 2012.	http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Orientaciones-tecnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf
"Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años". MINSAL, 2017.	http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/11/OT-PASMI-VERSION-FINAL-5enero.pdf
"Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto, apoyo y tratamiento". MINSAL, 2014.	https://diprece.minsal.cl/protocolo-de-deteccion-de-la-depresion-durante-el-embarazo-y-posparto-y-apoyo-al-tratamiento-2/#gsc.tab=0



Fuente: Manual Operativo de Lactancia Materna, MINSAL, 2018

2.2.3. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La alimentación y nutrición saludables son la base para el desarrollo y crecimiento fisiológico durante la infancia. La alimentación en los primeros años de vida es uno de los grandes desafíos que padres y cuidadores deben enfrentar desde el nacimiento de los niños y niñas. La adherencia a la lactancia materna exclusiva, la instalación de la alimentación sólida y la incorporación a la alimentación familiar, son los principales hitos que marcan los primeros años de vida. A medida que el niño o niña crece, debe ir incorporando hábitos de vida saludable modelados y estimulados por la familia y el medio ambiente que los rodea.

Por el contrario, muchos de los problemas derivados de la malnutrición, en especial la malnutrición por exceso, se generan por las desfavorables condiciones socioeconómicas de la población y el acceso limitado a alimentos nutritivos (143). En este contexto, el acompañamiento activo a los niños y niñas y sus familias otorgado por los profesionales de la salud a través del control de salud integral en este grupo de la población, debe contribuir a la promoción y mantención de hábitos alimentarios

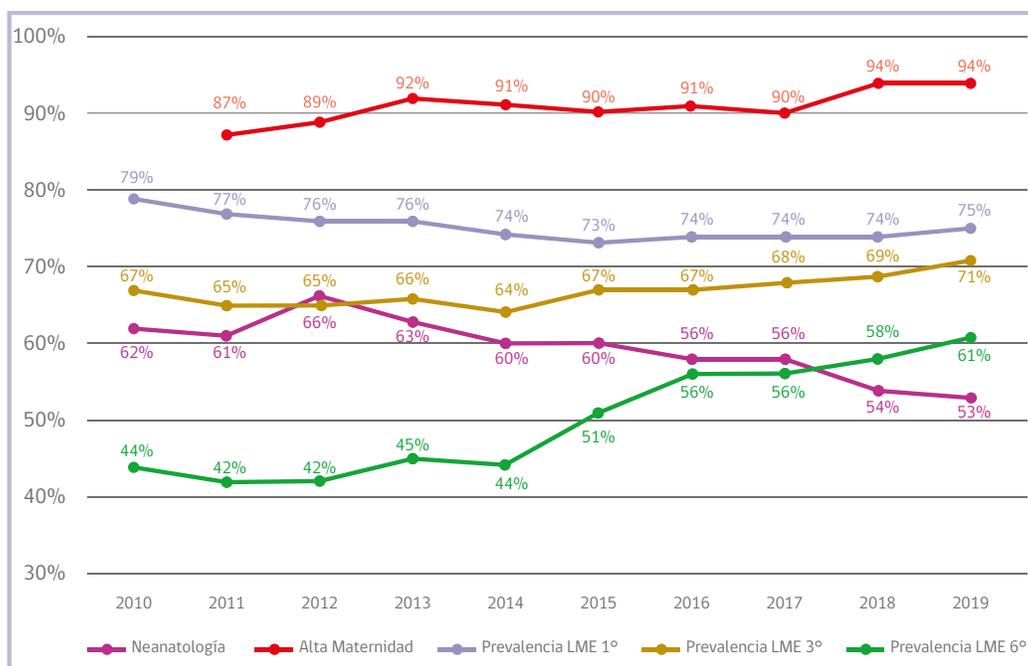
saludables y al seguimiento del impacto en el estado nutricional y la salud en general que tiene la alimentación en ellos.

A continuación, se destacan los aspectos considerados relevantes según grupo de edad e hitos del desarrollo alimentario.

i. Lactancia materna

En los últimos años, la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) al 6to mes de vida se ha incrementado de forma sostenida, llegando a un 61% el año 2019. Sin embargo, se observa una tendencia hacia una pérdida importante de la prevalencia de la LME, desde el alta de la maternidad, al primer mes de vida, la que en el año 2019 representó una baja del 19% es decir, 1 de cada 5 niños y niñas perdió su LME al primer mes de vida. Asimismo, los servicios de neonatología presentan una disminución sostenida de prevalencia de LME, llegando a un 53% en el año 2019 (gráfico II-2).

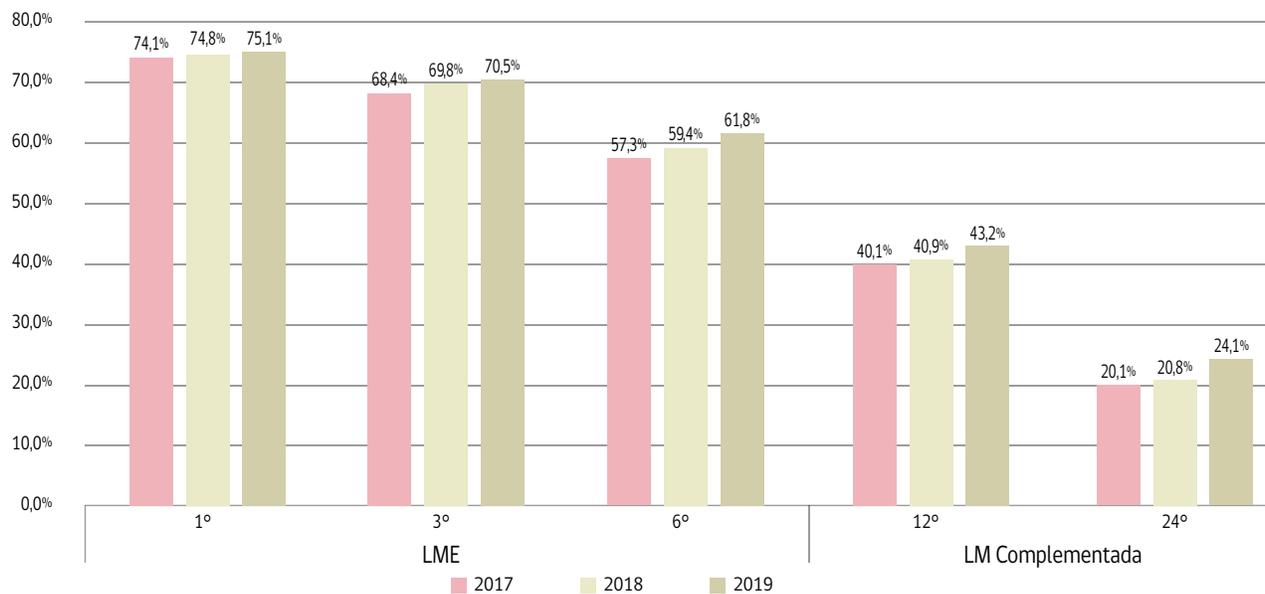
Gráfico II-2. Prevalencia Lactancia Materna Exclusiva al 1º, 3º y 6º mes. Población Bajo Control en el Sistema Público. Chile 2010-2019.



Fuente: REM-DEIS, MINSAL. 2020.

La lactancia materna (en adelante LM), de acuerdo con la recomendación de la OMS, debe ser exclusiva por 6 meses, y mantenerse de forma complementada con otros alimentos hasta los dos años o más de acuerdo a los deseos de cada familia (144). En el año 2019, la prevalencia de LM extendida fue de un 43,2% a los 12 meses y de un 24,1% a los 24 meses, cifras que han ido en aumento en los últimos años (gráfico II-3).

Gráfico II-3. Prevalencia LME y LM complementada.
Población Bajo Control en el Sistema Público. Chile 2017-2019



Fuente: REM-DEIS, MINSAL. 2020.

En cada control de salud infantil, especialmente hasta los 6 meses, debe existir un espacio de tiempo dedicado a abordar preocupaciones, percepciones o problemas relacionados a la lactancia. La evaluación completa de los factores que se identifiquen como de riesgo o protectores de la lactancia deben ser abordados, tanto con el refuerzo positivo, como con la intervención del problema detectado. En caso de que el problema de lactancia necesite de un mayor abordaje, es posible derivar a una Clínica de lactancia.

Es fundamental entonces, que el equipo de salud acompañe a las familias en este período, supervise el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas y contribuya a reafirmar la confianza de las madres en su capacidad de amamantar, basados en conocimientos acerca de la fisiología de la lactancia y en la evidencia científica más actualizada.

Beneficios de la lactancia materna

La evidencia muestra que la LM tiene un impacto positivo en la salud materno-infantil y en la sociedad en su conjunto, tanto a corto como a mediano y largo plazo. Asimismo, señala que existen riesgos asociados al no amamantar y/o uso de sucedáneos, tales como son la alteración de la cavidad oral, alteración de la microbiota intestinal y alteraciones de la oxigenación y termorregulación, sumado a la pérdida de beneficios (145).

Dentro de estos múltiples beneficios de la LM, se pueden destacar los siguientes (145, 146):

- Previene el desarrollo de infecciones:
 - Reduce en un 50% la otitis media aguda.
 - Reduce en un 72% el riesgo de hospitalización por infecciones respiratorias.
 - Disminuye en un 64% el riesgo de diarrea, con Lactancia Materna Exclusiva (LME) al menos 4 meses.

- Promueve población de microbiota intestinal más estable y uniforme.
- Disminuye en un 36% el riesgo de muerte súbita.
- Disminuye la incidencia de enterocolitis necrotizante un 58% en prematuros con LM vs fórmulas lácteas (en adelante FL).
- Fomenta el vínculo madre-hijo.
- En la madre, relación inversa entre el tiempo total durante el que se ha amamantado y la disminución del riesgo de desarrollar artritis reumatoide.
- Disminuye en un 6% el riesgo de desarrollar Cáncer de mamas en cada año que la madre amamante.

Técnica de lactancia materna

En la intervención, se deben considerar aspectos clave a abordar con la madre:

- La LM debe ser siempre a libre demanda³, sin horarios ni tiempos establecidos, respondiendo a los signos tempranos de hambre del RN.
- En casos de que existan problemas en la lactancia, los centros de salud, públicos y privados, deben contar con equipos de salud capacitados que realicen, en primera instancia, intervenciones orientadas a apoyar a las madres a superar dichas dificultades, con el propósito de instalar y mantener la LM.
- No dar ningún otro alimento ni líquido a menores de 6 meses.
- En caso de requerir suplementar a un niño o niña, debe ser siempre por una causa justificada y diagnosticada por un profesional idealmente con formación en LM, así como por el menor tiempo posible y a través de un método respetuoso con la LM (tales como vasito, cuchara, sonda al dedo, sonda al pecho).

Si la madre no presenta condiciones que pongan en riesgo su capacidad de producción láctea (tales como aquellas con hipoplasia mamaria, reducción mamaria, entre otras), el vaciamiento frecuente y óptimo/completo de la mama, sumado a un agarre/acople adecuado al pecho son las principales estrategias para lograr una adecuada producción de leche (figura II-21). Esto se puede lograr facilitando la posición biológica o mediante un acople dirigido asimétrico.

Figura II-21. Principales estrategias para una óptima producción de leche.



Fuente: Manual Operativo de Lactancia Materna. MINSAL, 2017 (147).

La introducción precoz de maderas y chupetes (antes del mes), puede potencialmente generar en el niño o la niña una confusión en la succión que lleva a un posterior rechazo al pecho, poniendo en riesgo la instalación y extensión de la LM (147).

³ La lactancia materna, debe ser siempre a libre demanda, independiente de la edad del niño o niña, puesto que la fisiología de la producción de leche responde a un mecanismo autocrino de oferta y demanda.

Problemas de lactancia

Si bien cada día y familia viven situaciones particulares, y los problemas que se pueden presentar en el período de lactancia exceden los objetivos del presente documento, es fundamental pesquisar las situaciones que requieren de una evaluación y seguimiento específico en lactancia.

Si en el control de la diada se identifican problemas de lactancia, se recomienda realizar las acciones descritas en la tabla II-28.

Tabla II-28. Recomendaciones frente a problemas de lactancia durante control de la diada.

Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los motivos por los que la madre no está amamantando de forma exclusiva. • Apoyar a la madre y a la familia para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. • Derivar a consulta de lactancia materna.
Problemas de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo de la causa del problema, educar respecto a la técnica correcta de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado. • Controlar en clínica o consulta de lactancia en 48 a 72 horas. • Realizar seguimiento para evaluar la intervención. • Derivar a médico/a en caso de requerir diagnóstico y tratamiento.

Fuente: elaboración propia.

De esta forma, existen problemas que se pueden presentar en la lactancia que puedan requerir de atención especializada por profesionales de salud. En particular, en un RN que presenta un incremento ponderal menor a 20 gramos/día, algunas de las primeras medidas deben ser: realizar una anamnesis completa, examinar al niño o niña, examinar a la madre (énfasis en las mamas), realizar una evaluación técnica de la lactancia, evaluación psicosocial de la madre, e intentar usar estrategias de apoyo tales como:

- Mejorar la técnica de lactancia (optimizar acople profundo y asimétrico⁴, evaluar posición de amamantamiento, evitar sobre abrigo, asegurar vaciamiento completo de una mama antes de ofrecer la otra).
- Asegurarse que el RN amamante de forma frecuente y efectiva (al menos 8 veces en 24 horas, ojalá 10 a 12 mamadas en 24 horas).

En el caso de que se requiera administrar sucedáneos de la leche materna, se debe intentar que dicho uso sea transitorio hasta restablecer la LM. Para el apoyo en este proceso, se debe derivar a consulta de lactancia.

Por último, en la consulta de lactancia se debe evaluar a la madre en los distintos aspectos del amamantamiento y consignar un plan de trabajo con la finalidad de mantener la LM idealmente directa y el mayor tiempo posible.

ii. Alimentación de lactantes entre 0 a 6 meses

Como fue mencionado en la sección anterior, la forma óptima de alimentación para este grupo de edad es la LME, dado los beneficios que reporta tanto para la madre como para el/la lactante y la sociedad, siendo una de las diez estrategias más costo-efectivas en promoción de la salud infantil (145, 146).

Es importante enfatizar que no debe darse jugos ni agua a los/las RN y lactantes hasta los 6 meses, pues la leche materna es altamente nutritiva e hidratante y una sobrecarga de agua puede ser compleja para el inmaduro riñón del/la lactante menor. Por otro lado, el uso de agüitas de hierbas puede ser perjudicial y peligroso, pues estas podrían portar esporas, hongos o bacterias, que pueden causar enfermedades graves en los niños y niñas. En Chile, a pesar de ser de muy rara aparición, se han reportado algunos casos de botulismo asociados al uso de anís estrella y orégano (148).

4 El acople profundo consiste en introducir el pezón y la mayor porción de areola dentro de la boca del niño o niña, para esto la madre debe ofrecer el pecho logrando crear un "rollito". Mientras que el acople asimétrico se refiere a que el niño o niña se acopla en dos momentos, primero con mentón, labio inferior y lengua, para luego acoplar el labio superior (labios siempre evertidos), lo que provoca que quede gran porción de areola cercana al labio inferior, dentro de la boca del niño o niña, y menos de la porción por sobre el labio superior. Lo que facilita el acople correcto y efectivo para lograr una adecuada transferencia de leche.

En caso de que el/la RN requiera utilizar sucedáneos de leche materna se sugiere que:

- La mamadera a utilizar tenga bajo flujo y/o sea administrada de forma pausada y lenta para favorecer la sensación de saciedad en los niños y niñas, evitando además alzas en los niveles de insulina (149). No es recomendable aumentar el orificio de las tetinas o chupetes.
- Con el objetivo de mantener la inocuidad de los alimentos que reciben los niños y niñas, los implementos utilizados para la alimentación deben ser lavados frecuentemente y conservados en un lugar limpio y seco.
- Sea administrado de forma cercana y cariñosa por los padres o cuidadores, aprovechando este tiempo para comunicarse y conocerse.
- Se recomienden otras estrategias que favorezcan el vínculo afectivo, tales como el contacto piel con piel frecuente y/o el masaje infantil.

iii. Alimentación de lactantes entre 6 a 11 meses

A partir de esta edad, la alimentación láctea óptima continúa siendo la leche materna. Así, el objetivo es incorporar adecuadamente la alimentación sólida de forma complementaria a la lactancia materna o a la fórmula láctea en el caso de que el niño y niña se alimenten con ésta y/o la madre desee realizar el destete.

Se recomienda que esta alimentación se realice en un horario cómodo para el grupo familiar, cuando sea posible, integrando a los niños y niñas a los horarios del resto de la familia. Se deben considerar además los siguientes factores:

El inicio de la alimentación complementaria es un proceso gradual que puede generar mucha ansiedad a los padres y cuidadores por el rechazo inicial que pueda tener el niño o niña.

- Es importante acompañar a la familia en este proceso y evaluar aspectos de maduración y desarrollo más allá de la edad del niño o niña, tales como; destrezas motoras; uso de la musculatura masticatoria; aparición dental; incremento de las percepciones sensoriales (olfato, visión, gusto y tacto de alimentos); y/o extinción del reflejo de extrusión, entre otros.
- La **neofobia**, definida como el rechazo inicial a los nuevos alimentos, es un fenómeno fisiológico esperado a esta edad y no debiera ocasionar un retiro permanente del alimento rechazado. La maduración de los sentidos y del sistema nervioso central ayudará a la integración y adaptación de los nuevos alimentos, como un proceso paulatino. Debe intentar ofrecerse el alimento en nuevas y reiteradas ocasiones con insistencia suave hasta su aceptación (150).
- Inicialmente, la alimentación complementaria se debe entregar en **cantidades pequeñas** y se podrá ir aumentando conforme el niño o niña avanza y acepta de buena forma la alimentación. De esta forma, a los **8 meses** deberían consumir alrededor de 150 ml de comida (3/4 taza), más 100 ml (1/2 taza de fruta); y a los **9 meses** unos 200 ml (1 taza) de papilla y 100 ml (1/2 taza) de fruta, en cada comida. Estas cantidades son referenciales y pueden variar en distintas oportunidades. Asimismo, la consistencia de los alimentos debe ir aumentando, acorde al nivel de maduración de cada niño y niña, siendo esperable que cerca de los 8 meses la consistencia sea molida/semisólida y al año más entera. Es normal que los niños y niñas inicialmente coman muy poco, puesto que es un proceso de adaptación (151).
- 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. Tampoco debe soplar ni probar la cuchara por el riesgo de transmisión de enfermedades del adulto al niño o niña, tales como las caries dentales (la comida se coloniza con los patógenos presentes en la boca de los cuidadores).
- **De postre se recomienda puré de frutas**, crudas o cocidas, sin adición de azúcares ni miel.

- **Para beber:** agua pura, puede comenzar a ofrecerse 20 a 50cc dos a tres veces al día separándola de la leche. Puede ser agua potable directa de la llave, siempre que las cañerías no sean de casas o edificios muy antiguos, por el riesgo de contaminación por plomo. Se debe evitar el consumo de jugos y bebidas azucaradas, asimismo es preferible que las frutas las consuman enteras y no como jugo.
- **No se recomienda agregar sal ni azúcares a las preparaciones.** Los edulcorantes artificiales (sacarina, aspartame, sucralosa, estevia u otro) no debieran ser utilizados en los alimentos para niños y niñas al menos hasta los 2 años, ni en forma directa ni en preparaciones o productos comerciales “light” o “diet” u otro semejante.
- **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, seguridad 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; los niños comunican a través de sus gestos, expresiones y/o lenguaje cuando no quieren ser alimentados. Si no comen la sopa puré, igualmente debe ofrecérselo 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. Es importante no utilizar la alimentación como una forma de relacionarse afectivamente o para establecer disciplina con los niños.
- **No es recomendable que se presenten distractores en el horario de alimentación,** especialmente el uso de pantallas al momento de ofrecer las comidas, ya que el niño o niña pierde la percepción corporal y conciencia mental asociada al proceso de alimentación. Es importante establecer hábitos saludables en alimentación que perduren durante el curso de vida, incorporando las estrategias de la forma más temprana posible. Es recomendable que la alimentación sea un momento de encuentro familiar, donde los adultos sean un modelo para los niños y niñas.

iv. Alimentación de lactantes entre 12 a 24 meses

El objetivo de la alimentación de los niños y niñas a esta edad, es lograr su incorporación a la alimentación del hogar, siempre y cuando ésta sea una alimentación saludable que siga las guías alimentarias recomendadas para la población en Chile (15).

Desde el año de edad, el niño y niña debe paulatinamente incorporarse a los hábitos y características de la alimentación familiar, respetando sus necesidades de alimentación y ciclo sueño-vigilia. Este momento debe constituir una experiencia de socialización positiva, sin reproches, castigos o imposiciones. Es importante evitar manifestaciones negativas, ya que esto puede influenciar las preferencias del niño y niña. Asimismo, se debe evitar premiar al niño o niña con alimentos.

Es aconsejable incorporar cuatro tiempos de comida principales durante el día: desayuno, almuerzo, onces y cena, suspendiendo la alimentación láctea en el horario nocturno, excepto cuando se mantiene la lactancia materna. Se puede incorporar una colación saludable a media mañana, sólo si la alimentación va a tener un espacio mayor a 4 horas o si se la solicitan en el jardín infantil. Además, se debe fomentar el consumo de agua potable.

Sobre el destete:

La OMS recomienda mantener la LM complementada con otros alimentos hasta al menos los dos años de edad (14). El momento en el que se produzca el destete es variable en cada día, y puede darse de forma espontánea (lo que suele suceder entre los 2 y los 4 años), o puede ser conducido por la madre. Es importante destacar que no hay razones biológicas o psicológicas por las cuales determinar el destete a una edad específica.



v. Alimentación en el niño o niña mayor de 2 años hasta la adolescencia

En esta etapa el niño y niña irá progresivamente siendo capaz de alimentarse por sí solo. Es necesario por ello ir apoyándolo según sus necesidades. El objetivo es que la alimentación cubra los requerimientos para un crecimiento y desarrollo adecuados, haciendo de ésta un momento agradable tanto para él, como para su entorno.

En la edad preescolar, es normal que los niños y niñas tengan menos apetito, lo que está relacionado con una disminución de su velocidad de crecimiento, comportamiento que puede llegar a alarmar a las familias. Si su crecimiento y desarrollo son normales, se debe aconsejar a los cuidadores no forzar la alimentación y procurar que esta sea lo más variada y saludable posible. Es recomendable que los niños y niñas puedan reconocer en ellos mismos las señales de saciedad y que estas sean respetadas por los adultos a cargo de la alimentación.

Por su parte, en la edad escolar ya existe mayor autonomía para escoger sus comidas, especialmente cuando los niños y niñas están fuera del hogar. Por esto, es muy importante mantener y fomentar hábitos saludables que se mantengan independiente del contexto donde se encuentran. Uno de los factores que contribuyen a la alimentación saludable es comer en familia, por lo que se debería intentar que al menos una comida diaria sea con el grupo familiar. Además, se debe evitar comer mientras se utilizan pantallas como distractores.

Se recomienda hacer uso de las Guías Alimentarias para la población de nuestro país, las cuales son un conjunto de mensajes educativos que adaptan los conocimientos científicos sobre alimentación y actividad física a las necesidades de información de la población general, considerando su situación de salud y factores socioculturales. Estos mensajes, descritos a continuación, son considerados un aporte esencial al logro de las metas establecidas por la OMS en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud 2004 y las Directrices sobre actividad física, sedentarismo y sueño para niños menores de 5 años 2019, que intentan contribuir a que las personas logren un equilibrio energético y un peso normal (152).

- Para tener un peso saludable, comer sano y realizar actividad física diariamente.
- Pasar menos tiempo frente al computador o la televisión y caminar a paso rápido, mínimo 30 minutos al día.
- Comer alimentos con poca sal y sacar el salero de la mesa.

- Para tener un peso saludable, evitar el azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados.
- Cuidar tu corazón evitando las frituras y alimentos con grasas como cecinas y mayonesa.
- Comer 5 veces verduras y frutas frescas de distintos colores, cada día.
- Fortalecer tus huesos, consumiendo 3 veces en el día lácteos bajos en grasa y azúcar.
- Mantener sano tu corazón, comiendo pescado al horno o a la plancha, 2 veces por semana.
- Consumir legumbres al menos dos veces por semana, sin mezclarlas con cecinas.
- Para mantenerse hidratado, tomar 6 a 8 vasos de agua al día.
- Leer y comparar las etiquetas de los alimentos y preferir los que tengan menos grasas, azúcar y sal (sodio).

vi. Suplementación: alimentación complementaria, vitaminas y minerales

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

El PNAC, es un programa de carácter universal, que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados, principalmente, a la población infantil, gestantes y madres que amamantan.

El Programa se rige principalmente por la Norma Técnica de Programas Alimentarios (153), así como por procedimientos documentados, protocolos y convenios, entre otros. En estos documentos, se detallan beneficiarios, requisitos para el acceso al programa, esquemas de distribución y las responsabilidades en los diferentes niveles de ejecución.

De acuerdo con la normativa vigente actualmente, el PNAC se organiza en subprogramas, orientados a distintos segmentos de la población descritos a continuación (tabla II-29).

Tabla II-29. Subprogramas PNAC.

Subprograma	Población objetivo
PNAC Básico	Población materno-infantil con diagnóstico nutricional eutrófico o malnutrición por exceso
PNAC Refuerzo	Población materno-infantil con diagnóstico nutricional de malnutrición por déficit
PNAC Prematuros Extremos	Lactantes RNMBP
PNAC Errores Innatos del Metabolismo	Población con diagnóstico confirmado de alguno de los errores innatos del metabolismo cubiertos
Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca	Niños y niñas con diagnóstico confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca

Fuente: Elaboración propia, en base a la oferta de programas alimentarios del Ministerios de Salud.

Vitaminas

- **Vitamina D:** la vitamina D está involucrada en la absorción de calcio, la mineralización ósea y la función inmune. Existen pocas fuentes naturales de esta vitamina, siendo la síntesis en las células epiteliales de la piel, al exponerse al sol, su principal fuente. Sin embargo, no existe una dosis segura de exposición solar que sea posible indicar. Debido a esto, la recomendación continúa siendo la **suplementación desde el primer control del RN en APS hasta el año de vida, con 400 UI de vitamina D de forma diaria** (154). La indicación varía dependiendo de la marca comercial de las vitaminas, las cuales tienen diferente concentración.

Minerales

- **Hierro:** se justifica la suplementación de hierro en dosis de 1 mg/kilo de peso de forma diaria desde los 4 hasta los 12 meses de vida, en niños y niñas de término sanos que hayan recibido lactancia materna exclusiva, ya que existe una mejora de los parámetros hematológicos (154). No se justifica la suplementación en lactantes alimentados exclusivamente con fórmulas fortificadas. En aquellos niños y niñas que reciben fórmula de manera parcial, es necesario calcular si la dosis de hierro que recibe es suficiente para cumplir con su requerimiento o bien, si se debe adicionar un suplemento de hierro.

En el caso de niños y niñas prematuros, se deben ver las especificaciones propias de este grupo, indicadas en la subsección "Abordaje de niños y niñas prematuros".

vii. Alergias alimentarias

Las alergias alimentarias son una respuesta inmunológica específica, anormal y reproducible que ocurre en un individuo tras la ingesta de un alimento en particular (155).

A nivel mundial, se ha reportado un aumento en las alergias alimentarias. Se estima que afectan entre el 1 y 10% de la población mundial, con prevalencia de 6 a 8% en menores de 3 años y entre un 2 a 4% en la población adulta (156). Específicamente, la alergia a la proteína de leche de vaca (en adelante APLV), incluida en esta cifra, se presenta en alrededor de 2 a 5% de los menores de 3 años. Otros alérgenos alimentarios en niños y niñas son el huevo, soya, maní, nueces, trigo, pescados y mariscos.

Sospecha de APLV

Frente a la sospecha de una APLV, una historia clínica completa y un examen físico acucioso son fundamentales para el diagnóstico, dado que los síntomas frecuentemente son inespecíficos. En la historia clínica, es de importancia la edad del paciente, la edad de inicio, el tipo de síntomas y su frecuencia, tiempo entre la ingestión y el inicio de los síntomas, detalles del tipo de alimentación (leche materna o fórmula) y antecedentes de atopia personal y familiar. El riesgo de atopia en un paciente aumenta si uno de los padres o hermano gemelar tiene enfermedad atópica (20-40% y 25-35% respectivamente). Este riesgo aumenta aún más si ambos padres son atópicos (40- 60%) (157).

No existen síntomas ni signos patognomónicos de APLV y el diagnóstico diferencial dependerá de los sistemas afectados. La mayoría de las veces los síntomas ocurren luego de las primeras semanas de introducción de leche de vaca. Los órganos blanco son: aparato digestivo (50-60%), piel (50-60%) y tracto respiratorio (20-30%), pudiendo comprometer más de un órgano en un número considerable de casos. La frecuencia de anafilaxia se estima entre 0,8 a 9% de los casos de APLV (158). Además del órgano blanco, las manifestaciones clínicas dependerán del tipo de reacción inmunológica involucrada, pudiendo ser reacciones de tipo inmediato mediadas por IgE, mixtas o tardías mediadas por un mecanismo celular.

MATERIAL COMPLEMENTARIO	
"Orientaciones Técnicas para la Atención en Clínicas de Lactancia Materna". MINSAL, 2016.	https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/01/Orientacion-materna-infancia.pdf
"Manual Operativo de Lactancia Materna Acompañando tu Lactancia". MINSAL, 2017.	https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf
"Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años. Guía de alimentación hasta la adolescencia". MINSAL, 2015.	http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf
"Norma técnica de los programas alimentarios". MINSAL, 2016.	https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-T%C3%A9cnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jur%C3%ADdica.pdf
"Guía Clínica Alergia a Proteína de Leche de Vaca". MINSAL, 2012.	https://www.minsal.cl/portal/url/item/dd7c4cf4c183c58de040010165016b2a.pdf



2.2.4. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

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 niños/as de 0 a 2 años, o cuando la talla sea < 100 cm.
- Estatímetro para medir la talla en mayores de 2 años.
- Balanza para lactantes hasta 16 kilos.
- Balanza de pie para infantes mayores de 2 años.
- Cinta métrica inextensible para medir perímetro craneano y perímetro de cintura.

i. Medición de talla

Lactantes (cero a dos años):

- La talla debe ser medida con infantómetro (podómetro) de madera, hasta los dos años aproximadamente o cuando la talla sea < a 100 cm. Para resguardar la higiene del niño o niña, puede utilizar un pañal o toalla de papel, antes de posicionarlo. Posterior a esta actividad, debe desinfectar la superficie con alcohol al 70%.
- El niño o niña debe estar en posición decúbito supino (acostado), con el cuerpo alineado y quedar totalmente paralelo al infantómetro, con el vértice de su cabeza tocando el extremo fijo, las extremidades extendidas y ambos pies tocando el extremo móvil del infantómetro, el cual debe formar un ángulo de 90° (figura II-22).
- Para mantener al niño o niña en esa posición, se requiere la ayuda del cuidador(a) que lo acompaña al control de salud. Realizar la lectura de longitud cuando se está seguro de que el niño o niña no se ha movido de la posición indicada.

Figura II-22. Medición de la talla en lactantes.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Preescolares y escolares (2 a 9 años 11 meses y 29 días):

- La talla debe ser medida de pie, con el torso recto y la cabeza erguida, de espaldas a un estatómetro o tallímetro, 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 estatómetro (figura II-23).
- Para resguardar la higiene del niño o niña, puede utilizar una toalla de papel, antes de posicionar al niño o niña en el estatómetro.

Figura II-23. Medición de talla de escolares.

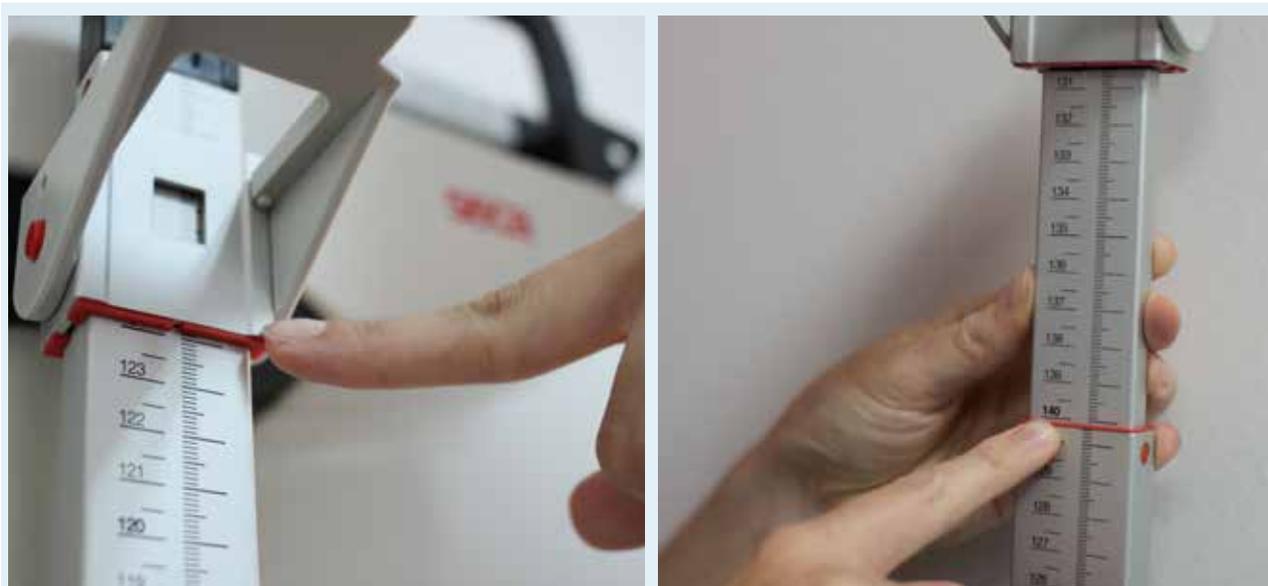


Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Es importante tener presente que la línea de medición puede variar según el estatómetro. En el caso del estatómetro utilizado en la figura II-24, si un niño o niña 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, es decir, 148 cm. En cambio, en la figura II-25, el niño o niña mide menos de 130 cm. En este caso el valor de estatura es el que está por debajo de la línea roja, es decir 124 cm.

Figura II-24.
Medición de talla en niños y niñas de menos de 130 cm.

Figura II-25.
Medición de talla en niños y niñas de más de 130 cm.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

ii. 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 niños o niñas menores de dos años o hasta los 16 kilos, debe pesarse en una balanza para lactantes (figura II-26). El niño o niña debe estar ubicado en posición decúbito supino (acostado) hasta los 6 meses. Posterior a esta edad, se sugiere que esté sentado de acuerdo a su desarrollo psicomotor.
- Para resguardar la higiene del niño o niña, se sugiere colocar, antes de posicionar al niño, una toalla de papel o pañal de género, el cual debe ser pesado para descontar este valor al peso resultado de la medición. Luego de realizar esta actividad, debe desinfectar la superficie con alcohol al 70%.
- Se recomiendan pesas análogas más que digitales, pues suelen ser más exactas y fluctuar menos ante 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. Antes de pesar al niño en la balanza análoga se debe asegurar esté bien calibrada.
- En mayores de dos años, debe pesarse en una balanza vertical, con los pies en el centro de la plataforma (figura II-27). En la base de la plataforma puede colocar toalla de papel desechable, para resguardar la higiene de los niños y niñas.
- 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. Esta estrategia también se puede utilizar 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.
- Las pesas deben ser calibradas periódicamente y llevar un registro de su calibración.

Figura II-26.
Medición peso menor a 16 kg



Figura II-27.
Medición peso mayor a 16 kg.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

iii. Medición de perímetro cefálico

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

- Debe usarse una cinta métrica inextensible o metálica, para evitar errores derivados de la elongación de ella.
- La cinta métrica inextensible, debe pasar por encima de las cejas del niño (reborde ciliar) y por la zona más pronunciada occipital (protuberancia occipital) (figura II-28).

Figura II-28. Medición de perímetro cefálico.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Suturas, fontanelas y edad de cierre

Al evaluar el perímetro cefálico también es importante valorar 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.

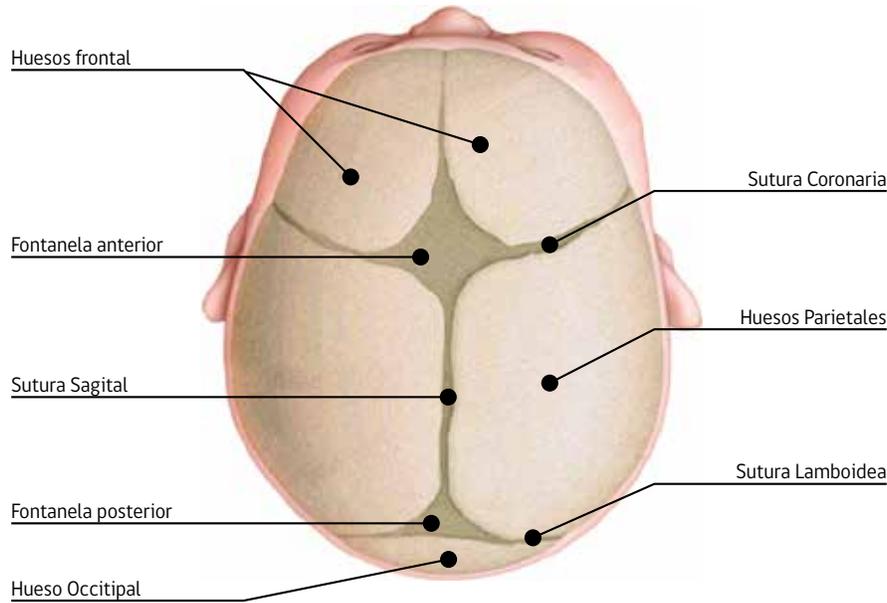
El cráneo está conformado por seis huesos craneales separados: el hueso frontal, hueso occipital, dos huesos parietales y dos huesos temporales (figura II-29). En los lactantes las separaciones entre estos huesos se denominan fontanelas y suturas, las cuales permiten que la cabeza del RN se adapte al canal del parto durante el periodo expulsivo, así como también permiten que el cerebro crezca y el cráneo se expanda durante su desarrollo (159).

La fontanela anterior (bregma) se encuentra entre los huesos parietales y el frontal, es blanda y pulsátil de tamaño de 1 a 4 cm y permanece abierta hasta alrededor de los dos años de edad (159, 160).

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 (159, 160).

Las suturas deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento y deben ser móviles hasta los 2 o 3 años (159, 160).

Figura II-29. Cráneo del/la recién nacido/a.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

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 (161). 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 (160).

iv. Medición de perímetro de cintura

El perímetro de cintura debe ser medido desde los 5 años.

- Solicitar al niño o niña que se saque la ropa, quedando en ropa interior.
- Estando de pie, colocar la cinta métrica inextensible alrededor de la cintura y ubicarla a continuación por sobre la cresta ilíaca, pasando por encima del ombligo.
- La técnica utilizada para la medición del perímetro de cintura es la recomendada por el Center for Diseases Control (CDC) de Estados Unidos (162). En esta, se usa una cinta métrica inextensible, y, con el sujeto de pie, se localiza a 1 cm sobre el reborde látero- superior de la cresta ilíaca derecha a nivel medio axilar. La cinta debe estar paralela al suelo, sin comprimir la piel y se mide al final de una espiración normal (figura II-30).

Figura II-30. Medición perímetro de cintura



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.



2.2.5. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

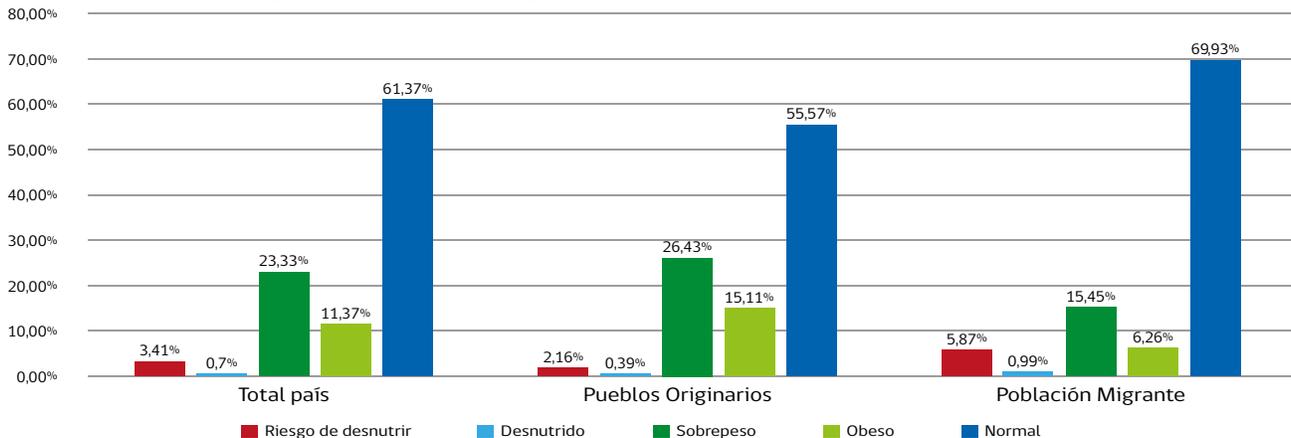
El estado nutricional es el resultado de diferentes variables y del balance que se produce entre la ingesta y requerimiento de nutrientes. Durante los primeros años de vida, el diagnóstico y clasificación del estado nutricional es fundamental para una adecuada supervisión del crecimiento y desarrollo, de forma de identificar precozmente cualquier desviación de la normalidad. Además, en este momento se adquieren y consolidan hábitos alimentarios principalmente por el modelaje familiar, lo cual entrega una ventana de oportunidad de intervención temprana que debe ser abordada por los profesionales de la salud.

Las estadísticas nacionales en nutrición reflejan que la obesidad infantil es un problema de salud pública instalado que aumenta año tras año. Según el mapa nutricional aportado por JUNAEB (163), en el año 2015 el porcentaje de obesidad en los niños de prekínder fue de un 22,8%, en los de kínder de un 24,2 %, en los de primero básico de un 24,2%, y de un 12,5% en aquellos que cursaban primero medio. Al revisar los resultados del mismo mapa para el año 2018 (164), los niños de prekínder presentaron un 24,15% de obesidad, en kínder un 25,2%, en primero básico un 29,6% y los que cursaron primero medio un 16,25%. Estas cifras reflejan un aumento importante en estos índices en población escolar en el periodo 2015–2018.

Según datos REM-DEIS para el año 2019, en los niños y niñas menores de 6 años bajo control, un 61,3% se clasificó como eutrófico, un 34,6% con malnutrición por exceso y un 3,9% con malnutrición por déficit. En la población bajo control de 60 meses hasta los 9 años 11 meses y 29 días, el porcentaje de malnutrición por exceso alcanza a un 40,8%, un 55,8% presenta estado nutricional normal y un 3,1% presenta malnutrición por déficit (gráficos II-4 y II-5).

Es importante destacar que en la población correspondiente a pueblos originarios, la cifra de malnutrición por exceso supera aquellos valores descritos para la población general, llegando a un 41,5% en los menores de 60 meses y a un 45,4% en los niños y niñas menores de 5 a 9 años 11 meses. Por otra parte, en la población migrante la malnutrición por déficit llega a 6,79% en los menores de 60 meses y a un 8,0% en los niños y niñas de 5 a 9 años 11 meses; ambas, cifras mayores que aquellas que presenta la población general (gráficos II-4 y II-5).

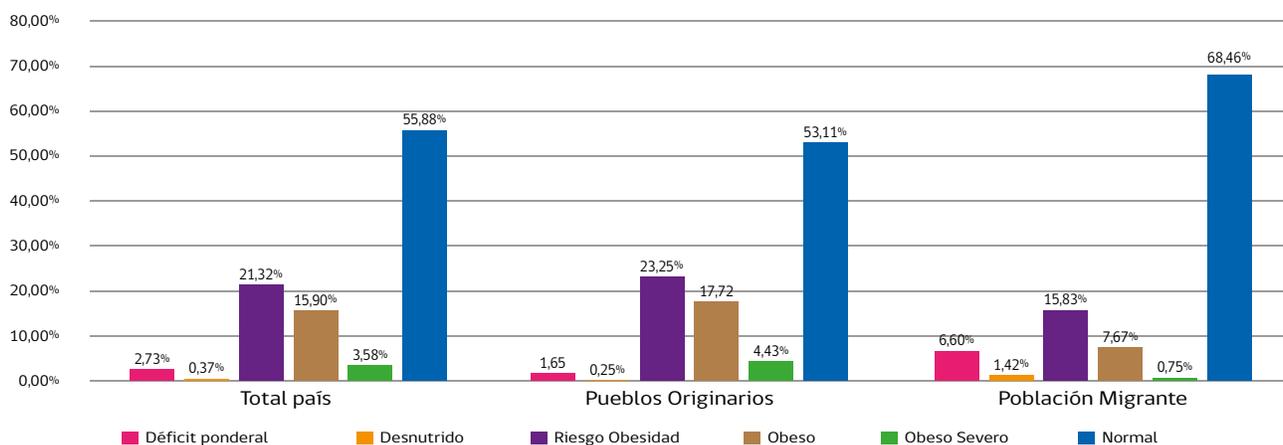
Gráfico II-4. Diagnóstico Nutricional Integrado en población bajo control menor de 60 meses. Chile, 2019.



Fuente: elaboración propia. Datos REM-DEIS, MINSAL, 2020 ⁵.

⁵ Extracción de datos 14 de noviembre de 2020.

Gráfico II-5. Diagnóstico Nutricional integrado en población bajo control de 5 años a 9 años 11 meses. Chile, 2019.



Fuente: elaboración propia. Datos REM-DEIS, MINSAL, 2020.

La evaluación nutricional considera la medición del peso, talla, perímetro cefálico y perímetro de cintura. Estas variables se correlacionan con edad y sexo, y determinan indicadores que, al compararlos con los patrones de referencia, permiten realizar la calificación del estado nutricional.

La calificación de los indicadores peso para edad (P/E), talla para la edad (T/E), peso por talla (P/T), índice de masa corporal por edad (IMC/E), perímetro cefálico/edad (PCe/E), perímetro cintura/edad (PC/E), más la anamnesis, examen físico y eventualmente exámenes de laboratorio, contribuyen al Diagnóstico Nutricional Integrado.

El 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 5 años 1 mes. La fórmula de cálculo es la razón entre el peso (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la estatura (expresada en metros):

$$\text{IMC} = \text{peso (en kilos)} / \text{talla}^2 \text{ (en metros)}$$

Para la calificación nutricional se utilizan los siguientes patrones de referencia dependiendo del indicador a evaluar y el sexo y edad del niño o niña (tabla II-30). Los niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) podrán eventualmente requerir de una evaluación nutricional diferenciada de acuerdo con su diagnóstico de base.

Tabla II-30. Agrupación de los indicadores de acuerdo con la edad de los niños y niñas.

NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS		
Variabes	Indicador	Patrón de referencia
Peso para la edad	P/E	OMS 2006
Longitud o estatura para la edad	T/E	
Peso para la talla	P/T	
Perímetro cefálico para la edad	PCe/E	
Niños, niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años		
Variabes	Indicador	Patrón de referencia
Peso para la edad	P/E ⁶	OMS 2007
Talla para la edad	T/E	
IMC para la edad	IMC/E	
Perímetro de cintura para la edad	PC/E	Fernández y cols (165)

Fuente: MINSAL, 2018 (166).

6 Este indicador sólo se encuentra disponible hasta los 10 años tanto para niños y niñas.

Definición de la edad para la evaluación nutricional

Para correlacionar las variables peso, talla y perímetro cefálico con la edad, esta se debe aproximar de acuerdo con las instrucciones de la tabla II-31.

Tabla II-31. Aproximación de la edad en la evaluación nutricional.

EDAD	SE APROXIMA
Mes cumplido + (1 día a 15 días)	Mes cumplido
Año + mes cumplido + (1 día a 15 días)	Año(s) + mes cumplido
Mes cumplido + (16 a 29 días)	Mes siguiente
Año + mes cumplido (16 a 29 días)	Años(s) + mes siguiente

Fuente: MINSAL, 2018 (166).

Al registrar los indicadores en los gráficos para niñas, niños y adolescentes mayores de 5 años 1 mes (IMC/E, P/E y T/E), se debe ajustar a los rangos de edad que señalan dichas gráficas, las cuales están en años y cada 3 meses. Para estos casos, si la edad del niño o niña no coincide en el gráfico, se debe ubicar en el o los meses anteriores cumplidos. Por ejemplo, en un niño con 6 años 5 meses, su edad se debe ajustar a 6 años 3 meses. Este procedimiento no debe ser realizado en las tablas.

Las gráficas necesarias para realizar la evaluación nutricional se encuentran en los anexos 9 y 10, así como las tablas para evaluar el perímetro abdominal se encuentran en el anexo 11. Este material se encuentra disponible además en el documento: Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad.

En niños y niñas prematuros el registro se realiza de acuerdo con la edad corregida; hasta los 24 meses de edad corregida en RN de Muy Bajo Peso de Nacimiento (RNMBP), hasta los 12 meses de edad corregida en los RN prematuros moderados y hasta los 6 meses de edad corregida en los RN prematuros tardíos. En los RN de pretérmino de menos 40 semanas, se deben utilizar las curvas de Crecimiento Intrauterino Nacionales (anexo 12).

Junto con lo anterior, en niñas, niños y adolescentes que han iniciado el desarrollo puberal, es recomendable ajustar la edad de acuerdo con la edad biológica, **en función de los estadios de Tanner** (anexo 13).

Se recomienda considerar evaluar por edad biológica en:

- Varones entre 10 años y 15 años.
- Mujeres entre 8 años y 14 años.

Cuando la edad biológica y la edad cronológica presenten una diferencia mayor a 1 año se justifica evaluar por edad biológica (esto incluye los indicadores IMC/E, T/E, P/E y PC/E); si dicha diferencia es menor a 1 año, se puede evaluar solo por edad cronológica.

Ejemplo de edad corregida por edad biológica: niña de 9 años con desarrollo de mama en estadio 3. Se ve en la tabla de los grados de Tanner a qué edad biológica corresponde; en este caso equivale a 11 años. La diferencia entre edad biológica y cronológica es de 2 años, por lo tanto, debe evaluarse a esta niña con edad biológica.

i. Calificación nutricional

La calificación nutricional se debe realizar de acuerdo con el resultado de los siguientes indicadores y rangos etarios (tabla II-32).

Tabla II-32. Calificación nutricional Peso para la Talla (P/T).

CALIFICACIÓN NUTRICIONAL	<1 AÑO ⁷	ENTRE 1 AÑO Y 5 AÑOS 29 DÍAS	ENTRE 5 AÑOS 1 MES Y 19 AÑOS
Desnutrición	P/E ≤ -2DE	P/T ≤ -2DE	IMC/E ≤ -2DE
Riesgo de desnutrir	P/E ≤ -1DE y > -2DE	P/T ≤ -1DE y > -2DE	IMC/E ≤ -1DE y > -2DE
Normal o Eutrófico	P/E > -1DE y < +1DE	P/T > -1DE y < +1DE	IMC/E > -1DE y < +1DE
Sobrepeso	P/T ≥ +1DE y < +2DE	P/T ≥ +1DE y < +2DE	IMC/E ≥ +1DE y < +2DE
Obesidad	P/T ≥ +2DE	P/T ≥ +2DE	IMC/E ≥ +2DE y < +3DE
Obesidad Severa	-	-	IMC/E ≥ +3DE

Fuente: MINSAL, 2018 (166).

Es importante recalcar que para evaluar el estado nutricional 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 en que, por causas genéticas o constitucionales, un niño o niña puede estar por encima o por debajo de la curva normal, sin constituir necesariamente un problema de salud. Un cambio de carril de peso 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 genético de crecimiento.

Además, deberán considerarse frente a los casos individuales, las siguientes señales de alarma:

- Ascenso o descenso del canal de crecimiento no deseado en controles repetidos, tanto para niños y niñas menores de 5 años 29 día (indicador P/T) y para mayores de 5 años 1 mes (indicador IMC/E).
- En niños y niñas mayores de 5 años, aumento del IMC ≥ 1,5 puntos absolutos en 6 meses o menos.

ii. Evaluación de la talla

Para evaluar la talla de un niño o niña debe utilizarse el indicador talla para la edad (T/E), la que además 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 o recurrente cuando está alterada, ser secundaria a una baja talla al nacer o estar determinada por la carga genética (talla baja familiar). Este indicador es útil a toda edad, hasta completar el crecimiento (tabla II-33).

Tabla II-33. Interpretación del índice Talla para la Edad (T/E).

CALIFICACIÓN ESTADURAL	DESDE EL NACIMIENTO A 19 AÑOS
Talla baja	T/E ≤ -2DE
Talla normal baja	T/E ≤ -1DE y > -2DE
Normal	T/E > -1DE y < +1DE
Talla normal alta	T/E ≥ +1DE y < +2DE
Talla alta	T/E ≥ +2DE

Fuente: MINSAL, 2018 (166).

⁷ En los niños/as menores de 1 año el indicador P/E es el que determina la calificación nutricional, salvo que el indicador P/T sea ≥ +1DE, situación en la cual prima el indicador P/T.

Para interpretar la talla es siempre importante considerar la carga genética individual, la que es el promedio de la talla de los padres.

El cálculo de la Talla Diana (TD) o Talla Objetivo Genética (TOG) es útil para determinar la talla final aproximada de niños y niñas según su carga genética (167):

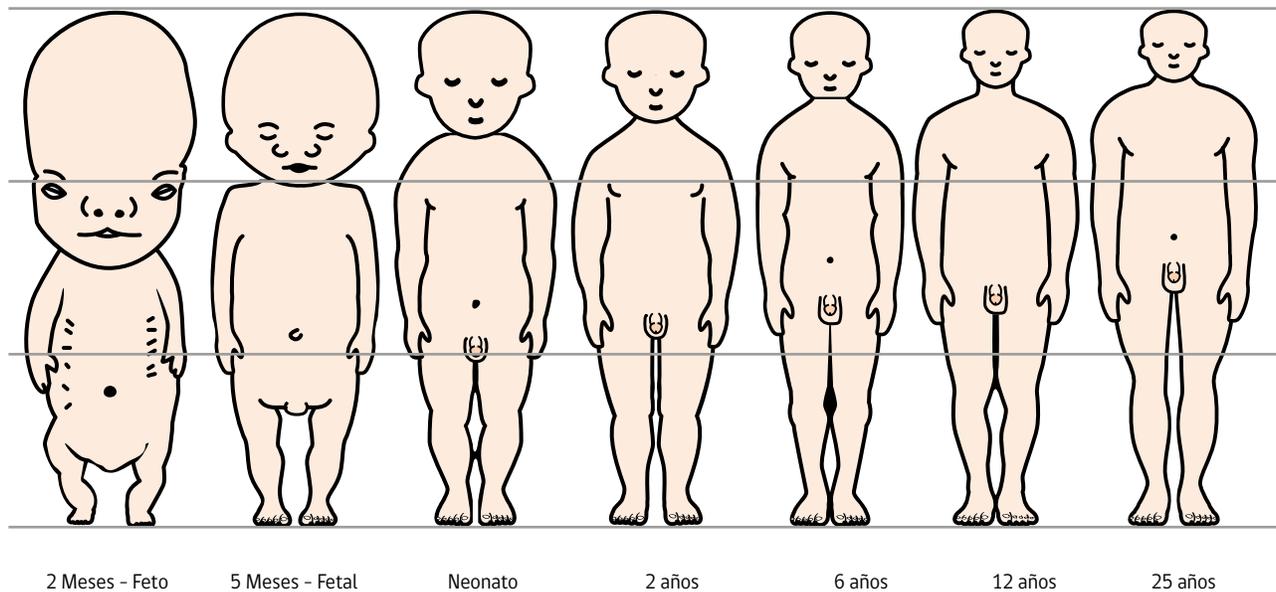
$$\text{Niños: } [(\text{estatura padre en cm}) + (\text{estatura madre en cm} + 13)] / 2$$

$$\text{Niñas: } [(\text{estatura padre en cm} - 13) + (\text{estatura madre en cm})] / 2$$

El resultado entrega una estimación de la talla a los 19 años del niño o niña, de acuerdo a su potencial genético. Este resultado puede presentar una variabilidad de hasta $\pm 8,5$ cm, correspondientes a una variabilidad de talla entre el p3 y el p97 (167). Se recomienda marcar en la curva de crecimiento de estatura por edad, la TGO obtenida a los 19 años y observar si en 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 niña, presente talla alta o baja y no se justifique por talla familiar, se debe derivar a médico/a para una eventual derivación a endocrinología, dando prioridad a aquellos que han tenido cambios de su canal de crecimiento.

Al examinar la talla también es importante evaluar las proporciones corporales (figura II-31). La progresión del crecimiento es céfalo 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 II-31. Cambio de las proporciones corporales desde el feto de 2 meses hasta el individuo adulto.



Fuente: Robbins W., 1928 (168).

Además, existen señales de alarma en relación con la estatura que deben ser conocidas por los profesionales que realizan el control (tabla II-34).

Tabla II-34. Señales de alarma para cambios en el crecimiento de la talla en escolares y adolescentes.

MUJERES	HOMBRES
Entre los 5 años y los 10 años, velocidad de crecimiento inferior a 5 cm por año.	Entre los 5 años y los 12 años, velocidad de crecimiento inferior a 5 cm por año.
En menores de 9 años, ascenso en el canal de crecimiento en más de un control, ya que podría estar reflejando una aceleración de su madurez biológica.	En menores de 11 años, ascenso en el canal de crecimiento en más de un control, ya que podría estar reflejando una aceleración de su madurez biológica.
Niña con pubertad iniciada que incrementa menos de 3 cm en 6 meses.	Niño con pubertad iniciada que incrementa menos de 3 cm en 6 meses.
Niña sin pubertad iniciada que incrementa menos de 2 cm en 6 meses.	Niño sin pubertad iniciada que incrementa menos de 2 cm en 6 meses.
En menores de 8 años, incremento en talla mayor a 3,5 cm en 6 meses, ya que podría estar reflejando pubertad precoz.	En menores de 10 años, incremento en talla mayor a 3,5 cm en 6 meses, ya que puede estar reflejando pubertad precoz.

Fuente: MINSAL, 2018 (166).

iii. Evaluación del perímetro cefálico

La medición del perímetro cefálico debe realizarse en todos los controles de salud infantil hasta los tres años de vida. Para determinar la evaluación del perímetro cefálico por edad, se debe considerar los parámetros mencionados en la tabla II-35. El registro de este indicador corresponde a PCe/E.

Tabla II-35. Evaluación del Perímetro Cefálico para la Edad (PCe/E).

CALIFICACIÓN	INDICADOR	REGISTRO
Macrocefalia	$\geq +2DE$	+2 DE
Normal	Entre $< +2DE$ y $> -2DE$	Normal
Microcefalia	$\leq -2DE$	- 2DE

Fuente: MINSAL, 2018 (166).

Es importante destacar que, en el caso de un niño o niña con **macrocefalia**, se debe corregir por talla. Es decir, se debe modificar la edad con la que se evalúa el PCe del niño o niña, por aquella edad en la que su talla corresponda a la mediana.

El crecimiento cefálico anormal puede ser signo de patologías que requieren intervención, como hidrocefalia o craneosinostosis (175), (176). Por lo tanto, si se encuentra sospecha de micro o macrocefalia, es fundamental la derivación a profesional médico/a.

iv. Evaluación del perímetro de cintura

La medición del perímetro de cintura es parte de la evaluación nutricional y debe aplicarse desde los 5 años de vida. Para calificar este indicador es necesario relacionarlo con edad y sexo. Este parámetro se compara y califica con el estándar propuesto en percentiles de Fernández y colaboradores (171). El registro de este indicador corresponde a PC/E. Las tablas con la distribución percentilar de los valores estimados por sexo y edad, se encuentran en el documento: *Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad*.

Este indicador permite diferenciar a aquellos niños y niñas con malnutrición por exceso que requieren de una intervención prioritaria, ya que existe una fuerte asociación entre el perímetro de cintura mayor o igual al percentil 90 y eventos cardiovasculares en población adulta. Para calificar este indicador, debe considerarse la tabla II-36:

Tabla II-36. Evaluación de Perímetro de Cintura para la Edad (PC/E).

CALIFICACIÓN	INDICADOR
Normal	< p75
Riesgo de Obesidad Abdominal	≥ p75 y < p90
Obesidad Abdominal	≥ p90

Fuente: MINSAL, 2018 (166).

Ante el hallazgo de un perímetro de cintura mayor al percentil 90, se deben solicitar los siguientes exámenes para descartar síndrome metabólico:

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

Tabla II-37. 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 (171).

Ante un niño o niña con perímetro de cintura mayor o igual al percentil 90, se recomienda control por profesional médico, de enfermería o nutrición; quien además de indicar exámenes de sangre y controlar presión arterial, deberá orientar el plan de cuidados a instalar estilos de vida saludable de alimentación y actividad física. Si se encuentra disponible, se recomienda derivar a Programa Vida Sana y activar otras redes de apoyo local y extrasectorial. Los tres pilares de la intervención son: alimentaria/nutricional, la actividad física y, si corresponde, apoyo en aspectos de la crianza, que puede incluir apoyo psicológico, individual y/o familiar (172).

MATERIAL COMPLEMENTARIO

"Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional, de niños, niñas y adolescentes desde el nacimiento a los 19 años". MINSAL, 2018.

http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/07/2018.06.14-PAC_Interior-con-lineas-de-corte-14-juliov3.pdf



2.2.6. EVALUACIÓN DE PIEL Y FANÉNEOS

i. Cuidados generales de las niñas y niños en el período de recién nacido

Cordón umbilical

Posterior a su pinzamiento, el cordón umbilical pasa por un proceso de secado y momificación, desprendiéndose alrededor de los 7 días de vida del niño o niña. En este proceso, influyen la exposición al aire ambiental, la degradación por células fagocíticas y la colonización bacteriana (173). Los microorganismos que colonizan su piel dependen de las condiciones ambientales que lo rodean; por lo que el contacto temprano piel a piel, la lactancia materna y el alojamiento conjunto favorecen que la colonización ocurra por flora materna poco agresiva y no por microorganismos hospitalarios (174).

En base a recomendaciones de expertos y la evidencia internacional disponible, se recomienda:

- Realizar higiene de manos antes y después de manipular la zona del cordón umbilical.
- Procurar que el pañal no cubra la zona umbilical hasta su posterior caída y cicatrización, para evitar el contacto con orina o deposiciones.
- Utilizar antisépticos como clorhexidina al 4% o alcohol para el aseo del cordón en cada muda, en lugares donde no existe acceso asegurado a buenas condiciones de higiene (175-177).
- Mantener la zona del muñón limpia y seca. En territorios donde existen condiciones de higiene que lo permitan, el aseo del cordón umbilical con agua y jabón manteniéndolo seco después del aseo, no aumenta el riesgo de infecciones comparado con el uso de antisépticos (175-177). Además, es importante destacar que el uso de alcohol y otros antisépticos retrasaría la caída del cordón en casi 2 días (175, 176).
- La caída tardía del cordón umbilical (después de tres semanas) se puede asociar con inmunodeficiencia, infección o una anomalía del uraco (178).
- Especial atención se debe tener con los signos de onfalitis. Estos varían desde una infección limitada al cordón umbilical (funisitis) que se presenta con secreción maloliente; onfalitis con celulitis de la región periumbilical (eritema, edema, secreción purulenta), hasta una presentación más severa con signos sistémicos de infección, fascitis necrosante y sepsis (179).

Baño

Existen recomendaciones internacionales que apuntan a que el primer baño del niño o niña se efectúe a las 12 a 24 horas de nacido (180,181), ya que no aumentaría el riesgo de infección del cordón umbilical (180,182). Por otra parte, el baño a una temperatura adecuada es preferible al aseo con esponja o un paño húmedo, ya que resulta en una menor pérdida de calor, menor disrupción de la función de barrera de la piel y es más confortable para el RN (182-184). Sin embargo, tampoco existen reportes de efectos negativos si el baño se inicia al séptimo día, después de la caída del cordón (182). Considerando que en nuestro país los baños se realizan tradicionalmente con agua estancada en una bañera, se recomienda que:

- El primer baño se realice posterior a la caída del cordón umbilical.
- El baño sea realizado en un tiempo corto, de no más de 5 a 10 minutos, con agua tibia, de 35° a 37°C y con una temperatura ambiental de 21° a 24°C (176). En el mercado existen termómetros especiales para medir la temperatura del agua de las tinas, sin embargo, un método simple para percibir la temperatura del agua consiste en que el padre, madre o cuidador/a introduzca su codo en el agua de la tina. Debido a las características de la piel en esta zona se detecta mejor la temperatura, previniendo riesgos de quemaduras.

- Se realice solo con agua, limpiadores suaves o syndets (pH entre 5,5 a 7) o jabones neutros. Estos métodos serían equivalentes ya que no alterarían el proceso madurativo de la función de barrera de la piel ni su flora bacteriana normal (180-182,184-187).
- Bañar a los RN de término con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana. El baño excesivo podría afectar la función de barrera de la piel al alterar el manto ácido y cambiar el balance de la flora bacteriana (181,186).

Uso de emolientes

El uso de emolientes puede mantener o mejorar la función de barrera de la piel después del baño (180). Estudios han mostrado una mejoría en la hidratación de la piel a las 4 a 8 semanas, pero no se encontró evidencia de mejoría en la pérdida de agua transcutánea, ni en el pH de la piel, ni en la evaluación general de la piel (185,187). Por otra parte, estudios recientes muestran que el uso de emolientes desde el periodo de recién nacido probablemente no disminuye el riesgo de desarrollar dermatitis atópica (188-192) y podría aumentar el riesgo de infección (188).

El uso frecuente de emolientes reduce la inflamación de la piel en niños y niñas con dermatitis atópica o con dermatitis seborreica (181). Los emolientes que se pueden usar en RN deben tener un pH neutro y no contener aditivos (fragancias o preservantes) (184,186). La vaselina es un emoliente barato y libre de contactantes que puede ser usado en los RN (181).

Los emolientes deben aplicarse como una capa fina y evitar que se concentren en los pliegues cutáneos, ya que puede alterar la evaporación de agua y favorecer la colonización bacteriana (185).

Cuidados de la piel de la zona del pañal

La piel de la zona del pañal se debe mantener seca y limpia, con cambios frecuentes del pañal (180,181,192). La zona del pañal debe limpiarse suavemente, de preferencia con algodón y agua o vaselina, ya que favorecería la mantención de un pH adecuado de la piel (185,191).

Si la piel no está irritada, podrían utilizarse "toallas húmedas" con pH balanceado y libres de alcohol, fragancias, detergentes u otros irritantes, ya que no se ha demostrado diferencia entre ambos métodos en la incidencia de dermatitis del pañal, daño en la función de barrera, hidratación, eritema ni colonización de la piel (180,181,185-187,191).

Se recomienda la utilización de óxido de zinc o vaselina como una barrera protectora de la piel en cada muda de pañal, tanto para la prevención como para el tratamiento de la dermatitis del pañal (181,182,184,186).



Uñas

La recomendación de expertos(as) es postergar el primer corte de uñas a los 15 a 20 días de vida del niño o niña. Lo anterior, debido a que la punta de las uñas suele estar adherida a la piel del dedo en el RN, lo que hace difícil cortar las uñas sin dañar la piel los primeros días de vida.

Si bien no hay estudios que evalúen la seguridad de los distintos métodos para cortar las uñas de los recién nacidos, se sugiere rebajar con una lima fina blanda antes de poder cortarlas. Posteriormente, se puede usar lima fina, tijeras de punta roma o cortaúñas para RN.

Solo se deben cortar las uñas si están muy largas o puntiagudas, idealmente mientras el/la recién nacido/a está dormido, cortando solamente las puntas.



ii. Alteraciones ungueales en RN y lactantes

Los cambios fisiológicos en las uñas son comunes en recién nacidos/as y lactantes. Suelen desaparecer con la edad y no requieren ningún tratamiento (193,194). El conocimiento de estos cambios es importante para tranquilizar a madres, padres y/o cuidadores (193,195).

Coiloniquia: también denominada uña en cuchara, se debe principalmente a que las uñas de recién nacidos/as son planas, delgadas y blandas (194, 196). Tiende a desaparecer espontáneamente en los primeros 10 años de vida a medida que la placa de la uña se engrosa (193).

Onicosquizia u onicosquisis: consiste en una hendidura transversa en el borde libre de la lámina, principalmente en el primer dedo del pie y en el pulgar (194), causada con mayor frecuencia por un traumatismo (193). El hábito de chuparse los dedos suele ser un factor agravante (194).

Líneas de Beau: son depresiones transversales de la superficie de la placa ungueal. Se observan en las uñas del 92% de los RN (197). Aparecen a las 4 semanas de vida y desaparecen con el crecimiento de la uña, antes de las 14 semanas (194, 197).

Leuconiquia punteada: se observa con frecuencia en RN y niños y niñas pequeños como consecuencia de un traumatismo mínimo en la matriz ungueal proximal al nacer (193).

Pigmentación periungueal: la pigmentación transitoria de color marrón claro u ocre del pliegue ungueal proximal es más típica de los lactantes de piel oscura (196,197). Es una pigmentación melánica fisiológica que aparece en los primeros 6 meses de vida y persiste durante unos meses (197).

Pseudo Hipertrofia del Hallux (uña encarnada): las uñas de los pies pueden ser redondas o triangulares. La placa de la uña delgada y triangular induce una fuerza que empuja los pliegues laterales hacia abajo dando como resultado una superposición (197). Debido a esto, el 73% de los RN tienen una aparente pseudohipertrofia del pliegue ungueal proximal y lateral (193,196) imitando una uña pseudo encarnada, sin inflamación del tejido periungueal (196,197). Suele regresar espontáneamente a lo largo del primer año de vida (197). Puede complicarse con paroniquia, en este caso derivar a médico para tratamiento y si persiste sobre el año de vida derivar a nivel secundario para evaluar cirugía (197).

Mal alineamiento congénito de las primeras uñas de los pies: trastorno probablemente hereditario. Se caracteriza por una desviación lateral de la lámina ungueal, respecto al eje longitudinal de la falange distal. La lámina se deforma, se engruesa y adquiere una coloración grisácea o amarillo-amarronada, puede acompañarse de surcos transversos y onicolisis. Suele mal interpretarse como onicomiosis (194). A diferencia de los adultos, la onicomiosis es poco común en niños menores de 2 años (193,198). En el 50% de los pacientes, puede ocurrir resolución en forma espontánea, si no se observa mejoría a los 2 años de edad, el tratamiento quirúrgico debe ser considerado (193,195).

iii. Anomalías vasculares de la piel

Las alteraciones vasculares de la infancia pueden ser divididas en dos grandes grupos: tumores y malformaciones vasculares, donde se encuentran el hemangioma y mancha salmón, respectivamente.

• Hemangioma infantil

El hemangioma infantil (HI) es el tumor más frecuente de la infancia, producido por la proliferación de células endoteliales de los vasos sanguíneos. Su incidencia es mayor en el sexo femenino, en niños prematuros y en RN de bajo peso. Por otra parte, la cabeza y el cuello son su localización predominante (199).

El diagnóstico de los HI es clínico y según su localización se pueden dividir en: superficiales, profundos y mixtos. Los HI superficiales se pueden presentar como pápulas, placas o tumores de color rojo brillante con superficie lobulada o lisa. Los HI profundos son azulados o de color piel, y los mixtos son una mezcla de los dos anteriores (200).

Los HI tienen un curso predecible (199,200), y presentan 3 fases en su evolución:

1. Fase proliferativa, en la que la lesión crece aceleradamente.
2. Fase de estabilidad, donde no hay cambios.
3. Fase involutiva; donde la lesión se atenúa de color y disminuye de tamaño. Se inicia a partir del primer año de vida y puede durar varios años.

Cerca del 90% de los HI se mantienen en observación pues resolverán de forma espontánea.

Pueden existir complicaciones a nivel local, que abarcan la infección, sangrado, deformación, dolor y ulceración, siendo esta última la más frecuente. Un factor predisponente para dichas complicaciones es el tamaño y ubicación del HI.

La derivación a médico/a debe realizarse si (201):

- Presenta una alta velocidad de crecimiento durante el primer año.
- Se encuentra en localizaciones especiales o de riesgo tales como: párpados, nariz, periorificiales, áreas centrales de la cara como mejillas o mentón, cuello, región de los pliegues y zona del pañal.
- Hemangioma en cara > 5 cm.
- El hemangioma se encuentra en la línea media.
- Presenta complicaciones locales (úlceras, sangrado, dolor, deformidad, infección).
- Hemangiomas múltiples (mayor a 5), por asociación a hemangiomas viscerales.
- Presentaciones sindrómicas graves asociadas a malformación del sistema nervioso central y otros sistemas (Ej.: Síndrome de PHACES, Síndrome lumbar).
- Riesgo vital: compromiso de vía aérea o insuficiencia cardíaca congestiva (gran tamaño o hemangiomas viscerales).

• Mancha salmón (202)

Es una malformación capilar, mayormente esporádica, también conocida como nevus simple. Afecta a ambos sexos por igual y presenta un comportamiento distinto a los hemangiomas.

El diagnóstico es clínico; se presenta como una mancha eritematosa (rosada) de bordes mal definidos que desaparece a la digitopresión y aumenta con el llanto. Se localiza principalmente en línea media, glabella, nariz, párpados, labio superior y nuca.

La mancha salmón no requiere tratamiento y la mayoría desaparece durante los primeros 3-5 años.

iv. Trastornos de la pigmentación

• Nevus

Los nevus melanocíticos son neoplasias benignas producidas por la proliferación de melanocitos modificados que tienden a retener pigmento. Se subdividen en congénitos; presentes en el momento del nacimiento o que aparecen antes de los dos años de vida y adquiridos; aquellos que aparecen después de los dos primeros años (203).

La mayoría de los nevus no requieren tratamiento y un buen seguimiento es más que suficiente para confirmar su benignidad. Pero ante cualquier duda o cambio brusco sospechoso se debe proceder a su extirpación y consiguiente estudio histológico.

Diagnóstico diferencial: lesiones efélides o pecas, manchas café con leche, lentigo simple, nevus de Becker, mancha mongólica, nevus de Ota, nevus de Ito y nevus azul (204).

Signos de alarma por los que derivar a médico/a (204,205):

- Asimetría.
- Bordes dentados, irregulares y angulosos.
- Coloración heterogénea.
- Diámetro mayor a 6 mm.
- Historia familiar de melanoma.
- Localización en áreas de difícil seguimiento como cuero cabelludo y zona perineal.

• Melanosis dérmica (204,206)

Las lesiones de tipo melanosis dérmica circunscritas, se producen por atrapamiento de melanocitos muy profundos en la dermis, por lo que son de un color azul característico. El ejemplo más frecuente es la llamada mancha mongólica, lesión típica de los/las recién nacidos/as. Corresponde a una mácula de color azul-gris pizarra con bordes indefinidos y tamaño variable, puede tener un diámetro de hasta 10 cm o incluso más.

Típicamente se localiza en la región lumbosacra, seguida de los hombros o en zonas próximas. Rara vez ocurren en la cabeza, la cara o la superficie flexora de las extremidades, por lo que en estos casos hay que evaluar diagnósticos diferenciales.

Está presente desde el nacimiento y desaparece hacia los 3-4 años de edad. La melanosis dérmica no requiere tratamiento.

v. Alteraciones frecuentes de la piel

• Dermatitis atópica

La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis pruriginosa crónica caracterizada por múltiples exacerbaciones y remisiones que se manifiestan de distinta forma según la edad del paciente (207).

El diagnóstico de la DA es eminentemente clínico, a través de los rasgos clínicos característicos de la enfermedad, que afecta principalmente a niños/as con antecedentes de atopía familiar (207).

Los criterios diagnósticos para la DA (Hanifin y Rajka) (208):

- Criterios mayores (3 o más): prurito, morfología y distribución típica de las lesiones, dermatitis de curso crónico o crónicamente recurrente, historia personal o familiar de atopía (asma, rinitis alérgica, DA).
- Criterios menores (tres o más): xerosis, ictiosis/hiperlinealidad palmar/queratosis pilar, reactividad a pruebas cutáneas de tipo inmediato, elevación IgE sérica, edad de comienzo precoz, tendencia a infecciones cutáneas, tendencia a dermatitis inespecífica de manos y pies, eccema de pezón/queilitis, conjuntivitis recurrente, pliegue infraorbitario de Dennie Morgan, queratocono, oscurecimiento periocular/palidez facial/eritema facial, pitiriasis alba, pliegues cervicales anteriores, prurito con la sudoración, intolerancia a la lana y a solventes lipídicos, intolerancia a alimentos, evolución influenciada por factores ambientales y emocionales.

Son diagnósticos diferenciales de DA: dermatitis seborreica, escabiosis, psoriasis, dermatitis de contacto, tiña (209).

Objetivos de tratamiento (210):

- | | |
|--|----------------------------------|
| - Educación del paciente y su familia. | - Control del prurito. |
| - Evitar factores exacerbantes. | - Tratamiento de la inflamación. |
| - Reducir la resequeadad cutánea. | - Tratamiento de la infección. |

Manejo general (207):

- Evitar tejidos irritantes, ropa apretada, abrigo y/o calor excesivo.
- Lavar ropa con detergente hipoalergénico en barra, no utilizar suavizantes.
- Sacar etiqueta de la ropa.
- Evitar uso de alfombras.
- Limpieza diaria, aspirado de alfombras.
- Preferir ropa holgada, de algodón. Evitar ropa oclusiva, sintética o de lana.
- Hidratar la piel inmediatamente después del baño, con humectantes o emolientes. Repetir la aplicación según necesidad idealmente 2 veces al día.
- Baño corto y diario con agua tibia.

• Dermatitis seborreica

La dermatitis seborreica (DS) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por eritema y placas untuosas, no pruriginosas, que afecta a áreas ricas en glándulas sebáceas como cuero cabelludo, cejas, glabella, pliegues naso labiales y región retro auricular entre otras (211).

El diagnóstico es clínico y se basa en la ubicación y características de las lesiones: en lactantes se observan placas de tinte rosado, bordes bien definidos, aisladas o confluentes, con descamación amarillenta de aspecto untuoso (graso), no pruriginoso, en cuero cabelludo o pliegues inguinales. En adolescentes y adultos se presenta como parches escamosos, untuosos y eritematosos en cuero cabelludo, pliegues naso labiales, orejas, cejas, pecho, espalda alta (212).

Diagnósticos diferenciales: dermatitis atópica, tiña, psoriasis, impétigo, dermatitis del pañal, candidiasis del pañal (213).

Manejo general (212, 214): dado el curso autolimitado en lactantes, se recomienda un manejo conservador. Educar a los padres y cuidadores/as sobre las características benignas de la enfermedad.

- Lavado de cuero cabelludo diario con shampoo neutro y cepillado suave.
- Uso de emolientes (aceite mineral o vegetal) para ablandar y remover las escamas.

• Dermatitis del pañal

La dermatitis del pañal (DP) es el proceso cutáneo irritativo e inflamatorio más frecuente en neonatos y lactantes debido a especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes, etc.) que se producen en la zona cubierta por el pañal. Las más comunes son (215,216):

- **Dermatitis friccional:** leve eritema en áreas convexas de mayor roce entre el pañal y la piel del niño o niña (nalgas, abdomen, genitales, muslos). Se caracteriza por presentar un “eritema de W”.
- **Dermatitis de contacto irritativa:** parches eritematosos y pápulas que respetan los pliegues (inguinal, interglúteo). En episodios severos se pueden ver vesículas y erosiones.
- **Candidiasis del pañal:** eritema con compromiso de pliegues inguinales y pápulas o pústulas satélite.

Diagnóstico diferencial: dermatitis seborreica, dermatitis de contacto alérgica, psoriasis, intertrigo, histiocitosis de células de Langerhans, dermatitis de Jacquet, granuloma glúteo infantil, acrodermatitis enteropática (215).

Manejo general y medidas de prevención:

Tanto el objetivo del tratamiento como de la prevención de la DP es la de minimizar la humedad y la irritación en el área (215):

1. Cambiar los pañales frecuentemente y lo más pronto posible cuando estén mojados.
2. Limpieza del área:
 - a. Usar agua tibia en una botella con spray o humedecer tómulas de algodón para asear el área (cambiando las tómulas de algodón las veces que sea necesario). En caso de elegir toallas húmedas, utilizar las que están impregnadas con agua (sin fragancias). Limpiar gentilmente, realizar el aseo con palmaditas en vez de refregar.
 - b. Ventilar luego de limpiar. No utilizar secador por riesgo de quemaduras.
 - c. Aplicar óxido de zinc u otras pomadas de barrera generosamente sobre todas las áreas de irritación. En caso de requerir cremas con medicamentos, aplicarlas antes de estas pomadas.
 - d. Si es necesario retirar la pomada en alguna muda, es más fácil con torulas de algodón humedecidas en aceite mineral.
 - e. Evitar pañales reutilizables.

Cuando derivar a médico/a banderas rojas: duración mayor a 3 días (se sospecha sobreinfección por hongos), extensión de lesiones más allá del área del pañal, lesiones severas, uso reciente de antibióticos, compromiso de pliegue inguinal o lesiones satélite, dermatitis recalcitrantes o que respondan mal a manejo general (215).

• Eritema tóxico

El eritema tóxico neonatal es una erupción pustulosa común que se observa con más frecuencia en los RN de término dentro de las primeras 72 horas de vida y que se resuelve espontáneamente en una semana (217).

• Milia

La milia o millium son lesiones causadas por retención de queratina en la dermis, benignas y autolimitadas. Se presentan hasta en un 50% de los RN de término (218).

Se caracterizan al examen físico como un conjunto de pápulas de color blanco perlado o amarillento de 1-2 mm de diámetro. Su localización más frecuente son mejillas, nariz, frente y barbilla. Cuando afecta la mucosa oral recibe el nombre de perlas de Epstein que son pequeñas lesiones quísticas (225), y cuando afectan los márgenes alveolares se denominan nódulos de Bohn (218).

Diagnóstico diferencial: pustulosis neonatales; hiperplasia de glándulas sebáceas; molusco contagioso; melanosis neonatal pustular transitoria (218,219).

Manejo general: no requiere tratamiento ya que son lesiones de resolución espontánea en un mes, las perlas de Epstein y los nódulos de Bohn pueden tardar meses en desaparecer (218,220).

• Miliaria

La Miliaria es una dermatitis vesiculosa o pustulosa secundaria a la oclusión parcial de las glándulas eccrinas con la consecuente acumulación de sudor en la piel (215,218). Dos variantes son las más frecuentes y se manifiestan según el nivel de obstrucción del conducto excretor de la glándula (218,219):

- **Miliaria cristalina (o sudamina):** vesículas claras de 1-2 mm, superficiales, no inflamatorias que se rompen con facilidad. Se localizan con mayor frecuencia en cabeza, cuello y tronco.
- **Miliaria rubra:** lesiones papulares o pápulo-vesiculares eritematosas pequeñas y agrupadas. Localizadas en pliegues cutáneos y en áreas cubiertas de ropa. Se acompañan de inflamación y las lesiones no se asocian a los folículos pilosos.

Diagnóstico diferencial: foliculitis, exantemas virales, erupciones morbiliformes secundarias a drogas, eritema tóxico neonatal, dermatitis seborreica.

Manejo general y medidas de prevención: consiste en retirar el exceso de ropa, usar ropa suelta, control adecuado de la temperatura y de la humedad ambiental. No aplicar emolientes o cremas oclusivos, pues pueden exacerbar la erupción (215,219).

Cuando derivar a médico/a banderas rojas: lesiones en relación con el folículo piloso, signos de infección como la fiebre o el rechazo alimentario.

vi. Ictericia neonatal

La ictericia es la coloración amarilla de la piel y mucosas que se produce cuando la concentración sérica de bilirrubina en el recién nacido (RN) sobrepasa los 5 a 7mg/dL (221). Es un signo frecuente, pudiéndose presentar en un 60% de los recién nacidos de término (RNT) y 80% de los recién nacidos pretérmino (RNPT) (222). En la gran mayoría de los casos es benigna, sin embargo, en los casos severos (bilirrubina sérica mayor a 20mg/dL), se pueden generar alteraciones neurológicas (223,224).

Los principales factores de riesgo para desarrollar hiperbilirrubinemia severa son: la prematurez (principalmente entre 34 y 36 semanas), baja de peso excesiva, incompatibilidad de grupo clásico y sexo masculino (225).

Para su evaluación se recomienda:

- Realizarla con el o la RN desnudo/a, con luz brillante y preferiblemente natural.
- Examinar las escleras, mucosa oral, encías y paladar (buscar de forma dirigida en RN de piel oscura).
- Realizar digitopresión ligera sobre la piel hasta palidecer para comprobar si hay signos de ictericia en la zona.
- No se debe confiar únicamente en la inspección visual para estimar el nivel de bilirrubina en un RN con sospecha de ictericia, ya que es un método poco preciso incluso en personal experimentado (222,226).

Signos de alarma (se debe realizar estudio):

- Presencia de otros síntomas como letargia, hipotonía, hipertonia, succión débil o dificultad para alimentarse, irritabilidad, fiebre, vómitos, coluria, acolia, o pérdida de peso excesivo.
- Inicio en las primeras 24 horas de vida.
- Duración prolongada mayor a 1 semana en RNT y mayor a 2 semanas en RNPT.
- Incremento de bilirrubina total mayor a 5mg/dL al día.
- Bilirrubina de predominio directo mayor a 2mg/dL o mayor al 20% de la bilirrubina total (227).

Manejo general:

- Se debe realizar estudio a todo RN con signos de alarma para identificar la etiología de la ictericia.
- Si existe ictericia en los primeros días de vida y presenta factores de riesgo de hiperbilirrubinemia severa y/o existe duda sobre la magnitud de la ictericia, se les debe realizar un examen de bilirrubina total (222,228) y evaluar si requiere fototerapia utilizando las tablas según las horas de vida y factores de riesgo (anexo 14), realizando un seguimiento exhaustivo.
- Se debe ofrecer un apoyo a la madre en el manejo de la lactancia materna, previniendo la ictericia secundaria a una hipoalimentación (228); evaluar el incremento de peso, reforzar la técnica de lactancia efectiva y recomendar el aumento en la frecuencia de las tomas (226). No se debe indicar fórmula láctea de manera rutinaria (229).
- Al momento de evaluar las características de las deposiciones de los RN, se debe mostrar la cartilla de atresia biliar para descartar presencia de acolia (anexo 15). En caso de presentar acolia e ictericia derivar a Servicio de Urgencia.
- Si no hay signos clínicos de ictericia colestásica, el crecimiento es adecuado y la exploración física normal, se recomienda el seguimiento clínico y educar a los padres sobre los signos de alarma (228).
- No se debe exponer a los RN al sol. No es una práctica segura, por lo que no se recomienda (227,229).



2.2.7. SALUD 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 de 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 la retinopatía.

Para hacer una evaluación del sistema visual, el profesional que realiza el control de salud debe seguir los pasos descritos a continuación.

i. Inspección general

- Inspección externa: observar el tamaño, forma y simetría de la cabeza, cara, ojos y anexos oculares; y anomalías craneofaciales u orbitarias, presencia de aumento de volumen o tumores en los ojos y anexos oculares.
- Observación de posiciones anómalas de la cabeza, conocidas como tortícolis, desde que el niño o niña está en la sala de espera, especialmente cuando mira objetos pequeños de lejos y al ocluir un ojo, ya que la mayoría de las posiciones anómalas de cabeza de origen oftalmológico, desaparecen al ocluir un ojo.
- Los niños y niñas que consultan por riesgo de baja visión, se caracterizan por acercarse excesivamente a los objetos y desplazarse con dificultad cuando hay baja iluminación.
- Antecedentes familiares de problemas oftalmológicos: preguntar a la familia si algún integrante presenta estrabismo, anisometropías (requiere lentes), ambliopía (disminución de visión sin causas orgánicas o cuyas causas no explican la disminución de la visión observada, de uno o ambos ojos), cataratas, glaucomas infantiles o enfermedades oculares genéticas.
- Examen de pupila, debe evaluarse el reflejo fotomotor y la simetría de ambas pupilas (ausencia de anisocoria).
- En muchos casos se puede observar un movimiento rítmico y permanente de los ojos, denominado nistagmus.

ii. Examen de la pupila y rojo pupilar

En el examen de la pupila se debe verificar la simetría de la forma, tamaño y respuesta a la luz o reflejos pupilares, comparando ambas pupilas.

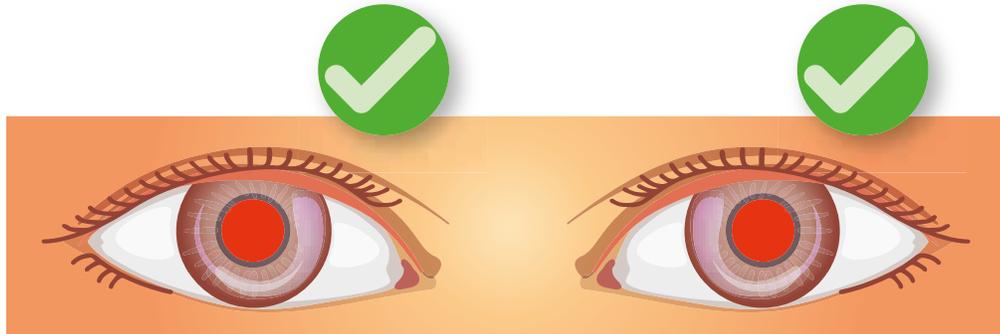
Rojo pupilar

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.

En un rojo pupilar normal (figura II-32) 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 (230).

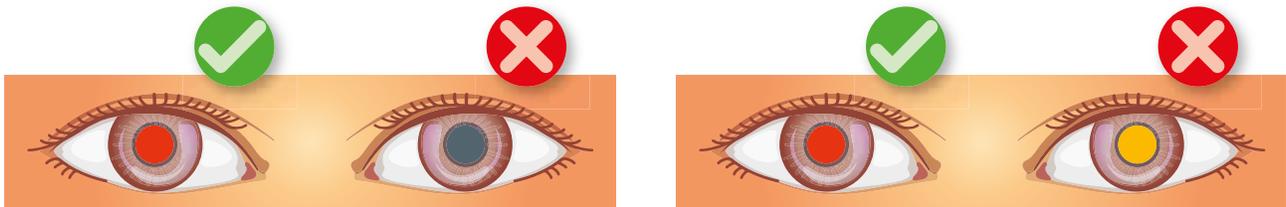
Figura II-32. Rojo pupilar normal.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

La alteración del rojo pupilar, es decir, el 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 (figura II-33). 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 (231).

Figura II-33. Rojo pupilar anormal.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Pruebas de la alineación ocular

Las pruebas de alineación ocular se realizan para detectar oportunamente estrabismo o desviación del alineamiento de uno o ambos ojos, 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 foveas son estimuladas por imágenes diferentes.

Los niños y las niñas no suelen tener diplopía o confusión permanente o en forma persistente cuando desvían, dado que la plasticidad del sistema nervioso central y visual genera mecanismos adaptativos mono y binoculares que les permiten «apagar» determinadas áreas de la vía retino-genículo-cortical del ojo desviado, potenciando además la vía del ojo fijador o no desviado y disminuyendo la integración binocular. Este fenómeno binocular de inhibición, se denomina supresión. Además, existen condiciones patológicas y fisiológicas que pueden causar desviación ocular o falsa sensación de estrabismo, lo que es necesario considerar (232).

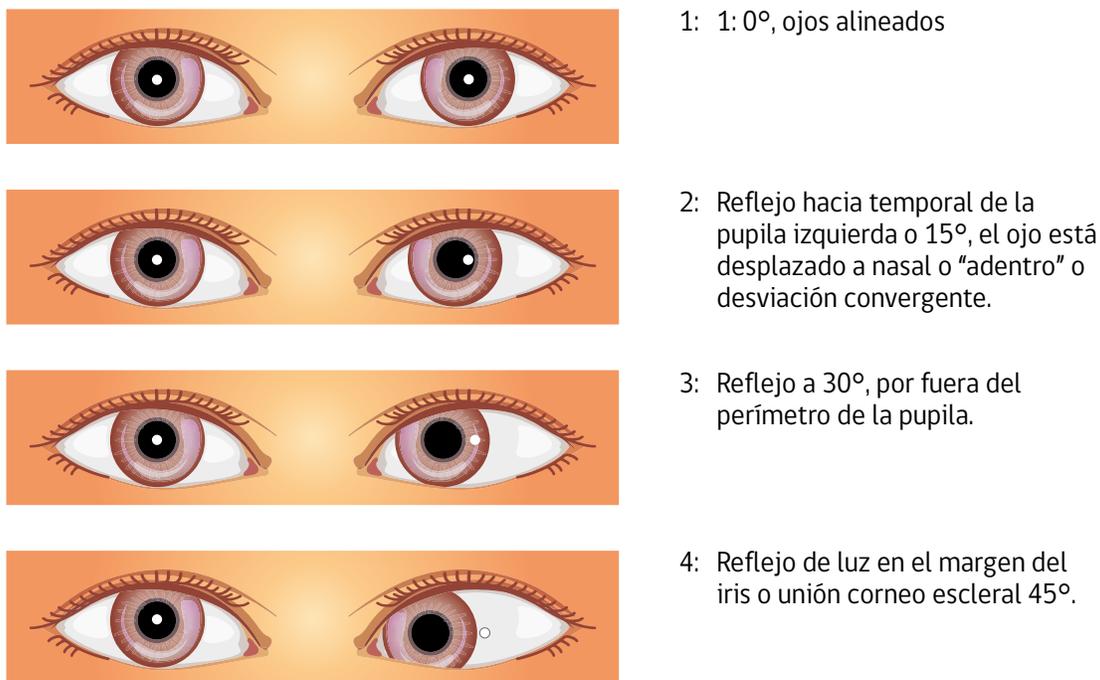
A nivel de la APS es necesario familiarizarse con algunas técnicas para evaluar la alineación ocular: la prueba de los reflejos corneales también conocida como Test de Hirschberg y el Cover Test. Estas pruebas sirven para detectar estrabismos, ya sean permanentes o intermitentes. En la sospecha de estrabismo es esencial la realización de una anamnesis dirigida preguntando por la observación de desviación, guiño de un ojo y giro de cabeza.

Test de Hirschberg o de los reflejos de la luz en la córnea

Es la prueba más simple de ejecutar e interpretar y debe realizarse en todos los controles. Consiste en iluminar los ojos del niño o niña con una luz puntual proveniente de una linterna, oftalmoscopio u otoscopio a unos 30-40 cm de la cara del niño o la niña, en un ambiente poco iluminado, observando si el reflejo de la luz (brillo de la luz) está ubicado en el mismo lugar, utilizando como referente la pupila y su perímetro. Antes de la evaluación hay que corroborar que el tamaño de las pupilas y el borde pupilar sean simétricos y regulares. En casos de ojos muy oscuros la identificación del diámetro pupilar puede ser más difícil por lo que es necesario darse un mayor tiempo de observación.

En las siguientes imágenes se puede interpretar los posibles resultados (figura II-34).

Figura II-34. Posibles resultados al Test de Hirschberg.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Cover test

Esta prueba requiere experiencia y pericia tanto para su realización como interpretación. Es recomendable realizarla siempre, pero especialmente cuando quedan dudas al test de Hirschberg, cuando este resulte normal, cuando el paciente presente una baja cooperación y cuando la familia refiere percibir desviación ocular.

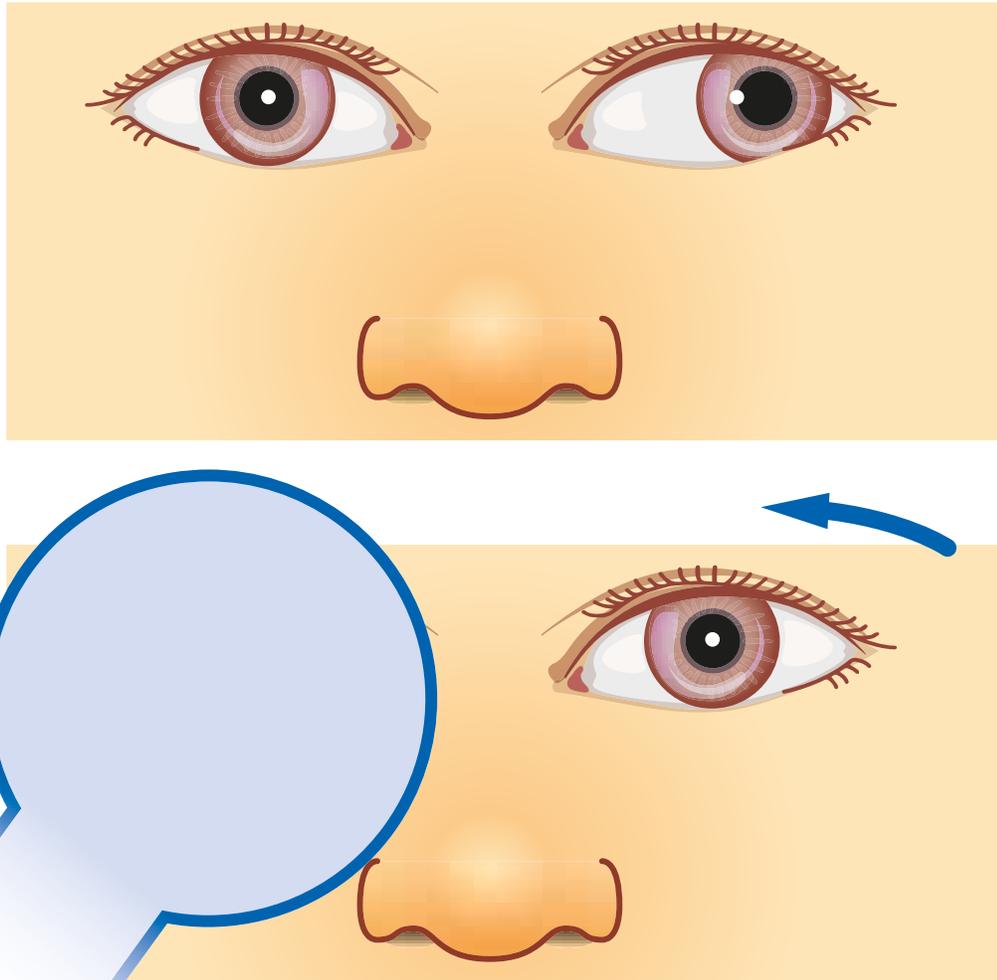
Para esta prueba el niño o niña debe mirar derecho al frente un objeto atentamente, que tenga detalles de interés. El cover test para cerca (33 cm) debe realizarse procurando mantener la atención y fijación del niño o niña. Se realiza normalmente con la mirada derecho al frente (Posición Primaria de la Mirada o PPM), pero también puede realizarse en otras posiciones de la mirada.

Como se observa en la figura II-35, si al ocluir el ojo fijador el movimiento corrector del otro ojo es hacia dentro, significa que el ojo estaba en exodesviación y que realizó un movimiento de refijación, para mirar el objeto de fijación con su fovea (movimiento de refijación foveal). El examen debe realizarse, fijando uno y otro ojo, observando siempre el movimiento del ojo desocluído.

Esta prueba también debe realizarse si el test de Hirschberg está normal, pero la familia refiere percibir desviación ocular, si queda alguna duda con el test o si hay mala cooperación. Para esta prueba el niño o niña debe mirar atentamente un objeto pequeño (objeto de atención o fijación), mientras mira dicho objeto 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 sabremos hacia dónde está desviado. Por ejemplo, si el movimiento corrector es hacia fuera significa que el ojo estaba en endodesviación. El examen debe realizarse para ambos ojos (233).

Como se grafica en la figura II-35, el niño o niña mira un objeto de fijación, luego se ocluye el ojo derecho (OD) y se observa el ojo izquierdo (OI), en este caso al ocluir el (OD) el ojo izquierdo realiza un movimiento de refijación hacia dentro, por lo que interpretaremos que ese ojo tiene una exodesviación.

Figura II-35. Cover test



Fuente: Elaboración propia. Equipo del Programa Nacional de Salud de la Infancia.

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 y /o derivación a especialista (233):

- **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/las niños/as que presenten estrabismo intermitente antes de los seis meses deben ser reevaluados 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/la niño/a menor de seis meses tiene estrabismo constante o estrabismo asociado a alteración del rojo pupilar, debe ser derivado al oftalmólogo.
- **Pseudoestrabismo:** es la apariencia de estrabismo existiendo un alineamiento normal. Su forma más frecuente es la pseudoendotropía. Se diagnostica con un reflejo corneal de luz centrado en ambas pupilas, ratificado con un Cover Test o un Cover Test con objeto de fijación.

iii. Evaluación de la agudeza visual

El método para 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 recién nacidos/as, lactantes, niños y niñas poco colaboradores

Primero es importante recalcar que un niño o niña de término y sin patología, debiera tener desarrollada su fijación a los 2 meses de edad.

En estos períodos de la vida se puede obtener información sobre el estado de la agudeza visual de forma indirecta, observando si el niño/a establece contacto visual, si mira y sigue los rostros y objetos, si la relación ojo mano es la esperada para su edad, si hay presencia de nistagmus y si hay una respuesta diferencial a la oclusión de uno y otro ojo, durante el examen.

En este período se identifican más que nada los problemas más 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 (234).

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 identificar en una tabla de optotipos. Las tablas recomendadas para realizar esta evaluación en niños y niñas de 3 a 9 años son la tabla de Snellen E. Siempre debe asegurarse de evaluar la agudeza visual de forma monocular y binocular en los casos de mala cooperación.

El procedimiento para evaluar agudeza visual con optotipo, es:

- Ubicar al niño o niña a la distancia indicada para cada cartilla, sentado a la altura de la cartilla, de modo que pueda mirar de frente o en PPM.
- Evaluar qué tabla de 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 la distancia que indica cada cartilla 5 metros de distancia y 3 metros para la cartilla de E de Snellen abreviada, 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.
- Registrar los resultados por ojo y evaluar si requiere de evaluación de especialista.

Tabla de optotipos de Tumbling E o de E de Snellen

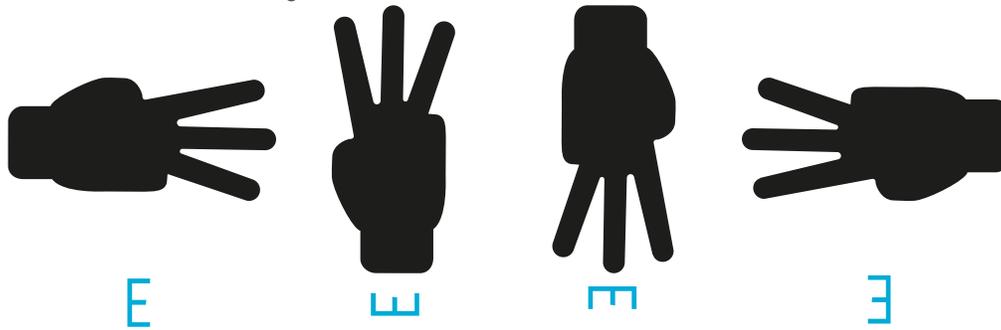
Es recomendado para los niños y niñas mayores de 3 y menores de 6 años o para aquellos mayores que aún no aprenden las letras. Esta tabla contiene letra «E» en distintas posiciones y tamaños (figura II-36). Por lo tanto, antes de realizar el examen es necesario que el evaluador corrobore a corta distancia 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 II-37. 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) (234).

Figura II-36. Tabla de Tumbling E.

20/200		200 FT 61 M
20/100		100 FT 30.5 M
20/70		70 FT 21.3 M
20/50		50 FT 15.2 M
20/40		40 FT 12.2 M
20/30		30 FT 9.14 M
20/25		25 FT 7.62 M
20/20		20 FT 6.10 M
20/15		15 FT 4.57 M
20/13		13 FT 3.96 M
20/10		10 FT 3.05 M

Fuente: Sociedad de Oftalmología Americana.

Figura II-37. Posición de la «E» con los dedos.



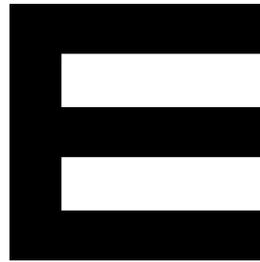
Fuente: Sociedad de Oftalmología Americana.

Tabla de E de Snellen abreviada

Existe una cartilla modificada recomendada por UNICEF y que utiliza JUNAEB en nuestro medio, en su Programa de Salud del Estudiante, para realizar los tamizajes oftalmológicos por profesores o por personal de salud que no sea del área oftalmológica (figura II-38). Esta cartilla considera un optotipo superior para enseñar, tres líneas de evaluación hasta 5/10 y una última línea de 5/5 (235). Esta cartilla debe utilizarse a una distancia de 3 m. Todo niño y niña que no identifique los optotipos de la línea tres, con uno o ambos ojos debe ser derivado.

Figura II-38. Tabla de E de Snellen abreviada.

(Para colgar en la pared)



(Esta es la letra E que debe usarse para enseñar al niño las 4 direcciones)

Línea uno				
Línea dos				
Línea tres				
Línea cuatro				

A 3 metros de distancia

Línea uno equivale a 1/10 de agudeza visual
 Línea dos equivale a 4/10 de agudeza visual
 Línea tres equivale a 7/10 de agudeza visual
 Línea cuatro equivale a 10/10 de agudeza visual

TODO NIÑO(A) QUE NO LEA BIEN LA LÍNEA TRES DEBE DERIVARSE

Fuente: Sánchez-Verdiguell y cols, 2011 (236).

Tabla de Snellen

Es recomendada para los niños y niñas mayores de 6 años o para aquellos que ya saben leer. Esta tabla contiene distintas letras en distintos tamaños (figura II-39). Antes de realizar el examen, es necesario que el evaluador corrobore, a corta distancia, el reconocimiento de las letras presentadas. Requieren 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) (231).

Figura II-39. Tabla de Snellen

20/200	E	$\frac{200 \text{ FT}}{61 \text{ M}}$	1
20/100	F P	$\frac{100 \text{ FT}}{30.5 \text{ M}}$	2
20/70	T O Z	$\frac{70 \text{ FT}}{21.3 \text{ M}}$	3
20/50	L P E D	$\frac{50 \text{ FT}}{15.2 \text{ M}}$	4
20/40	P E C F D	$\frac{40 \text{ FT}}{12.2 \text{ M}}$	5
20/30	E D F C Z P	$\frac{30 \text{ FT}}{9.14 \text{ M}}$	6
			
20/25	F E L O P Z D	$\frac{25 \text{ FT}}{7.62 \text{ M}}$	7
20/20	D E F P O T E C	$\frac{20 \text{ FT}}{6.10 \text{ M}}$	8
			
20/15	L E F O D P C T	$\frac{15 \text{ FT}}{4.57 \text{ M}}$	9
20/13	F D P L T C E O	$\frac{13 \text{ FT}}{3.96 \text{ M}}$	10
20/10	F E Z O L C F T D	$\frac{10 \text{ FT}}{3.05 \text{ M}}$	11

Fuente: Sánchez-Verdigué y cols, 2011 (236).

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/a prematuro/a, 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.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Componente en Salud Oftalmológica en Pediatría. Principios Básicos y Protocolos de examen, diagnóstico y tratamiento. Oftalmología Pediátrica para la Atención Primaria.	https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/10/Protocolos-de-Salud-Oftalmologica-Infantil-en-APS.pdf
Guía de Práctica Clínica - Retinopatía del prematuro	https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/retinopatia-del-prematuro/recomendaciones/
Guía de Práctica Clínica - Estrabismo en menores de 9 años	https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/estrabismo-en-menores-de-9-anos/recomendaciones/



2.2.8. SALUD AUDITIVA

La pérdida de audición en la infancia es una causa de déficit irreversible en la comunicación y habilidades psicosociales, cognición y alfabetización, especialmente cuando no es detectada e intervenida tempranamente. Al respecto, existe evidencia clara de que la privación auditiva en la primera infancia lleva a daño cortical estructural y funcional (237).

Durante la infancia, existen hipoacusias congénitas y adquiridas. A nivel mundial, la prevalencia de hipoacusia bilateral oscila, según las distintas series, entre 1 en 900 a 1 en 2.500 recién nacidos/as (238). En preescolares y escolares se estima que aproximadamente entre un 7% a un 15% presenta algún déficit auditivo (239, 239,240).

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 o implantes cocleares y educación al grupo familiar, permiten que niños y niñas con hipoacusia se desarrollen en forma similar a sus pares normoyentes (241,242).

A todo RN debe hacerse algún examen de tamizaje auditivo, emisiones otoacústicas o potenciales evocados de tronco cerebral automatizados según corresponda. En Chile, se está haciendo tamizaje auditivo aproximadamente al 50% de los RN; cuando no se realiza alguno de estos exámenes a los dos años y medio de vida aproximadamente, el diagnóstico es tardío, debido a que se inicia la sospecha recién cuando a su familia y educadores les llama la atención que no desarrollan lenguaje. Esta tardanza en el diagnóstico y en el inicio de una intervención adecuada, genera una larga rehabilitación y con resultados auditivos y de aprendizaje inferiores a los que obtendría si el diagnóstico se hubiera realizado antes de los 6 meses (243).

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

Desde Julio del año 2013, entró en vigencia el GES de tratamiento de hipoacusia, y desde el año 2016 amplió su cobertura incluyendo a los menores de 4 años, con lo que se garantizó el tratamiento para los niños/as diagnosticados con hipoacusia, incluyendo audífonos, rehabilitación e implante coclear si lo requiere (244). El año 2018 se incluyó el implante coclear para pacientes diagnosticados después de los 4 años a las garantías del Ley 20.850 (Ley Ricarte Soto). Los audífonos para los pacientes diagnosticados de hipoacusia después de los 4 años no se encuentran garantizados, los cuales habitualmente se adquieren a través del Hospital donde atienden, JUNAEB o SENADIS.

i. 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 externo y/o medio que impide la correcta llegada de la onda sonora al oído interno) o;
- Mixta (presencia de concomitantes neurosensorial y de conducción) (244).

La hipoacusia se clasifica dependiendo de la severidad en las siguientes categorías, según la pérdida en decibelios (245).

Tabla II-38. Niveles de audición según umbral.

NIVEL DE AUDICIÓN	UMBRAL DE AUDICIÓN EN EL MEJOR OÍDO (DB)
Normal	menos de 20
Hipoacusia Leve	20-40
Hipoacusia Moderada	41-70
Hipoacusia Grave	71-89
Hipoacusia Profunda	90 o más

Fuente: OMS, 2013 (246).

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.

Recién nacidos/as y lactantes

Todo/a recién nacido/a debe someterse a un examen de tamizaje auditivo. Puede utilizarse emisiones otoacústicas (EOA) o potenciales evocados de tronco cerebral acortados (PEATa). Estos detectan pérdidas auditivas desde el umbral 35db y solo el segundo examen es capaz de detectar la neuropatía auditiva (5% de todas las hipoacusias), razón por la cual se recomienda utilizarlo en RN con factores de riesgo de neuropatía auditiva (que hayan estado en UTI neonatal, prematuros, hiperbilirrubinemia neonatal, etc.).

A los RN que presentan en el examen de tamizaje (examen alterado), debe hacerseles un segundo examen de tamizaje, que pudiera ser con EOA o PEATa, o siempre PEATa (tamizaje en 2 estados). La sensibilidad de este último esquema es de 92% y la especificidad es de 98% (247). En caso de resultar alterado el segundo examen de tamizaje, el o la paciente debe derivarse a Otorrinolaringología para confirmar o descartar el diagnóstico. En caso de confirmarse el diagnóstico de Hipoacusia, el o la paciente ingresará al GES y accederá al tratamiento que le corresponde.

Figura II-40. Cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años

Mi historia:									
Exámenes									
Examen	Fecha				Resultado				
Grupo Sanguíneo - RH de la Madre									
Grupo Sanguíneo del hijo/a									
VDRL periférico					No especificar resultado				
Fenilquetonuria					No especificar resultado				
Hipotiroidismo					No especificar resultado				
VIH					No especificar resultado				
Screening auditivo									
Otros									
Observaciones									
Egreso del recién nacido(a):									
Examen físico	Normal		Alterado		Especifique				
Hospitalizado:	No	Si	Causa						
Patología del RN:	No	Si	Especifique						
Alimentación durante la hospitalización:									
Lactancia Materna Exclusiva	No	Si	Lactancia Materna + Formula		No	Si	Fórmula	No	Si
Fecha de Egreso					Peso de Egreso				
Vacuna BCG					Fecha				

En el control de RN se debe preguntar a los padres si al niño/a se le hizo tamizaje al nacer (chequear esta información con el cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 6 años, figura II-40) y en el caso que el RN tenga un resultado alterado en el tamizaje auditivo se debe asegurar un control en el servicio de ORL. En el caso de que el RN no se haya sometido a tamizaje auditivo, se recomienda que se realice.

En los controles de lactantes, se debe estar alerta frente a cualquier hecho que pudiera relacionarse a una hipoacusia aún no diagnosticada, ya sea porque no se hizo tamizaje al nacer o porque desarrolló una hipoacusia de aparición tardía.

En la anamnesis se debe indagar acerca de factores de riesgo de hipoacusia (248,249):

- Preocupación del cuidador respecto a retrasos en la audición, el habla o el desarrollo.
- Historia familiar de hipoacusia permanente.
- Permanencia por más de cinco días en UCI/UTI neonatal, o bien menos de cinco días, pero con necesidad de ECMO, ventilación asistida, exposición a fármacos ototóxicos (gentamicina, furosemida, etc.) o hiperbilirrubinemia que requirió exanguíneotransfusión.
- Infecciones intrauterinas (citomegalovirus, toxoplasmosis, meningitis bacteriana, sífilis, rubéola, virus herpes).
- Infecciones postnatales asociadas a pérdida auditiva con cultivos positivos (meningitis bacteriana o viral).
- Alteraciones craneofaciales, especialmente las que comprometen hueso temporal y pabellón auricular.
- Síndromes asociados a hipoacusia: neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
- Desórdenes neurodegenerativos como el síndrome de Hunter o neuropatías sensoriomotrices como la ataxia de Friedrich y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth.
- Hallazgos físicos asociados a síndromes que incluyen hipoacusia sensorineural o de conducción permanentes.
- Traumatismo craneoencefálico, en especial fracturas de base de cráneo y del hueso temporal.
- Quimioterapia.

La guía clínica GES de hipoacusia, señala que en los menores de 4 años con factores de riesgo de hipoacusia se sugiere el control audiológico para descartarla.

En la anamnesis, además se debe preguntar acerca de antecedentes conductuales que permiten sospechar hipoacusia en el niño o la niña:

Tabla II-39. Antecedentes conductuales ausentes, asociados a hipoacusia.

NACIMIENTO A 3 MESES		3 A 6 MESES	
<ul style="list-style-type: none"> - Se sobresalta con ruidos fuertes. - Se despierta con algunos sonidos. - Parpadea o abre los ojos en respuesta a los ruidos. 		<ul style="list-style-type: none"> - 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	
<ul style="list-style-type: none"> - Disfruta juguetes nuevos. - Gorjea con inflexión. - Dice disílabos (8-9 meses) o mamá. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde a su nombre y a "no". - Sigue órdenes simples. - Utiliza vocabulario expresivo de 3 a 5 palabras. - Imita algunos sonidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce algunas partes del cuerpo. - Aumenta su vocabulario. - Cerca de los 24 meses genera frases de 2 palabras. 	

Fuente: Benito y Silva, 2017 (250).

Preescolares y escolares

A los padres o cuidadores, se les debe preguntar acerca de los factores de riesgo descritos más arriba (248).

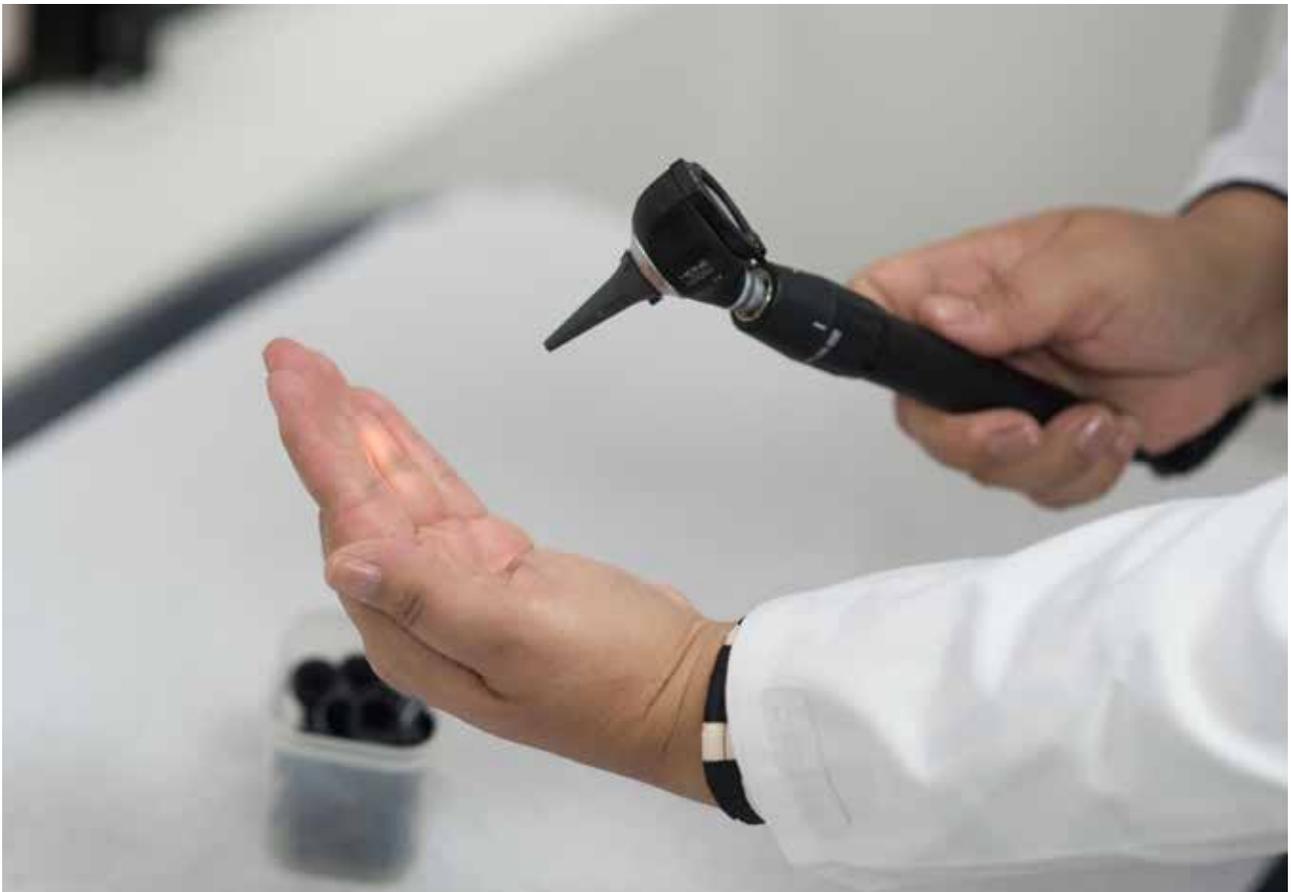
Además, se debe preguntar acerca de antecedentes conductuales, que hagan sospechar hipoacusia, tales como:

- 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.

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 1000 palabras).
- Los extraños le entienden casi completamente lo que habla.

Se recomienda hacer, además, una prueba de tamizaje auditivo, para lo cual se puede utilizar aplicaciones para equipos móviles que existen para aquello.



Examen físico para la evaluación auditiva

La evaluación auditiva debe incluir una otoscopia. Para realizarla adecuadamente, debe tomar el borde superior del pabellón auricular (oreja) traccionando hacia arriba y hacia fuera, de modo que el conducto auditivo externo quede recto (251).

En lactantes mayores y preescolares, se recomienda que alguno de los padres o cuidadores lo tomen como se muestra en la figura II-41. 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 de que muchas veces el examen físico de un niño o niña con hipoacusia es normal, pueden encontrarse los siguientes hallazgos asociados a hipoacusia:

Figura II-41. Posición del adulto y el niño/a en el control auditivo.



- Otitis media colesteatomatosa: se ven restos de piel habitualmente en relación a la parte superior del tímpano.
- Otitis Media Crónica Simple: cuando una perforación timpánica dura más de 3 meses.
- Otitis media con efusión: se observan los tímpanos opacos, a veces se observan burbujas a través de la membrana timpánica.
- Tapón de cerumen impactado.

Los dos primeros se sospechan cuando un niño presenta además de hipoacusia, otorrea intermitente indolora. Ambas patologías son de resolución quirúrgica por lo que deben ser derivados a ORL para su manejo.

Cuando la otitis media con efusión dura más de 3 meses, se le llama persistente, en cuyo caso su resolución es quirúrgica a través de la inserción de tubos de ventilación (collera o tubo T según corresponda).

Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

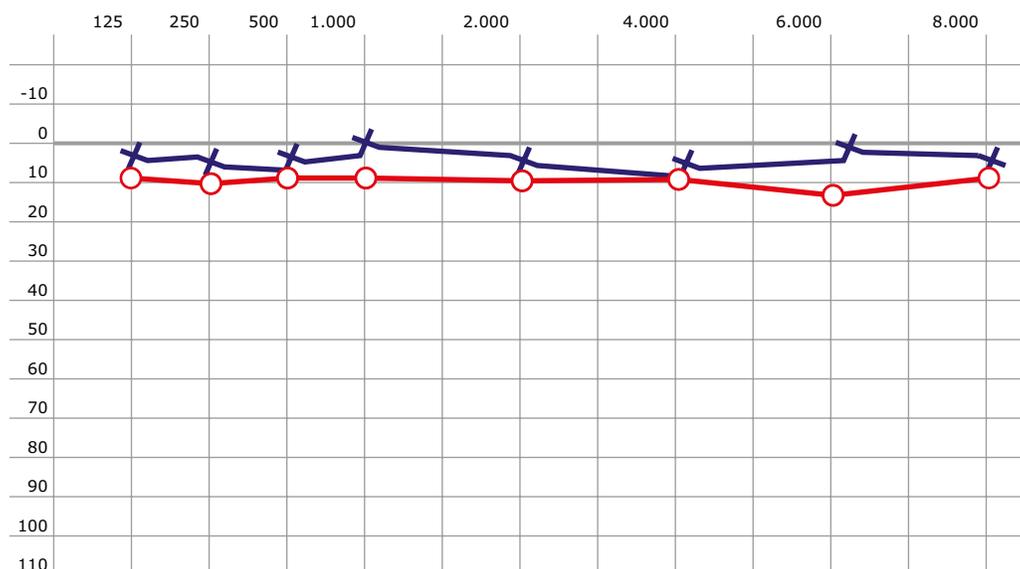
ii. Conducta ante sospecha de hipoacusia

En caso de sospecha de otitis media crónica simple o colesteatomatosa, o de otitis media con efusión persistente, el niño debe ser derivado a ORL para la resolución del cuadro.

Ante la presencia de factores de riesgo, descritos anteriormente según edad, o sospecha de hipoacusia por parte del profesional de APS, se debe derivar a otorrinolaringología para estudio, si existe la posibilidad, derivar con los exámenes ya realizados (252):

- En niñas y niños **menores de dos años**, la evaluación audiológica se basa en la realización de emisiones otoacústicas EOA que capta la energía generada por la cóclea en respuesta a un sonido externo (evocado) o potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automatizados PEATa (evalúa la respuesta neuroeléctrica del sistema auditivo ante un estímulo sonoro). Este último, se realiza como se señala más arriba en los niños con factores de riesgo de neuropatía auditiva (RN que hayan estado en UTI neonatal, prematuros, hiperbilirrubinemia neonatal, etc.). 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 auditivos de tronco cerebral clínicos PEATc.
- 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, este examen se complementa con EOA o PEATa.
- 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 como aérea. 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 continuas para la vía aérea (figura II-42).

Figura II-42. Audiometría Normal.



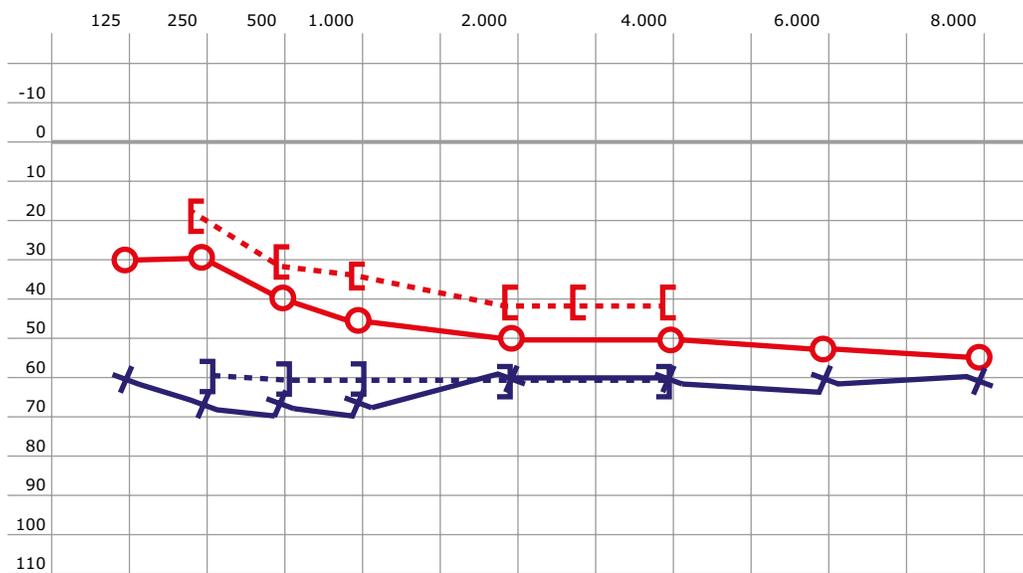
Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

iii. Exámenes para el estudio de hipoacusia

Las emisiones otoacústicas (EOA) y los potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automatizados (PEATA) se informan como "Pasa" en caso de audición normal y "Refiere" en caso de que resulten alterados.

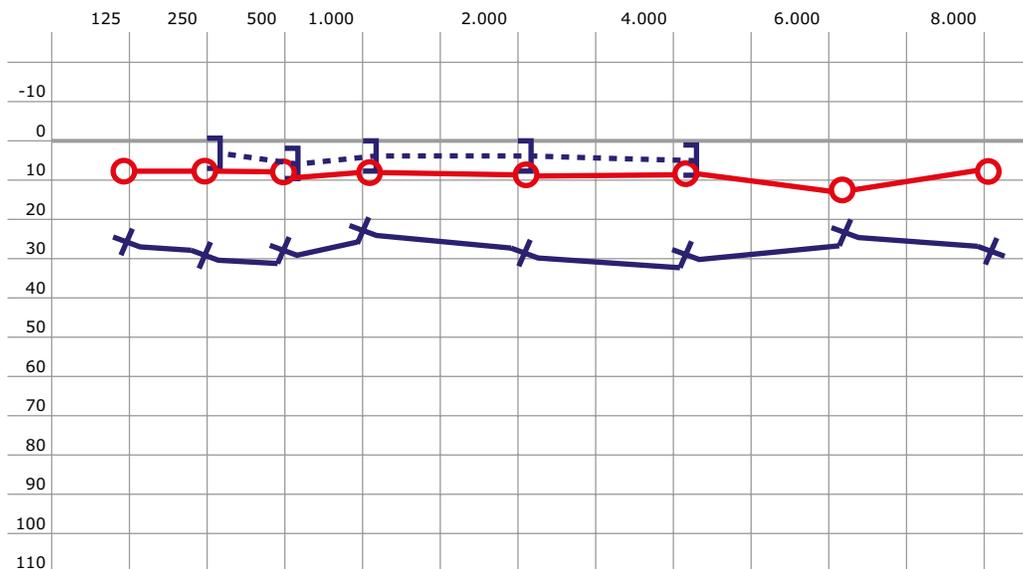
En el caso de la audiometría, lo normal es que la detección de vía aérea y ósea se sobreponga en una sola curva, que se encuentra entre 0 a 20 decibeles (dB), rango definido como audición normal, como se ve en la figura II-42. Cuando el umbral detectado es superior a los 20 dB, se define como hipoacusia, 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 II-43 y II-44 (238). Para graficar el oído izquierdo se utiliza el color azul y cruces, para el oído derecho el color rojo y círculos.

Figura II-43. Hipoacusia sensorioneural con mayor compromiso del oído izquierdo.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Figura II-44. Hipoacusia de conducción del oído izquierdo.



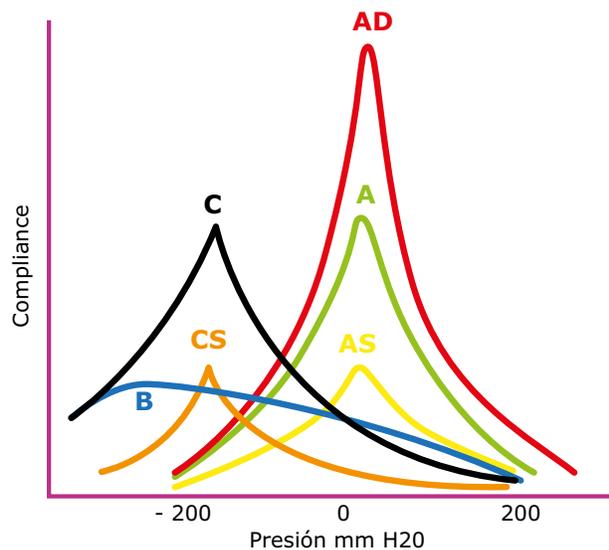
Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

La *impedanciometría*, es un examen complementario y se puede realizar a cualquier edad. Este examen, busca evaluar las variaciones de la compliance del sistema tímpano-oscicular alterando la presión del aire en el conducto (timpanometría). Los registros se anotan en un gráfico, donde la abscisa indica la presión de aire y la ordenada los valores de la compliance (253,254) (gráfico II-6):

Curva tipo A: es la curva normal, máximo de distensibilidad centrado en la presión 0. Indica que el sistema tímpano-oscicular funciona con normalidad.

- Curva tipo Ad: peak centrado, con distensibilidad muy marcada. Traduce una ruptura o interrupción de la cadena oscicular.
- Curva tipo As: pico centrado, pero con una amplitud muy baja. Corresponde a una rigidez de la cadena oscicular.
- Curvas tipo B: timpanograma plano que carece de peak. Traduce una ocupación del oído medio generalmente por secreciones, como en la otitis media con efusión.
- Curvas tipo C: poseen un peak claro pero desplazado a presiones negativas. Se relaciona con obstrucción o mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio.

Gráfico II-6. Curvas de impedanciometría



Fuente: Jerger, 1970 (255).

En edad escolar, la impedanciometría 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.

En escolares, se debe evaluar la audición en aquellos que reporten que no escuchan. Puede ser útil el uso de aplicaciones para equipos celulares que detectan niños/as que pudieran tener hipoacusia

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Guía de Práctica Clínica
Hipoacusia en RN, niños y niñas
menores de 4 años

<https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/hipoacusia-en-menores-de-4-anos/recomendaciones/>



2.2.9. SALUD BUCAL

La cavidad oral es un área específica de evaluación durante la supervisión de salud integral. El examen de boca y faringe es parte del examen físico general infantil. Existen distintas alternativas para realizarlo, dependiendo de la edad del niño/a y de la infraestructura disponible.

La boca y las estructuras que la forman cumplen funciones importantes en la vida cotidiana, en las relaciones sociales y en la interacción con personas; posibilitan gestos, lenguaje, sonrisa y complementan la apariencia, además de permitir funciones esenciales como hablar correctamente, masticar los alimentos y tragar.

La boca, especialmente los dientes, los labios y la lengua, son fundamentales para hablar. La lengua fricciona o golpea los dientes al pronunciar determinados sonidos y ayuda a formar palabras; los labios participan en el habla, controlando el flujo de aire que sale de la boca al articularlas. También desempeña una función clave para el sistema digestivo, porque los dientes son necesarios para la masticación de los alimentos (desgarrar, cortar y moler), preparándolos para la deglución; y permite que las enzimas y lubricantes secretados en la boca faciliten la digestión.

La salud bucal 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 y de las estructuras vecinas que forman parte del complejo maxilofacial.

Evaluar la cavidad bucal, determinar factores de riesgo de enfermedades bucales y entregar estrategias de prevención, es la manera más efectiva de prevenir las enfermedades bucales más frecuentes, como son: caries, gingivitis, enfermedad periodontal y anomalías dentomaxilares. Por tanto, se considera parte del control de salud infantil.

i. Examen físico de boca y faringe

Es fundamental realizar el examen bucal en cada supervisión de salud infantil. El profesional que realiza la atención debe generar un ambiente acogedor que facilite el acercamiento al niño o niña, solicitar la cercanía del adulto que lo acompañe para que le brinde seguridad, y anticiparlo a la ejecución del examen. Esto puede realizarse contándole y mostrando lo que se va a realizar y cómo funcionan los elementos que se utilizan para este efecto.

Para la observación de la cavidad oral (figura II-45) se requiere utilizar un «baja lengua» y/o un espejo bucal e iluminación adecuada, ya sea natural o artificial. Idealmente, se recomienda utilizar guantes y mascarilla.

Figura II-45. Evaluación de la cavidad oral.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Observar e identificar las partes de la cavidad oral

La boca está formada por tejidos duros y blandos:

- **Tejidos duros:** dientes, hueso maxilar superior y hueso maxilar inferior.
- **Tejidos blandos:** mejillas, labios, encía y lengua.

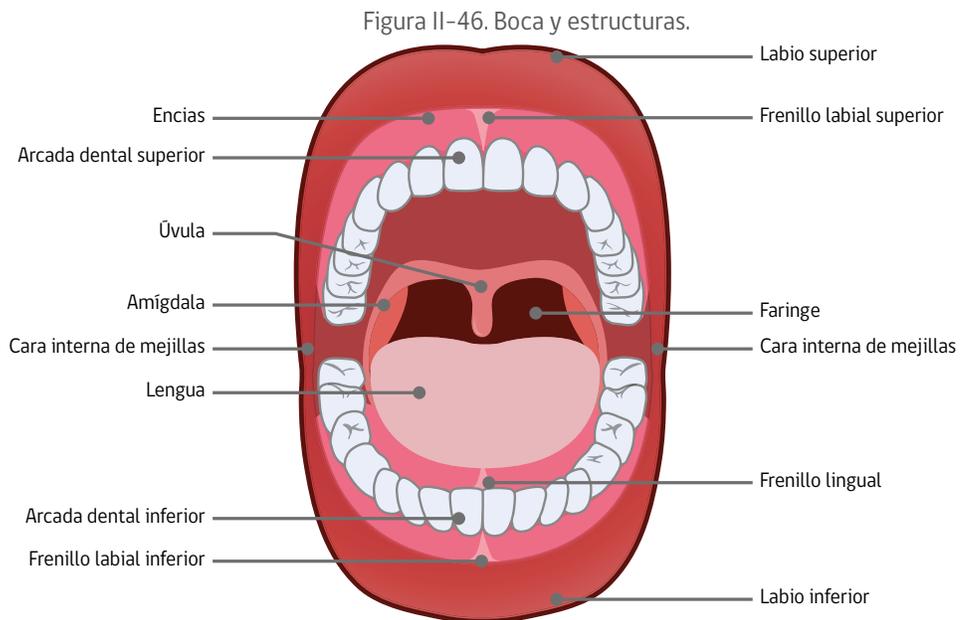
Las paredes anatómicas de la cavidad oral son:

Pared anterior, formada por los labios.

- Paredes laterales, formadas por las mejillas.
- Pared inferior, formada por la lengua y piso de la boca.
- Pared superior, formada por el paladar.
- Pared posterior, orificio irregular que comunica con la faringe.

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

En el examen físico de la boca se deben considerar las distintas estructuras presentes (figura II-46), las cuales se describen a continuación.



Fuente: Departamento Salud Bucal. MINSAL 2016 (256).

Labios

Puerta de entrada del aparato digestivo y apertura de la boca, recubierto por fuera por piel y por dentro por mucosa. Su función es facilitar la articulación de los sonidos, participar en ingesta de alimentos, y expresión facial.

Se debe examinar su aspecto y simetría. Posibles alteraciones que deben registrarse son:

- Aumento de volumen por edema (ejemplo: reacción alérgica).
- Cambio de coloración (ejemplo: palidez).
- Lesiones: costrosas (ejemplo: herpes simple); pigmentadas (algunos síndromes) o fisuras en labio o paladar; boqueras (queilitis angular).
- Inflamación, si se observan secos o agrietados (queilitis).

Mucosa y cara interna de las mejillas

Todas las paredes de la cavidad bucal están tapizadas por mucosa. Se debe observar humedad, color, evaluar el frenillo labial superior, ya que puede encontrarse hipertrofiado.

Posibles alteraciones que deben registrarse son:

- Sequedad de la mucosa, por poca producción de saliva, xerostomía.
- Placas múltiples blanquecinas que no se desprenden con la higiene de la boca, algorra o candidiasis o muget.
- Úlceras superficiales, habitualmente ovaladas, muy dolorosas, rodeadas de eritema (úlceras orales).
- Inflamación en la salida del conducto de Stenon, puede deberse a Parotiditis Infecciosa, o alguna otra alteración de la glándula.

Encías

Es la parte de la mucosa bucal que cubre el hueso que aloja los dientes en los maxilares superior e inferior, y rodea el cuello de los dientes. Una encía normal es de color rosado coral, se debe observar aspecto, coloración, tamaño. Algunas posibles alteraciones que deben registrarse son:

- Inflamación, sangrado, enrojecimiento que puede indicar gingivitis.
- Hipertrofia por algún medicamento como fenitoína.

Figura II-47. Evaluación de labios, mejillas y encías (de arriba abajo).



Fuente: Departamento Salud Bucal. MINSAL 2016. (256).

Lengua

Es un órgano muscular recubierto por mucosa, sus movimientos favorecen la trituración de los alimentos realizada por los dientes durante la masticación y formación del bolo alimenticio. Tiene los receptores de estímulos gustativos. Es importante en la adquisición y desarrollo de la fonación, función relacionada con el habla.

Se debe observar aspecto, color, si existen lesiones, movilidad, presencia o no de capa blanquecina desprendible sobre la superficie, que aumenta al haber una higiene deficiente o cuadros febriles. Si la capa blanquecina no se desprende, podría ser algofra o candidiasis.

Paladar

Se divide en paladar duro y blando.

- *Paladar duro:* es el techo de la cavidad bucal, da espacio y permite que la lengua se apoye sobre él para mezclar y tragar los alimentos, se debe observar si presenta hendidura en el caso de un paladar fisurado, torus palatino o prominencia ósea en la línea media, otras lesiones.
- *Paladar blando o velo del paladar:* estructura móvil que continúa al paladar duro, su función es elevarse y cerrar la nasofaringe durante la deglución evitando que los alimentos ingresen a la cavidad nasal; presenta algunos receptores del gusto, se debe observar elevación del borde posterior y úvula al decir "Ahhhhhh".

Piso de boca

Mucosa delgada y laxa, adherida a los tejidos adyacentes para permitir la movilidad de la lengua, considera el frenillo lingual, a los costados del cual desembocan los conductos excretores de las glándulas sublinguales y, en la zona anterior del piso de boca, desembocan los conductos excretores de las glándulas submaxilares. Se debe observar el frenillo lingual, ya que si está corto (anquiloglosia) determina una limitación del movimiento de la lengua, pudiendo influir en el amamantamiento y en la fonación.

Faringe

Estructura con forma de tubo que conecta la cavidad bucal con el esófago, y la cavidad nasal con la laringe, por ella pasan el aire y los alimentos. Se divide en 3 partes: nasofaringe, orofaringe y laringofaringe.

Al observar la orofaringe, se ven las amígdalas palatinas ubicadas entre los pilares palatinos anteriores y posteriores. La faringe participa en la deglución, respiración, fonación, audición, olfato, salivación, entre otras.

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.

Glándulas Salivales

Son aquellas que producen la saliva por medio de un reflejo activado por receptores existentes en la boca. Existen:

- Las glándulas salivales menores: distribuidas por la mucosa de los labios mejillas, lengua y paladar.
- Las glándulas salivales mayores: parótidas (ambos lados de la cara); submaxilares (bajo la lengua) y sublinguales, ubicadas en la parte anterior del piso de la boca. Se debe observar y evaluar si están aumentadas de volumen y/o dolorosas a la palpación, y si el flujo salival está disminuido.

Saliva

La saliva es una secreción líquida proveniente de las glándulas salivales, sus principales funciones son digestivas y gustativas.

Si al examen de la cavidad oral 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.

ii. Erupción de los dientes según edad, dientes y oclusión

Rebordes alveolares

Son porciones basales de hueso recubiertas por almohadillas gingivales; están presentes en recién nacidos, aunque ellos generalmente nacen sin dientes.

Dientes

Están ubicados en los huesos maxilares y se alojan en unas cavidades llamadas alvéolos dentarios. Están formados por tres partes:

- Corona: es el tejido duro, blanco y brillante que sobresale de la encía.
- Raíz: es la parte del diente que no se ve. Permite el anclaje del diente dentro del hueso o alvéolo dentario.
- Cuello: es la zona del diente que une la corona y la raíz.

Figura II-48. Evaluación de dientes, piso de boca y frenillos (izquierda a derecha)

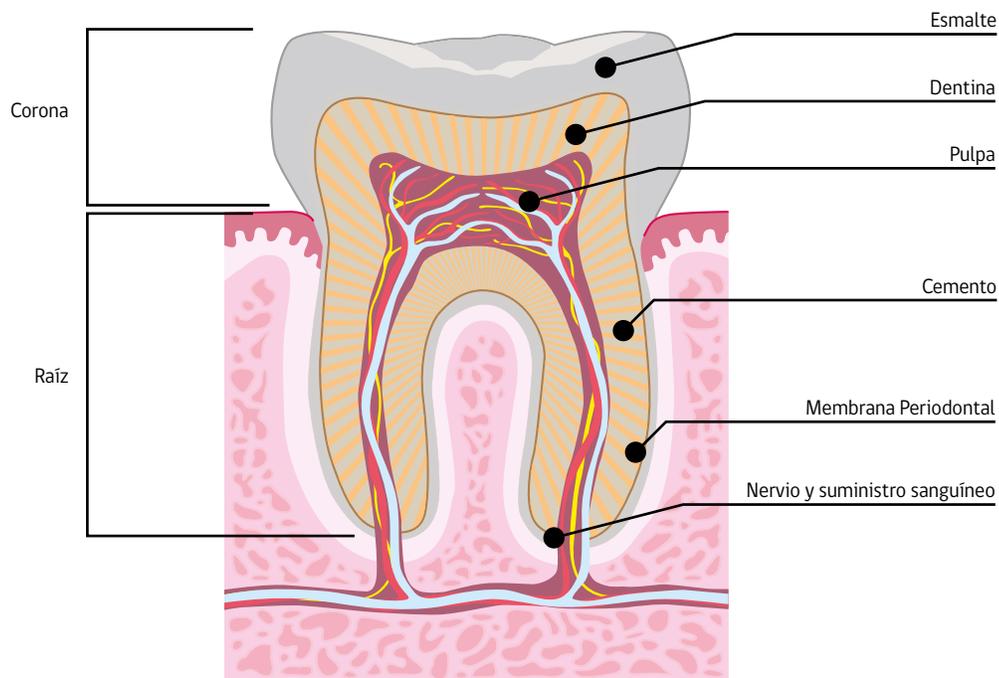


Fuente: Departamento Salud Bucal. MINSAL 2016 (256).

El diente está formado por capas de tejidos duros que protegen al núcleo central que es la “pulpa”, también conocida como “nervio del diente”. Desde afuera hacia dentro estas capas son (figura II-49):

- **Esmalte:** capa externa de tejido muy duro que cubre la corona, es el más calcificado de todo el organismo. Está en permanente contacto con el medio bucal (saliva, bacterias, alimentos) con el que intercambia partículas o iones.
- **Dentina:** forma el cuerpo, tanto de la corona como de la raíz, es menos duro que el esmalte. Posee terminaciones nerviosas que le llegan desde la pulpa, otorgando la sensibilidad al diente, por lo que puede doler, por ejemplo, al contacto con el frío o cuando se expone por fractura o caries.
- **Pulpa:** formada por vasos sanguíneos, linfáticos y nervios; provee la sensibilidad y nutrición al diente.
- **Cemento:** capa externa de la raíz que protege la dentina. Es delgado y poroso y en él se anclan las fibras colágenas que sujetan el diente al hueso.

Figura II-49. Estructura de una pieza dental



Fuente: Departamento de Salud Bucal. MINSAL, 2016 (256).

Los dientes según su forma y función se dividen en:

- **Incisivos:** poseen forma de paleta, su función es cortar el alimento; con una sola raíz.
- **Caninos:** tienen forma de lanza, su función es desgarrar el alimento; con una sola raíz, la que suele ser bastante larga en comparación a la de los incisivos.
- **Premolares:** presentes solo en la dentición definitiva, tienen forma de cubo, su función es triturar; pueden tener 1 o 2 raíces.
- **Molares:** su forma es de cuadrilátero, con una amplia superficie para realizar la molienda; según su ubicación, ya sea en la arcada superior o inferior, poseen 2 o 3 raíces. Su función es moler.

Se debe observar y evaluar la higiene de los dientes, si cuenta con las piezas dentarias adecuadas a la edad y observar rebordes alveolares (cuando aún no erupcionan las piezas dentarias) por posibles inflamaciones de la encía al tener algún diente en proceso de erupción.

Se ha descrito la existencia de dientes perinatales (presentes ya en el nacimiento) y de dientes neonatales (que erupcionan durante la etapa neonatal). La existencia de estos dientes que, con frecuencia suelen ser incisivos centrales superiores o inferiores, generalmente están móviles por tener una formación radicular incompleta.

En caso de detectar esta situación, el niño o niña debe ser evaluado por un cirujano dentista.

Oclusión o Mordida

Corresponde al alineamiento y contacto que existe entre los dientes superiores y los inferiores.

Se considera normal cuando todos los dientes están bien alineados o parejos y al juntar los dientes, los superiores cubren ligeramente a los inferiores. Al morder, todos los dientes contactan con sus homólogos, es decir, superiores con inferiores. La oclusión normal se refleja en las características de la cara, que será proporcionada y simétrica, con un perfil armónico, donde los labios se juntan sin esfuerzo.

Dentición Primaria

La erupción dentaria es un proceso fisiológico asociado al crecimiento. El proceso de erupción dentaria se produce 2 veces, primero con la erupción de dientes temporales, primarios o de leche, y luego con la erupción de los dientes permanentes o definitivos.

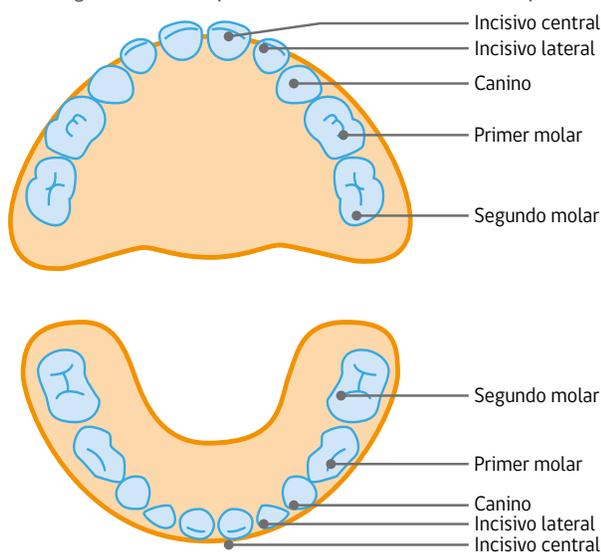
Conocer el proceso de erupción y recambio dentario, identificando la edad en que ocurren, permite una mejor evaluación en el control de salud infantil.

Dientes primarios, temporales o «de leche»

Comienzan su formación durante la tercera semana del embarazo, de modo que el RN cuenta con los 20 dientes temporales ya en formación en los huesos maxilares, saliendo aproximadamente a partir de los 6 meses de edad y terminan de aparecer, con seguridad, a los tres años. El número de dientes temporales es de 20 (10 superiores y 10 inferiores), estos se ubican simétricamente en el maxilar superior y en el maxilar inferior, agrupados por función, como se ve en la figura II-50.

Estos dientes permiten a niños y niñas masticar y comer adecuadamente, ayudan en la formación de los sonidos y mantienen el espacio para los dientes definitivos guiando su correcta erupción.

Figura II-50. Esquema arcada con dientes temporales.



Fuente: Departamento de Salud Bucal. MINSAL, 2016 (256).

Es importante educar a las madres, padres y/o cuidadores sobre las molestias habituales que acompañan la erupción de los dientes, tales como: aumento en la cantidad de saliva, tendencia a morder objetos duros, inflamación y enrojecimiento de las encías, pudiendo haber pérdida de apetito, intranquilidad y/o sueño liviano.

Se considera erupción retrasada cuando **ningún** diente ha emergido al finalizar el mes 13 de edad.

Existen edades promedio en los que se espera la erupción de piezas dentales específicas, como muestra la tabla II-40:

Tabla II-40. Edad promedio 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

Recambio dentario

El período de recambio dentario (cambio de los dientes primarios por los definitivos), comienza aproximadamente a los 6 años y se extiende hasta los 12 o 13 años.

Para que se produzca la exfoliación o caída de un diente primario es necesario que se reabsorba su raíz. Este proceso de reabsorción radicular en el que el diente primario va perdiendo progresivamente su raíz hasta que se cae y es sustituido por el diente definitivo es fisiológico.

Cuando **no se produce la reabsorción radicular** de los dientes temporales, estos no caen y puede producirse la erupción de los dientes definitivos por detrás de los temporales, persistiendo ambos. En este caso, el niño o niña debe ser evaluado por un dentista.

En el recambio dentario se distinguen 2 etapas:

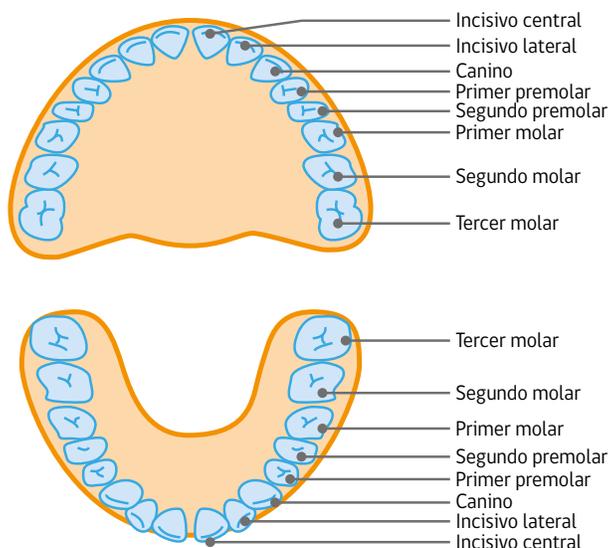
- **Dentición mixta 1ª fase:** se extiende, en promedio, entre los 6 y 9 años. En esta etapa se produce la erupción del primer molar definitivo por detrás del segundo molar temporal, es decir no reemplaza un diente primario, y el recambio en la zona anterior de incisivos centrales y laterales.
- **Dentición mixta 2ª fase:** se extiende en promedio entre los 9 y 12 años. En esta etapa se produce la erupción del segundo molar definitivo; se reemplazan caninos primarios por caninos permanente y primer y segundos molares primarios por primeros y segundos premolares, respectivamente.

Dientes Permanentes

La dentición permanente o definitiva es la que nos debe acompañar el resto de la vida. Consta de 32 dientes en total; 16 en la arcada superior y 16 en la arcada inferior.

El primer molar permanente es la primera pieza permanente en erupcionar, alrededor de los 6 años sin que se caiga ningún diente primario, por lo que su erupción puede pasar inadvertida para el niño o la niña y su familia. Este aparece por detrás de los molares primarios sin cambiar ni reemplazar ningún diente. El primer molar es muy importante, ya que tiene el rol de ajustar y estabilizar la oclusión o mordida y la masticación, ayudando a la correcta ubicación de los dientes.

Figura II-51. Esquema arcadas dentarias con dentición permanente.



Fuente: Departamento Salud Bucal. MINSAL 2016 (256).

Los molares temporales son reemplazados por premolares definitivos, 4 en el maxilar superior y 4 en el maxilar inferior, de modo de aumentar la eficiencia masticatoria en la edad adulta.

Los terceros molares, conocidos como “muelas del juicio”, aparecen alrededor de los 18 años, cuando se completa la dentición definitiva.

Tabla II-41. Edad promedio de erupción de piezas permanentes.

FECHA PROMEDIO ERUPCIÓN DENTARIA		
Superiores	Incisivo Central	entre 7 años y 7 años, 6 meses
	Incisivo Lateral	entre 8 años y 8 años, 6 meses
	Canino	entre 11 años y 11 años, 7 meses
	Primer Premolar	entre 10 años y 10 años, 4 meses
	Segundo Premolar	entre 10 años, 8 meses y 11 años, 2 meses
	Primer Molar	entre 6 años y 6 años, 4 meses
	Segundo Molar	entre 12 años, 3 meses y 12 años, 8 meses
Inferiores	Incisivo Central	entre 6 años y 6 años, 6 meses
	Incisivo Lateral	entre 7 años, 3 meses y 7 años, 8 meses
	Canino	entre 9 años, 8 meses y 10 años, 3 meses
	Primer Premolar	entre 10 años y 10 años, 8 meses
	Segundo Premolar	entre 10 años, 8 meses y 11 años, 6 meses
	Primer Molar	entre 6 años y 6 años, 3 meses
	Segundo Molar	entre 11 años, 8 meses y 12 años

Fuente: Departamento de Salud Bucal. MINSAL 2016 (256).

Si en el examen bucal se detecta una alteración que genere dolor o sea de origen infeccioso en la cavidad oral, el niño/a debe ser derivado inmediatamente para atención de urgencia con un dentista, la atención odontológica de urgencia ambulatoria está incluida en las Garantías Explícitas en Salud/GES.

iii. Promoción de la salud bucodental

La Supervisión de Salud Integral del niño o niña, considera, en cada control, promover su salud y detectar, precoz y oportunamente, cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse.

Muchos factores de riesgo se asocian a enfermedades que se relacionan a estilos de vida y hábitos inadecuados (257).

Entregar recomendaciones con enfoque preventivo y proponer actividades para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con hábitos, higiene y alimentación, y, en el caso de sospechar o pesquisar daño, realizar la derivación oportuna al equipo de salud bucal son la clave del éxito (258).

iv. Refuerzo de estrategias preventivas del Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO)

El ingreso al Programa CERO infantil lo hace un odontólogo/a que realiza el examen bucal, aplica la pauta de riesgo CERO, establece el riesgo y realiza la estrategia de prevención específica, registrando toda la información en la ficha clínica y cuaderno de salud del niño(a). La salud bucal, como parte de la salud general, es evaluada por los profesionales del equipo de salud infantil en cada control de salud integral. Durante estos controles, el equipo de salud guiado por los ámbitos de la pauta CERO, vigila los factores de riesgo de las patologías bucales, entregando recomendaciones que refuerzan las estrategias preventivas para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con hábitos, higiene y alimentación.

El profesional de odontología inicia los controles CERO a los 6 meses, y luego desde el año de vida hasta los 9 años, mantiene un control anual. Cabe señalar que a los 6 años se activa la garantía GES Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años, que contempla:

- **Categorización de riesgo de enfermedades bucales:** realizada por el profesional odontólogo/a una vez al año, categoriza el riesgo de desarrollar enfermedades bucales y según esta categorización determina frecuencia de controles para aplicación de estrategias de prevención y medidas de protección específicas.
- **Controles seriados:** el odontólogo/a definirá frecuencias de controles para aplicar medidas de protección específicas que sólo pueden ser ejecutadas por dicho profesional.

Por su parte el profesional que lleva la supervisión de salud integral también realiza la anamnesis referida a la cavidad bucal, con la evaluación mediante información y preguntas que son relevantes en este ámbito, para formular un plan de cuidados para cada niño o niña durante la supervisión de salud y para derivar a odontología cuando corresponda y que plantea tópicos específicos a evaluar:

Anamnesis

1. **La higiene:** consultar a madres, padres y/o cuidadores: ¿Le lavan los dientes al niño o niña?, ¿Cuántas veces al día le lava los dientes al niño o niña en la casa?, ¿El niño o niña, se lava los dientes antes de ir a dormir?, ¿El lavado se realiza o no con pasta dental?.
2. **La Dieta:** consultar a madre, padres y/o cuidadores: ¿Cuántas veces al día el niño o niña ingiere alimentos y/o líquidos azucarados?, ¿En qué momento el niño o niña realiza la ingesta de alimentos y/o líquidos azucarados?, si el niño o niña toma líquidos azucarados en mamadera o vaso ¿Se queda dormido con ella?.
3. **Hábitos y Mal Oclusiones:** consultar a madres, padres y/o cuidadores: ¿El niño o niña se succiona el dedo de modo persistente?, ¿El niño o niña ocupa chupete de entretención, mamadera u otro objeto?, ¿El niño o niña presenta mal oclusiones?, el niño o la niña ¿presenta onicofagia?, según edad si corresponde.

Evaluación clínica

Esto se refiere a la evaluación de la cavidad bucal y a las piezas dentales con alguna enfermedad (caries, sarro, lesiones, otras), por lo que considera el examen bucal y se realiza a partir del año de vida.

Es importante después de la evaluación, anamnesis y las preguntas a los padres considerar el interés y motivación de los padres/cuidadores y luego de las preguntas anteriores, entregar recomendaciones específicas para promoción y prevención en salud bucal.

Recomendaciones específicas

1. **Higiene:** el cepillado de dientes con pasta está recomendado desde la salida del primer diente, al menos 2 veces al día y especialmente antes de dormir; debe ser realizado por los padres y/o cuidadores y a medida que los niños o niñas van creciendo, ellos se cepillan y los adultos y/o cuidadores ayudan y repasan. Sin dientes erupcionados, recomendar higiene de encías, paladar y lengua del niño o niña con gasa limpia y húmeda o dedal de silicona. Con la erupción del primer diente, comenzar cepillado con pasta, sin enjuague posterior. Demostrar a los padres/cuidadores la técnica de higiene a utilizar con el niño o niña según edad.
2. **Dieta:** desde el nacimiento y hasta los 2 años, se recomienda que niños y niñas no consuman alimentos ni líquidos azucarados (la leche materna no debe ser considerada como líquido azucarado). Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes y luego complementada con alimentos sólidos. En caso de que el niño o niña tome mamadera, recomendar que no se quede dormido/a con ella en la boca, puesto que impide la higiene posterior a esa ingesta aumentando el riesgo de caries.

Reforzar consumo de agua a partir de los 6 meses de edad.

Evitar completamente el consumo de jugo en lactantes antes de 1 año de edad.

3. **Pasta dental (fluoración):** el cepillado con pasta se inicia desde la salida del primer diente, de acuerdo con la Norma de Uso de Fluoruros en su capítulo "Pastas Dentales", actualizada el 2015. La pasta recomendada desde la salida del primer diente debe tener una concentración de flúor de entre 1000 y 1500 ppm.
 - 0 a 2 años, cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo.
 - 2 años o más, cantidad aumenta como máximo similar a una arveja.
 - Luego del cepillado, indicar escupir, pero no es necesario enjuagarse.
4. **Hábitos y Mal Oclusiones:** la succión del dedo, cómo hábito, siempre debe evitarse y si el niño o niña tiende a hacerlo, revisar si es por hambre o lo utiliza de consuelo o entretenimiento; en estos casos puede sustituirse por chupete, el que solo está indicado una vez instalada la lactancia materna y hasta los 2 años de edad, al igual que el uso de mamadera. Se recomienda la eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad.

El control CERO por el odontólogo/a considera examen bucal, evaluación de factores de riesgo de enfermedades bucales, entrega de estrategias preventivas, categorización de riesgo y controles seriados con el profesional de odontología según riesgo para la aplicación de medidas de protección específicas.

v. Garantía Explícita en Salud (GES) Oral Integral para niños y niñas de 6 años

La Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años, consiste en atención odontológica realizada por un odontólogo/a, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño o niña de 6 años, con el fin de mantener una buena salud. Pueden acceder todos los niños y niñas mientras tengan 6 años de edad. Debe ser ingresado a tratamiento dentro de los 90 días desde la solicitud de la atención.

La atención de salud oral integral de los niños y niñas de 6 años incluye las siguientes prestaciones: examen de salud bucal, diagnóstico, refuerzo educativo, entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental con flúor), higiene y destartraje, exodoncias, obturaciones, radiografías, aplicación de sellantes, aplicación de flúor barniz, pulpotomías y radiografías, dependiendo de la necesidad de cada niño o niña.

MATERIAL COMPLEMENTARIO	
Guía de Práctica Clínica. Prevención y tratamiento de caries dental en niños y niñas con dentición primaria	https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-salud-bucal/prevencion-y-tratamiento-de-caries-dental-en-ninos-y-ninas-con-denticion-primaria/recomendaciones/
Guía Clínica AUGÉ. Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años. 2013.	https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Salud-Oral-Integral-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-6-a%C3%B1os.pdf
Promoción y prevención en salud bucal. MINSAL	https://saludbucal.minsal.cl/



2.2.10. SALUD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados, constituyendo un problema de salud pública.

Las manifestaciones clínicas de los procesos degenerativos cardiovasculares aparecen en la vida adulta, sin embargo, la instalación del daño comienza a temprana edad y su desarrollo y pronóstico guarda directa relación con factores genéticos (no modificables) y con factores ambientales (modificables) tales como: la dieta poco saludable y la vida sedentaria que llevan a la obesidad; el hábito tabáquico y el consumo de sal, entre los más importantes y susceptibles de ser modificados. Esta situación sitúa a la Supervisión de Salud Infantil, como la prestación de salud más idónea para abordar tanto su prevención como la sospecha y derivación oportuna, seguimiento y tratamiento adecuado (19).

En el inicio y desarrollo de procesos degenerativos cardiovasculares, los diferentes factores de riesgo implicados actúan potenciándose, de forma que el riesgo cardiovascular derivado de la exposición simultánea a varios de ellos es superior al esperado por el riesgo de cada uno por separado.

Como fue mencionado en el apartado “Evaluación Nutricional en el Control de Salud Infantil”, la obesidad en niños y niñas es un problema de salud pública que empeora año tras año. Asimismo, el sedentarismo se configura también como un factor de riesgo para la instalación de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

La limitada cantidad de actividad física que realizan los niños/niñas y adolescentes chilenos se ve ampliamente reflejada en su funcionalidad; así lo demuestran los resultados del SIMCE de educación física realizado el año 2015 en donde el 98% de los estudiantes a nivel nacional presentaron un nivel no satisfactorio en el funcionamiento de sus músculos y articulaciones, y un 72% presentaron bajos niveles de consumo de oxígeno (259).

La asociación de altos niveles de obesidad, en conjunto con bajos niveles de actividad física, trae como consecuencia una vida con exceso de peso que llevará indefectiblemente, a la instalación de alteraciones metabólicas y con ello al aumento de las ECNT en edades tempranas. Un estudio de prevalencia de síndrome metabólico en 12 países de América presenta que Chile tiene una prevalencia entre un 8-10% de la población infantil, ocupando el cuarto lugar (260).

El conocimiento de la realidad nacional respecto a la problemática de la obesidad infantil, y sus consecuencias cardio-metabólicas, así como el reconocimiento de la importancia de desarrollar estrategias terapéuticas multidisciplinarias focalizadas desde etapas tempranas de la vida, son elementos que debe conocer todo profesional de la salud que trabaja con pacientes pediátricos.

i. Evaluación Cardiovascular

A continuación, se revisarán las generalidades de cada parámetro para una buena aproximación de evaluación cardiovascular. En relación con la toma de presión arterial, se presentará con mayor detalle en la evaluación y monitoreo.

Frecuencia y ritmo cardíacos

La evaluación se condiciona de acuerdo con la edad del niño o la niña, el nivel de actividad física previo, así como al momento del examen clínico y al estado clínico del momento de la evaluación. Estos parámetros suelen tener tramos de normalidad amplios y se debe considerar el estado de vigilia del niño o la niña, ya que al estar dormido puede presentar bradicardia o frecuencia cardíaca baja, lo que también puede ocurrir en niños o niñas deportistas (261).

Tabla II-42. Frecuencia cardíaca o FC (latidos por minuto) por edad

EDAD	FC DESPIERTO	FC MEDIO	FC DORMIDO
Neonato hasta 2 meses, 29 días	85-205 lpm	140 lpm	80-160 lpm
3 meses a 1 año, 11 meses	100-190 lpm	130 lpm	75-160 lpm
2 a 9 años y 11 meses	60-140 lpm	80 lpm	60-90 lpm
10 años y más	60-100 lpm	75 lpm	50-90 lpm

Fuente: Allen et al, 2013 (261).

Es fundamental realizar una historia clínica completa con una anamnesis remota detallada, ya que es importante saber la FC habitual del niño o niña y los antecedentes de enfermedades cardíacas congénitas o adquiridas. En los niños y niñas sanos ocurre un trastorno de ritmo cardíaco que es normal, llamado **arritmia sinusal** que se define como aquella arritmia donde la FC fluctúa con el ciclo respiratorio, es así que en la inspiración aumenta la FC y en la espiración disminuye la FC (261).

Pulsos

Para valorar la perfusión sistémica es fundamental evaluar los pulsos centrales y periféricos. La diferencia entre ellos es, que los centrales son más fuertes, son de calibre mayor y están localizados más cerca del corazón versus los periféricos (261).

Es muy importante destacar si la valoración se realiza en un entorno o lugar frío, pues se producirá vasoconstricción de los vasos periféricos, y por tal motivo, fisiológicamente se produce una diferencia entre los pulsos periféricos y centrales; sin embargo, si el niño o niña no tiene pérdida de sangre o alteración del gasto cardíaco los pulsos centrales se mantienen fuertes (261).

Tabla II-43. Pulsos en niños y niñas.

PULSOS CENTRALES	PULSOS PERIFÉRICOS
Carotídeo (en niños mayores)	Radial
Axilar	Tibial posterior
Braquial (en lactantes)	Pedio
Femoral	

Fuente: Allen et al, 2013 (261).

Tiempo de llenado capilar

Para evaluar la perfusión distal se valora el llenado capilar, que es el tiempo que tarda la sangre en volver al tejido que hemos presionado, lo más común es que se evalúe en los dedos o en orтеjos: el tiempo de llenado capilar normal es menor o igual a 2 segundos (262).

Para evaluar el llenado capilar se necesita un lugar a temperatura ambiente o entorno térmico neutro, se debe elevar la extremidad a la altura del corazón, presionar la piel y soltar rápidamente e iniciar conteo en segundos respecto al tiempo que tarda la zona en volver a su color original (261).

Color de la piel y temperatura

Otro signo de perfusión es el color de la piel, valorando mucosas, los lechos ungueales, palmas y plantas, los cuales debiesen estar rosados. Los primeros en mostrar cambios en el color de la piel son los dedos y orтеjos: al disminuir la perfusión periférica estos pueden tornarse fríos, pálidos, color marmóreo o cianóticos (262).

La palidez puede ser difícil de interpretar en un niño o niña de piel oscura o piel gruesa, por eso siempre debe contextualizarse dentro de la evaluación clínica completa y allí ayuda mucho la familia quien puede decirnos si es su color habitual o lo notan pálido. La palidez central; es decir de labios y mucosas (labios, lengua, carrillos o conjuntiva bulbar) puede asociarse a anemia o mala perfusión entre otros (261).

El color marmóreo es una decoloración irregular o parcheada de la piel, con zonas de tonos pálidos, grisáceos, azulados o rosados. En los recién nacidos y lactantes puede haber una variación en la distribución de melanina de la piel y verse parcheada. Otro evento considerado normal en el recién nacido es la acrocianosis o coloración azulada de manos y pies por falta de termorregulación y ambiente frío. Sin embargo, es necesario correlacionar con el estado general del recién nacido/a (261).

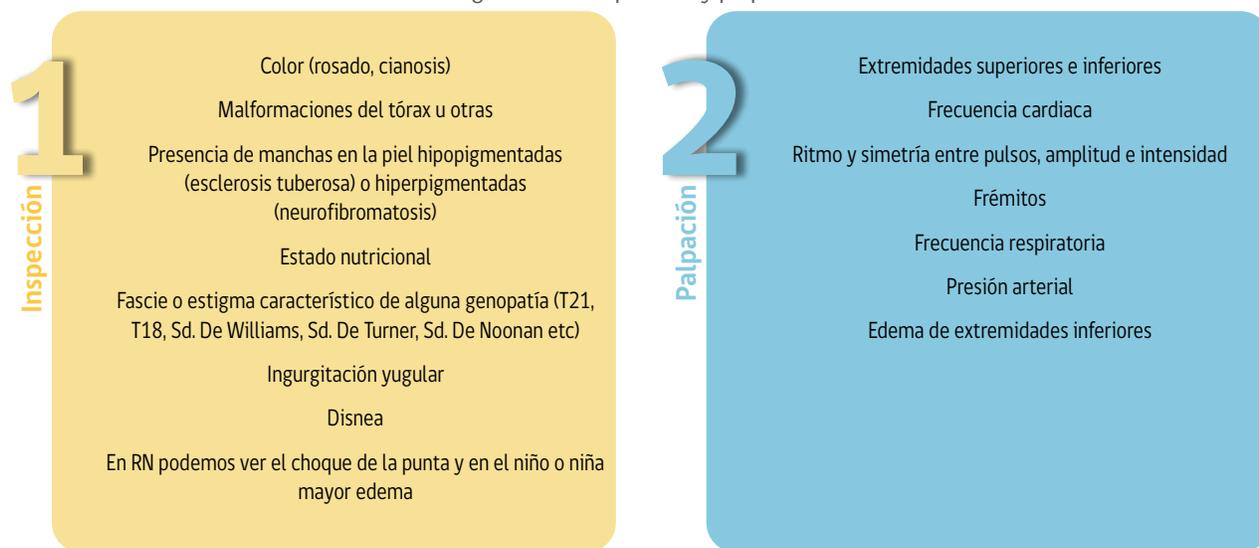
Diuresis

La diuresis es un indicador indirecto de la perfusión y función renal, un descenso brusco de la diuresis puede indicar deshidratación, estado de shock, enfermedades u otras lesiones (262).

Auscultación cardiaca en niños o niñas

El examen cardiovascular del niño o niña debe cumplir todas las etapas del examen físico, por lo que antes de realizar el procedimiento de auscultación, se debe inspeccionar y palpar (figura II-52).

Figura II-52. Inspección y palpación.



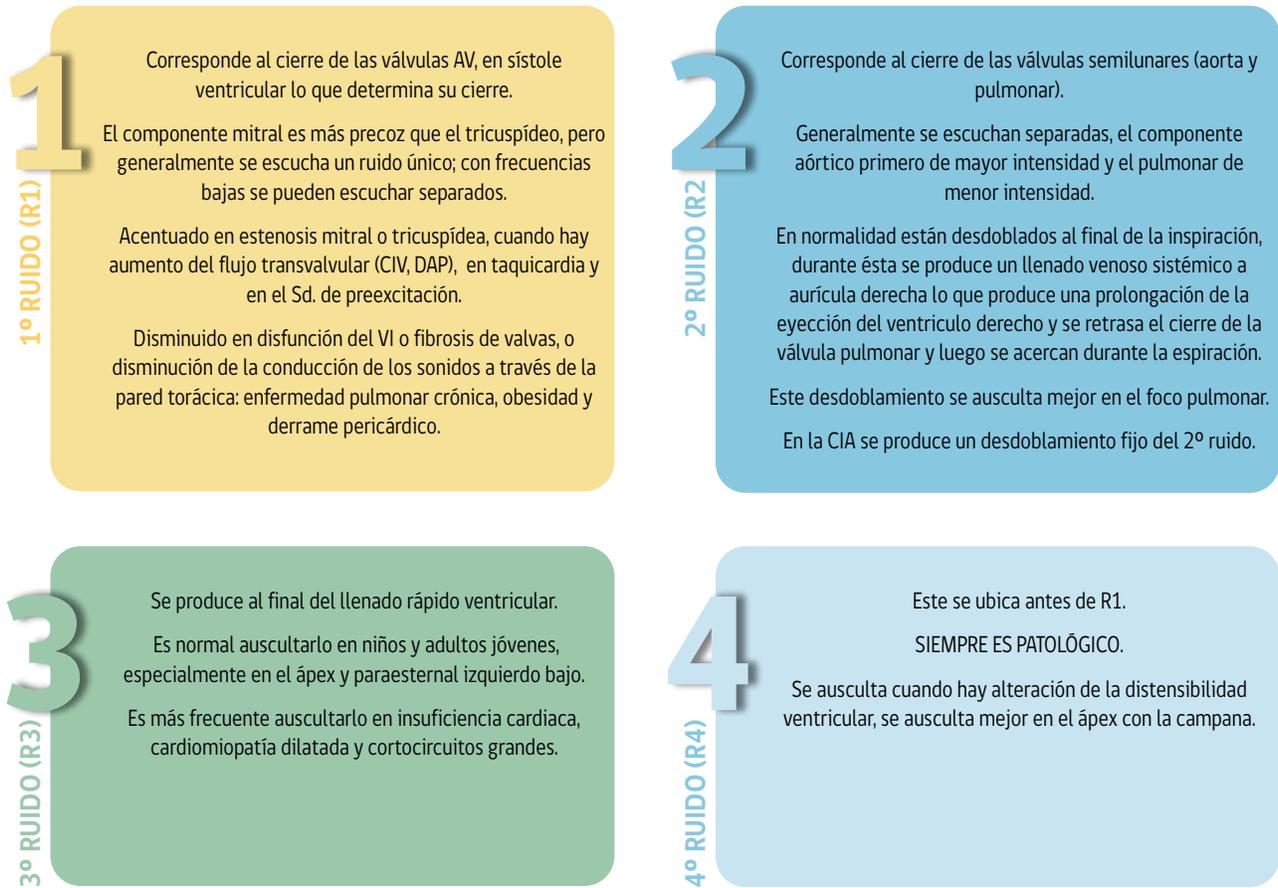
Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021. Basado en Goic, 2018 (263).

Para realizar una apropiada auscultación, se requiere un estetoscopio adecuado al tamaño del niño o niña, la audición indemne de quien examina, e idealmente que el niño o niña esté tranquilo en un ambiente adecuado. La auscultación debe ser ordenada y sistemática.

Reconocer todos los ruidos

El ciclo cardiaco se inicia con el sístole, produciéndose una contracción isovolumétrica ventricular y aumenta la presión ventricular. Cuando ésta sobrepasa la presión arterial se produce la apertura de las válvulas semilunares (aorta y pulmonar), iniciándose la eyección ventricular. Al final de ésta se produce el cierre de las válvulas semilunares, y una vez cerradas se inicia la diástole con la relajación isovolumétrica la que termina con la apertura de las válvulas auriculoventriculares (AV mitral y tricúspide), produciéndose el llenado ventricular en 2 etapas; la primera en forma pasiva y la segunda llenado activo por la contracción auricular (125). Los ruidos cardíacos son la expresión sonora del cierre de las válvulas y el funcionamiento de estas (figura II-53).

Figura II-53. Ruidos auscultación cardíaca



Fuente: Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021. Basado en Goic, 2018 (269).

Figura II-54. Otros ruidos



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021., basado en Goic, 2018 (269).

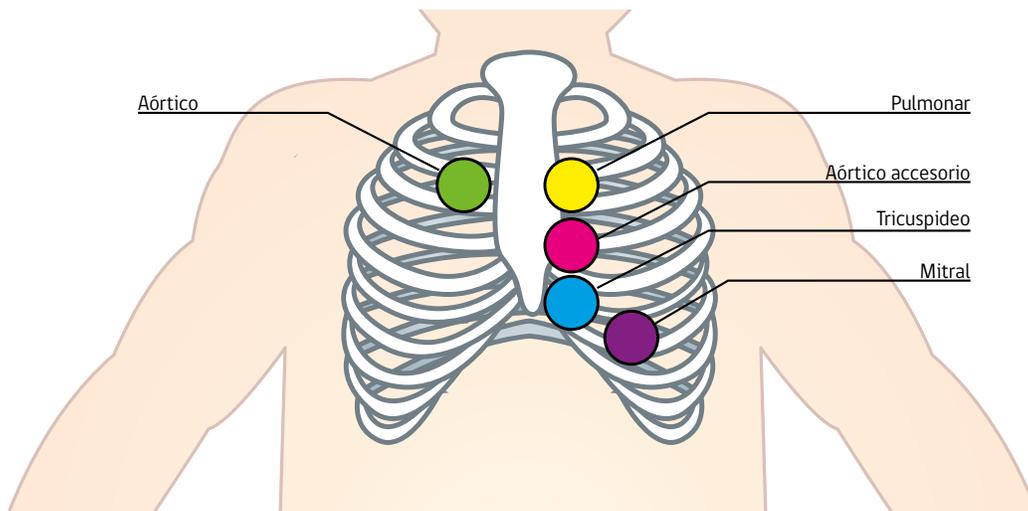
Auscultar todos los focos

La auscultación del foco de mayor intensidad y su irradiación, sumado a la ubicación en el ciclo cardiaco, entrega orientación acerca de la etiología de éste (264,265)

Los focos de auscultación se describen a continuación y se grafican en la figura II-55.

- Foco aórtico: 2º espacio intercostal paraesternal derecho.
- Foco pulmonar: 2º espacio intercostal paraesternal izquierdo.
- Foco aórtico accesorio: 3º espacio intercostal paraesternal izquierdo.
- Foco mitral: 4º espacio intercostal línea media claviclar (choque de la punta).
- Foco tricuspídeo: 4º espacio intercostal paraesternal izquierdo.

Figura II-55. Focos de auscultación cardíaca



Fuente: Tamariz-Martel, 2016 (270).

Existen soplos inocentes o funcionales, que se pueden presentar durante la infancia. Sin embargo, es importante distinguirlos de soplos patológicos.

Entre las características que hacen sospechar que el soplo no es funcional, por lo que hay que derivar a cardiología infantil, son las siguientes:

- Soplos diastólicos.
- Soplos sistólicos 3/6 de intensidad o mayor.
- RN con cualquier soplo, ya que la sintomatología asociada aparece con posterioridad.
- Presencia de frémito (vibración palpable).
- Signos de insuficiencia cardíaca (taquicardia, disnea, polipnea, hepatomegalia, ingurgitación yugular, cardiomegalia, edema de extremidades inferiores).
- Anamnesis o examen físico que sugiera patología cardiovascular.
- Niño o niña portador/a de genopatía u otras malformaciones.
- Antecedente familiar directo (padres, hermanos) con cardiopatía congénita.
- Paciente con soplo en que le quede la duda si es funcional o no.

Presión arterial (PA)

A partir de los tres años de edad, todos los niños y niñas se les debe realizar una evaluación de PA en forma anual. Si el niño o niña presenta obesidad o factores de riesgo de hipertensión arterial HTA (que se detallan a continuación), la PA se debe controlar en cada control de salud. En los niños y niñas menores de 3 años, la PA se debe controlar si presentan los factores de riesgo de HTA que se enumeran a continuación: prematuridad; bajo peso de nacimiento; complicación neonatal (uso de catéter umbilical); antecedente familiar de PA elevada; cardiopatía congénita; infección urinaria recurrente, hematuria o proteinuria, enfermedad renal conocida o malformaciones urológicas; historia familiar de enfermedad renal congénita; trasplante de órgano sólido o de médula ósea, paciente oncológico; tratamiento con drogas que puedan elevar la PA; enfermedades sistémicas asociadas con PA elevada como neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, síndrome de Turner; y la evidencia de aumento de presión intracraneal (267).

La PA normal varía según el género, edad y talla del paciente, por lo que el valor de PA obtenido debe compararse con tablas de referencia para realizar un diagnóstico adecuado.



Importancia de la elección de los equipos a usar

Para realizar una evaluación correcta de la PA, es esencial que la toma de este signo vital se realice de forma adecuada. Existen distintos métodos de medición de PA: oscilométrico y auscultatorio. Los aparatos de toma de presión de mercurio y anerode utilizan el método auscultatorio, el cual es más fidedigno, ya que el oscilométrico sobrestima tanto la PA sistólica como diastólica. Dentro de los aparatos de toma de presión arterial oscilométricos se encuentran los dispositivos electrónicos (figura II-56). Es importante chequear que los equipos utilizados estén validados, calibrados y certificados. Esta información se puede encontrar en el sitio web de OPS/OMS para este fin.

Figura II-56. Tipos de dispositivos para medición de la PA.

DISPOSITIVO DE MERCURIO	DISPOSITIVO ANAEROIDE	DISPOSITIVO ELECTRÓNICO
	 Figura 2. Esfismomanómetro anerode	 Figura 3. Esfismomanómetro oscilométrico

Fuente: Morgado, 2015 (268).

Manguitos para niños o niñas. Es muy importante utilizar un manguito de tamaño apropiado al brazo del niño o niña para evitar errores de medición. En el mercado nacional, existen manguitos o brazaletes de varios tamaños, por lo que las medidas se deben considerar de acuerdo con la edad del niño y niña (tabla II-49), y el tamaño de la circunferencia del brazo (269).

Tabla II-44. Manguitos según edad.a

EDAD	ANCHO
<1 año	5 cm
1 a 3 años	5 a 8 cm
4 a 8 años	9 a 10 cm
9 a 15 años	10 a 12 cm

Fuente: Morgado, 2015 (268).

Figura II-57. Diferentes tamaños manguitos de presión.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

El manguito también se puede elegir comparando su tamaño con la circunferencia del brazo (CB). Es importante recordar que es la bolsa de goma (vejiga) que va dentro del manguito de tela, la que debe medirse (figura II-58). De ancho, ésta debe ocupar 40% de la circunferencia del brazo, medida en el punto medio entre el olécranon y el acromion y el largo de la vejiga, debe cubrir el 80 a 100% de la CB.

Figura II-58. Medición manguito de presión.

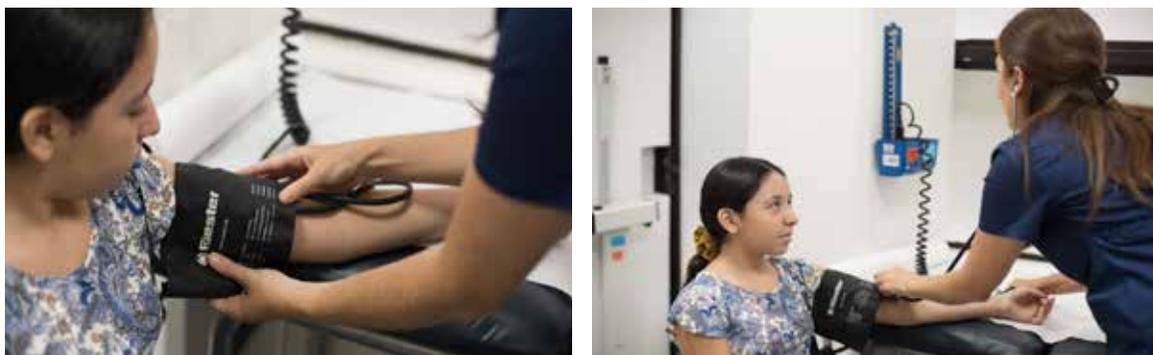


Fuente: Morgado, 2015 (268).

Técnica de medición en los niños y niñas

- Contar de manera previa con el registro de talla del niño o niña.
- El niño o niña debe estar tranquilo, en un ambiente temperado y cómodo, con un reposo previo de 5 minutos o más. Se deben registrar los medicamentos que el niño/a está tomando.
- Se debe explicar el procedimiento.
- Posición sentada en una silla que le permita tener apoyo para el brazo, con la espalda y los pies bien apoyados, sin cruzar las piernas.
- La PA se toma preferentemente en el brazo derecho, el que debe estar descubierto, y apoyado cómodamente, con la fosa ante cubital a nivel del corazón.
- El niño o niña no debe estar moviendo el brazo en el cual se medirá la presión.

Figura II-59. Medición de PA en niños/as.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

- Los más pequeños, pueden sentarse en la falda de su madre. En lactantes se acepta la posición supina.
- Se ubica el pulso radial (figura II-60) y se insufla suavemente el mango hasta registrar el valor en el cual desaparece el pulso y luego se hace lentamente la deflación.

Figura II-60. Medición de PA en niños/as.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

- Luego se apoya suavemente la campana del estetoscopio en la fosa antecubital, se insufla el manguito hasta 20 mmHg por sobre el valor en que desapareció el pulso, y se registra el 1er ruido de Korotkoff, que corresponde a la PA sistólica, y el 5º ruido de Korotkoff que corresponde a la PA diastólica.
- En ocasiones el 5o ruido puede escucharse hasta 0. En este caso, debe repetirse la toma de PA y ser cuidadosos en apoyar más suavemente el estetoscopio en la fosa cubital.
- En caso de persistir auscultándose el último ruido hasta 0, debe considerarse el cuarto ruido como presión diastólica (267).
- Comparar el valor obtenido con las tablas de referencia de PA.

Si el niño o niña presenta valores de PA > p90, se debe repetir la medición en 2 oportunidades más en el mismo control, separadas al menos por 3 minutos. Posteriormente se deben promediar ambas mediciones y compararlas con la tabla de referencia correspondiente. Si la PA se tomó por método oscilométrico, hay que tomar la PA por 2 veces por método auscultatorio, promediar esos valores y compararlos con la tabla.

ii. Hipertensión arterial

En niños y niñas, la hipertensión arterial (HTA) tiene una prevalencia de 3,5%. Se ha demostrado la persistencia de valores elevados de PA en la niñez hacia la vida adulta, con el consiguiente aumento de morbimortalidad cardiovascular, por lo que es importante realizar control de PA en la infancia en forma rutinaria. Las principales causas de HTA en pediatría son secundarias (causa renal, renovascular, cardíaca, endocrina, medicamentos, etc.), si bien se ha observado un aumento de la prevalencia de PA elevada e HTA en niños y adolescentes con malnutrición por exceso (270).

La hipertensión arterial es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una presión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón, cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

La definición de presión arterial normal, presión arterial elevada y las diferentes clasificaciones de hipertensión se presentan en la tabla II-45.

Tabla II-45. Clasificación de Presión Arterial para Niños y Niñas.

CLASIFICACIÓN HTA	CRITERIO
Normal	PAS y PAD < p90
Presión Arterial Elevada	PAS y/o PAD ≥ p90 a < p95 o 120/80 mm Hg a < p95 (elegir el menor valor)
HTA Etapa I	PAS y/o PAD ≥ p95 a < (p95 +12 mm Hg) o 130/80 a 139/89 mm Hg (elegir el menor valor)
HTA Etapa II	PAS y/o PAD ≥ (p95 + 12 mm Hg) o ≥ 140/90 mm Hg (elegir el menor valor)

p: percentil, HTA: Hipertensión Arterial, PAS: Presión Arterial Sistólica, PAD: Presión Arterial Diastólica.

Fuente: adaptada de Flynn & cols, 2017 (271).

En la siguiente tabla, se describe la conducta y el seguimiento que se debe realizar a niños y niñas, según su resultado de presión arterial.

Tabla II-46. Conducta y seguimiento según rango de Presión Arterial.

Clasificación PA	CONDUCTA
Normal	Reevaluar una vez al año, en control de rutina.
PA elevada	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial elevada, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. • Si se confirma presión arterial elevada, derivar a Médico/a de APS, indicar tratamiento no farmacológico (alimentación saludable, actividad física, manejo del sobrepeso u obesidad) y re-evaluar en 6 meses por método auscultatorio. • Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 6 meses. • Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, derivar a especialista en nivel secundario (nefrología infantil). • Si PA se normaliza, volver a evaluación anual de PA en CSI.
Etapa I	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa I, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño o niña se encuentra asintomático, iniciar tratamiento no farmacológico y re-evaluar PA en 1 a 2 semanas. - Si el niño o niña se encuentra sintomático, derivar a Servicio de Urgencia para descartar crisis hipertensiva. • Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 1 o 2 semanas), la PA persiste en Etapa I, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 3 meses. • Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 3 meses), la PA persiste en Etapa I, derivar a especialista (nefrología infantil). • En nivel secundario, realizar confirmación diagnóstica y evaluar iniciar tratamiento farmacológico.
Etapa II	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa II, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño o niña se encuentra asintomático, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, iniciar tratamiento no farmacológico y derivar a médico/a para derivar de forma inmediata a especialista del nivel secundario (nefrología pediátrica) en un plazo máximo de 1 semana. - Si el niño o niña se encuentra sintomático, o PA 30mmHg por sobre p95 derivar inmediatamente a Servicio de Urgencia.

p: percentil, PA: presión arterial

Fuente: adaptación de Flynn y cols, 2017 (271); Programa Nacional de Salud de la Infancia y Rama de Nefrología Sociedad Chilena de Pediatría, 2021.

En caso de hallazgos en la anamnesis y examen físico, que sean sugerentes de hipertensión arterial de causa secundaria, se sugiere derivar a especialista en forma precoz.

Recomendaciones generales para niños y niñas: deben pasar tiempo limitado sentados frente a pantallas, favorecer la actividad física y el juego activo, dormir mejor y mantener una alimentación saludable; favorecer el consumo de frutas y verduras, abundante ingesta de agua, y evitar comida chatarra y alimentos con alto contenido de sodio. Estas recomendaciones se encuentran en línea con las actuales directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (272).

iii. Actividad física

Según la OMS, se define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y desplazarse, las tareas domésticas y las actividades recreativas (152). En este contexto, **los objetivos generales de las directrices nacionales para mejorar los hábitos de vida activa** en niños y niñas, son proporcionar recomendaciones sobre la cantidad de tiempo al día que los niños y niñas hasta los 9 años, deberían pasar físicamente activos, lo que a su vez se asocia favorablemente con varios resultados de salud (273-275). Por el contrario, en cuanto a las actividades de conducta sedentaria, como por ejemplo el uso de pantallas, que es el tipo de conducta sedentaria que se evalúa con mayor frecuencia, se asocia sistemáticamente con resultados de salud desfavorables (276, 277).

La **primera infancia es un período de desarrollo acelerado** y un tiempo durante el cual se forman los hábitos del niño o niña, y un periodo de gran susceptibilidad a cambios y adaptaciones. Para los lactantes, se recomienda tener actividades de estimulación sensorial y motoras, y en la etapa preescolar promover el juego libre e inicio de las actividades deportivas, para el desarrollo de mayores habilidades motoras.



Recomendaciones en el periodo de recién nacido/a (RN)

La actividad física debe estimularse desde el nacimiento por medio de los movimientos naturales del lactante y con ayuda de los cuidadores. Los hitos del desarrollo son parte de la actividad que se realiza en esta etapa, como por ejemplo sostener su cabeza. Luego, con los meses, logran mayor tono muscular y realizan movimientos hasta lograr sentarse con apoyo y posteriormente sin este.

Durante estos primeros meses de vida, la actividad estará dada por las características propias del RN, así como por sus necesidades de alimentación, sueño y vigilia, ajustándose a sus propios ritmos. Por lo tanto, se deben aprovechar los momentos de vigilia y tranquilidad (estado de alerta tranquila), para interactuar activamente con él o ella.

Figura II-61. Actividades recomendadas para RN



Fuente: OMS, 2019 (272).

Recomendaciones en lactantes menores de 2 años

La aplicación de las recomendaciones y pautas de actividades desde el periodo de RN hasta los 2 años contribuyen a desarrollar el área motora, la cual se va fortaleciendo los primeros cinco años de vida, colaborando al desarrollo motor y cognitivo y de esta forma a su salud futura.

Debe considerarse cumplir con las recomendaciones de actividad física diaria, especialmente en los niños y niñas, a través del patrón de la actividad general a lo largo del día (las 24 horas), ya que el día se compone de tiempo de sueño, tiempo sedentario y actividad física.

Figura II-62. Directrices Actividad física de la OMS, para niños y niñas menores de 24 meses.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019 (272).

Las horas de sueño de los niños y niñas recomendadas son entre 14-17 horas (0-3 meses de edad); entre 12-16 horas (4-11 meses de edad) y entre 11-14 horas (12-24 meses de edad). Este debe ser de buena calidad, incluyendo siestas, con horas regulares de sueño y de vigilia.

Tabla II-47. Recomendaciones sobre actividad física en niños y niñas entre 1 y 2 años.

Para niños/as la actividad física debe estar asociada a jugar y moverse libremente con su cuerpo.
Colocar juegos y objetos seguros a una distancia que exija al niño/a desplazarse o intentar alcanzarlos.
Cuando tiene un objeto, intentar quitárselo ejerciendo un poco de presión de manera que realice fuerza de tracción para vencer, igualmente no quitarle el objeto.
Cuando el niño/a se encuentre sentado, colocar objetos a su alcance, pero cada vez más alejados.
Destinar parte del tiempo semanal a actividades al aire libre, donde pueda desplazarse en diversos entornos y situaciones.
Desde las primeras semanas, se puede aprovechar el baño cotidiano como espacio para que el niño o niña se mueva libre y posteriormente ir realizando juegos en el agua, supervisados por un adulto.
Los movimientos entrenan su intelecto, su coordinación y su autoestima, aspectos que no estimularíamos si le alcanzamos los juguetes al primer llanto o reclamo.
Dentro de un margen de seguridad, el niño/a debe moverse con libertad. Es conveniente acompañarle mientras juega libremente y permitirle vencer las dificultades que se le planteen.
Es importante que en su desplazamiento no se encuentren o que no alcance artefactos peligrosos, como enchufes, tapas de horno caliente o elementos cortantes.
Es fundamental el encuentro con otros niños/as de su edad a través del juego físico con incorporación de destrezas, equilibrio y socialización.
Pasar por lo menos 180 minutos en una variedad de tipos de actividades físicas en cualquier intensidad, incluyendo de moderada a vigorosa, que se extiende a lo largo del día. No estar restringido de movimiento por más de 1 hora.
Para niños/as de 1 año no es recomendado el tiempo sedentario frente a una pantalla (como ver televisión o videos, juegos de computadora). Para los mayores 2 años, no es recomendado el tiempo sedentario en pantalla, sin embargo, si lo realiza no debe durar más de una hora al día.
Cuando está en tiempos sedentario, prefiera la narración de cuentos con la familia o cuidador responsable, según sea la ocasión.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019 (272).

Tabla II-48. Recomendaciones sobre actividad física en niños y niñas entre 3 y 4 años 11 meses 29 días.

Pasar por lo menos 180 minutos en una variedad de tipos de actividades físicas de cualquier intensidad, de los cuales al menos 60 minutos sea de intensidad moderada a vigorosa, a lo largo del día.
No estar restringido de movimiento por más de 1 hora continua, por ejemplo, coches, sillas de auto o sentarse por períodos prolongados de tiempo, etc.
Tiempo que permanece frente a una pantalla en sedentarismo, no debe durar más de una hora al día.
Cuando está en tiempo sedentario, prefiera la narración de cuentos y juegos didácticos con un cuidador responsable.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019 (272).

Figura II-63. Directrices Actividad física de la OMS, para niños y niñas menores de 4 años 11 meses 29 días.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019 (272).

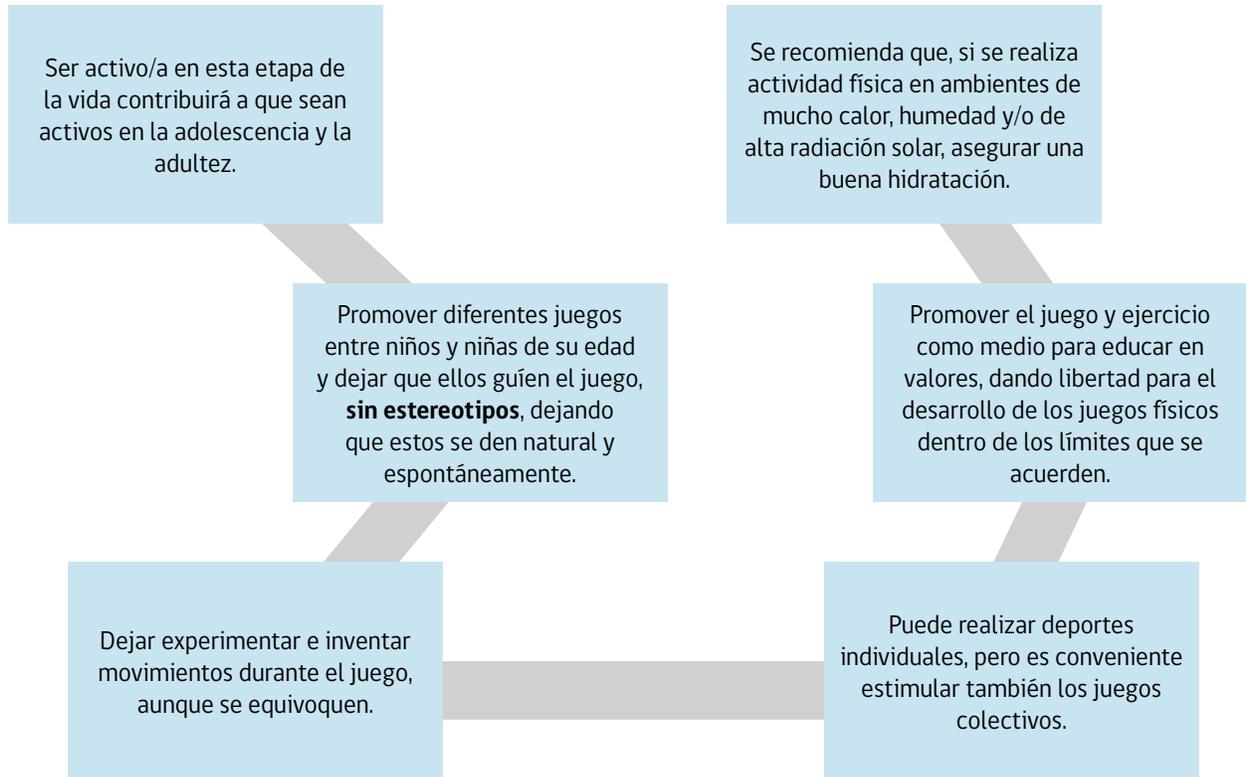
Mantener el tiempo de sueño es muy importante, lograr entre 10-13 horas de buena calidad sueño, incluyendo siesta, con horas regulares de sueño y de vigilia.

Recomendaciones sobre actividad física en niños y niñas de 5 a 9 años (escolares)



El desarrollo de las cualidades físicas, las condiciones fisiológicas, madurativas, psicológicas y sociológicas, propician a que los niños y niñas logran su desarrollo integral a través del juego libre con su cuerpo y con su entorno. El libre movimiento les permite experimentar sus posibilidades de autonomía, del desarrollo muscular y óseo.

Figura II-64. Recomendaciones sobre actividad física en niños y niñas entre 5 y 9 años.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019 (272).

Las actuales directrices de la OMS sobre actividad física, comportamiento sedentario y sueño para niños/as menores de 5 años se pueden profundizar en “Directrices sobre actividad física, comportamiento sedentario y sueño para niños menores de 5 años” (278). Conocer las interacciones importantes entre la actividad física, la conducta sedentaria y el tiempo adecuado para dormir, y su impacto en la salud física, mental y el bienestar, fueron reconocidas y expuestas por la Comisión de Expertos de la OMS para poner fin a la obesidad infantil (272).

MATERIAL COMPLEMENTARIO	
<p>Videos de Toma estandarizada de la presión arterial</p>  <p>Videos de Toma estandarizada de la Presión Arterial</p>	<p>https://redcronicas.minsal.cl/videos-de-toma-estandarizada-de-la-presion-arterial/</p>
<p>Actividad física, sedentarismo y sueño para niño/as menores de 5 años.</p>	<p>https://diprece.minsal.cl/33998-2/</p>
<p>Recomendaciones para la práctica de actividad física según curso de vida.</p>	<p>https://dipol.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-DE-RECOMENDACIONES-AF-Curso-de-Vida.pdf</p>



2.2.11. EVALUACIÓN ORTOPÉDICA

El desarrollo evolutivo ortopédico del niño y la niña suele ser un motivo de consulta frecuente, razón por la cual el o la profesional que realiza el Control de Salud Infantil debe poder diferenciar lo normal de lo patológico en el desarrollo osteomuscular. El diagnóstico precoz es muy importante, sobre todo en los procesos patológicos graves que, si bien son poco frecuentes, su intervención oportuna mejora considerablemente el pronóstico funcional.

En la anamnesis se debe preguntar al padre/madre y/o cuidadores, o al niño o niña si es capaz de transmitir sus síntomas, por el motivo de consulta, el cual suele ser: dolor, deformidad, problemas de la marcha o dolores musculares. Si existe impotencia funcional (dificultad para usar alguna parte de su cuerpo), evaluar si ésta es producto de la falta de fuerzas en extremidades o bien dolor en alguna zona de la cuerpo (279). También es fundamental preguntar si existen asimetrías detectadas por los cuidadores. En la anamnesis se deben obtener los antecedentes prenatales y las condiciones del periodo de gestación, como las enfermedades maternas, uso de medicamentos en el embarazo o sustancias tóxicas que pudieran causar algún trastorno del desarrollo osteoarticular.

El examen físico debe ser completo, para lo cual el niño o la niña deben estar solo con ropa interior. Se deben evaluar: postura; descartar asimetrías o deformidades corporales (para lo cual se debe inspeccionar por segmentos corporales); marcha cuando ya sea capaz de deambular; y valorar los rangos de movilidad articular activas y pasivas en las extremidades (280). También se deben buscar lesiones cutáneas que se asocian a patologías sistémicas relacionadas con malformaciones óseas. Además de inspeccionar, se debe palpar la extremidad o el segmento corporal comprometido, buscando aumento de volumen o signos de inflamación local.

Algo que no puede quedar fuera de la evaluación trauma-ortopédica es la marcha. Las alteraciones de la marcha constituyen uno de los principales motivos de consulta. Es importante señalar que el proceso del desarrollo de la marcha es dinámico, complejo y secuencial, el cual requiere de una maduración neurológica y sensorial acorde a las etapas de progresión.

i. Patología ortopédica frecuente en el control de salud infantil

Enfermedad del desarrollo de cadera

Es una alteración del desarrollo de la cadera. 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 de displasia de caderas, sexo femenino y la presentación podálica. También existe una asociación con ser primogénito, embarazos múltiples y otros problemas congénitos (pie talo, tortícolis, metatarso varo) o antecedentes de la gestación (oligohidramnios o madre con diabetes gestacional, secundario a macrosomía del niño/a) (281).

Ante factores de riesgo presentes al nacer o alteraciones del examen físico, se debe solicitar una ecografía de caderas, entre la segunda y sexta semana de vida (idealmente utilizando técnica de Graf). En ausencia de ecografía disponible, 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 (281).

Examen físico

En el examen físico de lactantes deben descartarse los siguientes signos (281):

- **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.

Figura II-65. Limitación de la abducción.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Figura II-66. Signo de Ortolani.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Figura II-67. Signo de Barlow.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

Figura II-68. Signo de Galeazzi.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia. MINSAL, 2021.

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

En la supervisión de salud de los 2 meses, se debe solicitar una radiografía de pelvis anteroposterior (AP) para ser tomada entre los 2 y 3 meses. Esta prestación es una Garantía Explícita de Salud (GES) (281). Ante cualquier alteración de la radiografía de cadera, el niño o la niña se debe derivar a traumatología 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" (282). Para su interpretación es necesaria la evaluación objetiva mediante las líneas y mediciones del índice acetabular.

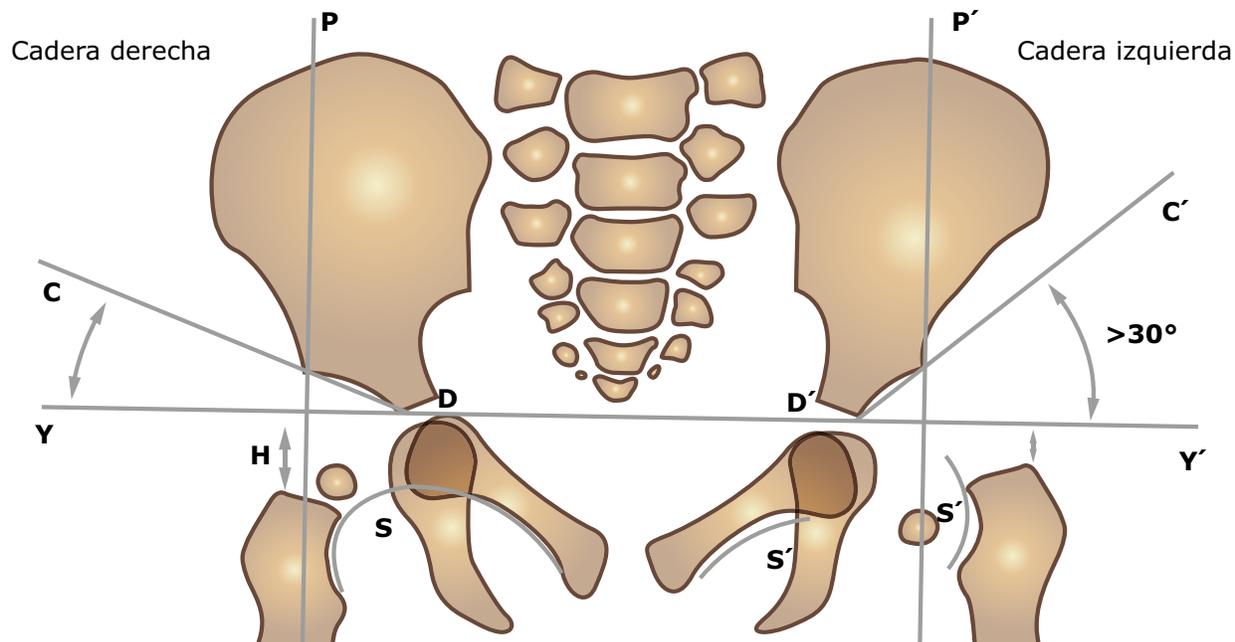
Líneas (285)

- Línea de Hilgenreiner: línea horizontal que une la parte superior de los cartílagos trirradiados de ambas caderas (Y - Y').
- Línea de Perkins: línea perpendicular a la línea de Hilgenreiner, situada en el borde lateral del acetábulo. Ambas dividen 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 este 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 trirradiado (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 al control radiológico de los 3 meses debe ser menor a 30 grados (282).

Figura II-69. Ángulos de evaluación en la radiografía de pelvis.

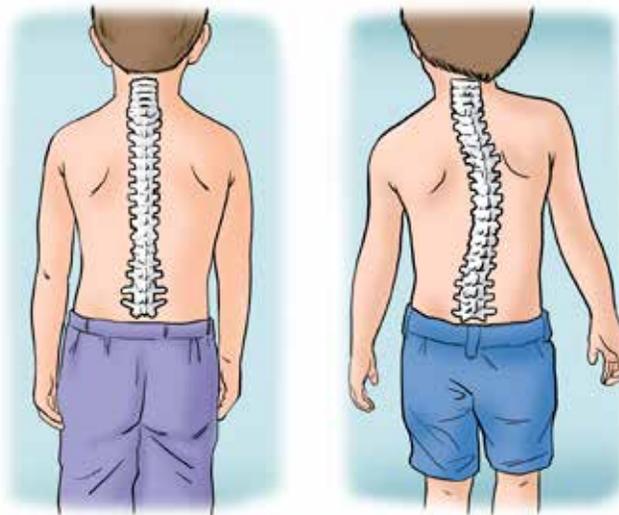


Fuente: adaptado de Mazzi, 2011 (283).

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 (figura II-70). Para descartar escoliosis en el control de salud infantil se recomienda utilizar el test de Adams desde los 5 o 6 años (284).

Figura II-70. Columna Normal y con Escoliosis



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

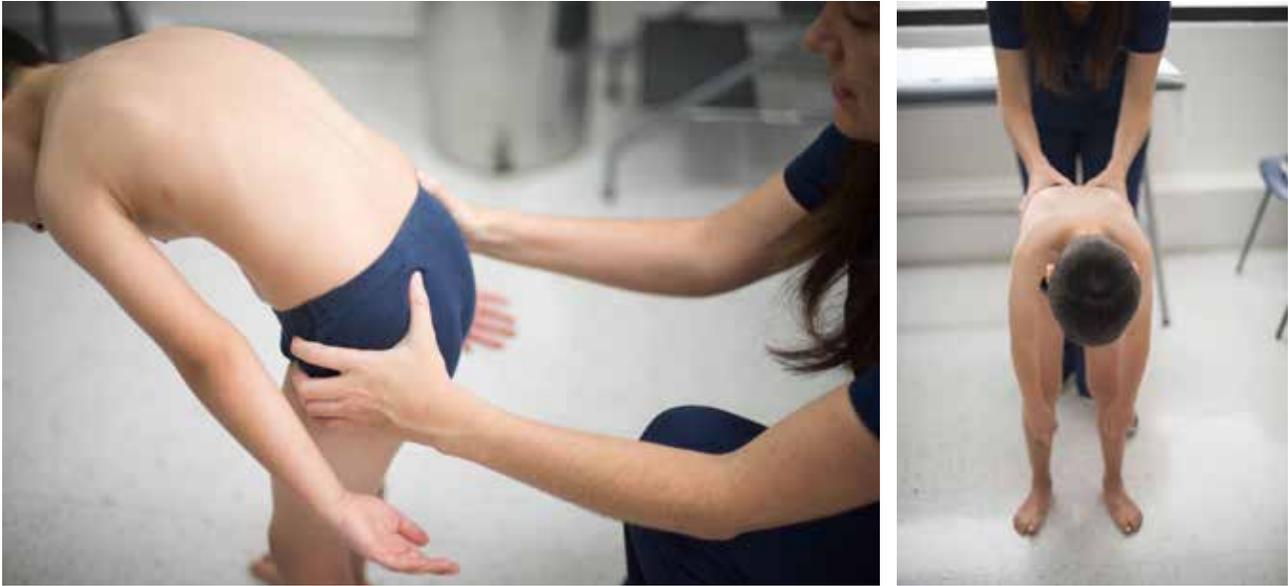
Test de Adams

Evaluación que permite detectar escoliosis (figura II-71). 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 (285).

Para realizarlo, se deben seguir los siguientes pasos (285):

1. Observar la espalda mientras el niño o niña se encuentra inclinado/a, lo normal o "sin escoliosis" es que mientras se esté inclinado se observen ambas escápulas a la misma altura, mientras que lo anormal es observar una giba dorsal o lumbar hacia el lado de la convexidad de la curvatura.
2. Observar al niño o niña sentado/a, para ver la persistencia de la escoliosis y giba costal. Si la escoliosis es funcional, desaparecerá.
3. Observar la marcha y el caminar en talones, en puntillas.

Figura II-71. Test de Adams.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

Genu valgo

El genu valgo corresponde a una posición de muslos y piernas donde las rodillas se encuentran juntas y los pies separados (posición en X). Esta posición se considera fisiológica hasta los 10 años de edad, siendo mucho más notoria cerca de los tres a cuatro años. Se puede acompañar de rotación de los pies (generalmente interna) y se considera patológica cuando: persiste en la adolescencia; es asimétrica, 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 (280).

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 (280).

Se considera patológico cuando: persiste luego de los dos años; se incrementa en vez de disminuir; es asimétrico; la distancia intercondílea (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, debe ser derivado a traumatología infantil para evaluación y eventual tratamiento.

Figura II-72. Genu Valgo, Genu Varo y Normal



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL; 2021. Adaptada de Vanicola, M. 2014 (286).

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 plantar que aumenta el área del pie con el suelo (287). 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:

1. 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.

Figura II-73. Maniobra presión primer dedo del pie hacia el empeine.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

2. Con el niño o la niña de pie y apoyado en una muralla, solicitar que levante el talón y se mantenga parado apoyándose en los metatarsos.

Figura II-74. Maniobra apoyo del pie para la evaluación del pie plano.

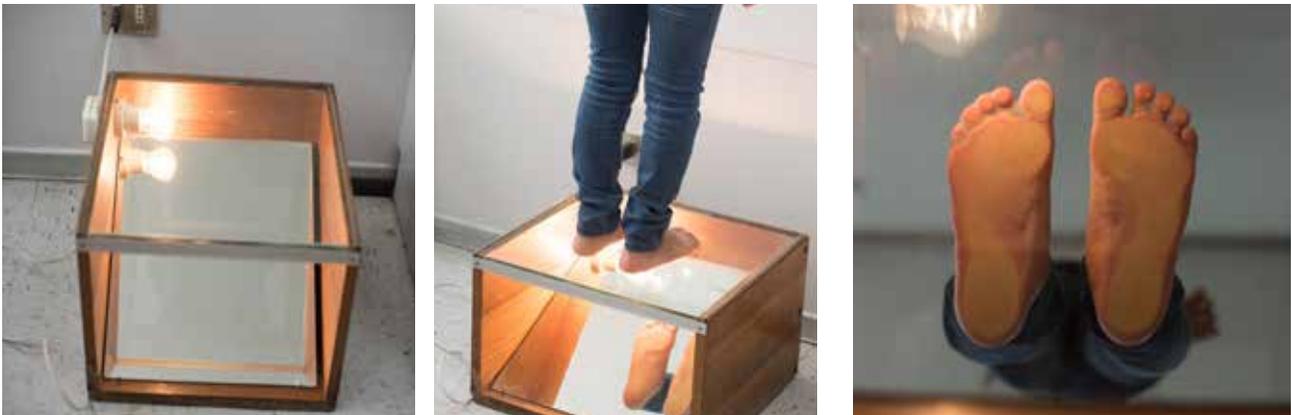


Si cuando se presiona el primer dedo del pie o cuando el niño/a levanta los talones se produce una elevación del arco interno, corresponde a un pie plano flexible. Por el contrario, si no se produce, corresponde a pie plano rígido.

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. Se debe derivar a 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 (287).

Pie plano rígido (patológico): se produce como consecuencia del astrágalo vertical congénito. Los niños y niñas con pie plano rígido, con o sin dolor, deben ser derivados a traumatólogo infantil para evaluación (287).

Figura II-75. Evaluación de pie en podoscopio.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

Dolor

Para el profesional que realiza la evaluación, una clasificación que ayuda al correcto diagnóstico de las causas más frecuentes de dolor es por grupos etarios, como se indica en el siguiente la tabla II-49 (288).

Tabla II-49. Diagnóstico diferencial de las causas de dolor en niños y niñas.

EDAD	PATOLOGÍA	ANTECEDENTES CLÍNICOS	CONDUCTA
Toda edad	Infección osteoarticular (osteomielitis, artritis séptica).	Antecedente de trauma (frecuente), dolor persistente, signos inflamatorios locales, compromiso del estado general (fiebre sobre 38° (38,5°C rectal), imposibilidad de apoyar extremidad.	Derivación a Servicio de Urgencia para toma de exámenes (VHS > 40 y hemograma > 12.000 leucocitos). Hospitalización y manejo quirúrgico.
	Traumatismos	Uso de calzado inadecuado, contusiones, caídas.	Manejo en APS. Derivar a servicio de urgencia o traumatología según compromiso. En caso de lesiones frecuentes sospechar maltrato.
	Neoplasias (leucemias, linfomas y tumores)	Dependiendo de la causa, dolor, baja de peso, compromiso del estado general, aumento de volumen local, fiebre, entre otros.	Derivación urgente a nivel secundario o servicio de urgencia para estudio en caso de sospecha diagnóstica.
	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, prematuridad, 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, derivar a neurología infantil.
Lactante y preescolar	Enfermedad del desarrollo de la cadera	En caso de detección tardía que lleve a marcha patológica o claudicación desde el inicio de la marcha.	Derivación urgente a traumatología infantil.
	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.	Ante duda de artritis séptica derivación a servicio de urgencia
	Fractura del lactante ("Toddler's Fracture")	Lactante mayor que claudica, con dolor pretibial y radiografía poco evidente.	Derivación a servicio de urgencia
	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 a traumatología infantil
	Artritis idiopática juvenil	Artritis de más de 6 semanas de evolución en que se han descartado procesos infecciosos o linfoproliferativos.	Derivación inmediata a reumatología / inmunología infantil. Consultar GES
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.	Condición autolimitada. Manejo ortopédico.

Fuente: Bueno, 2007 (288).



Lesiones musculoesqueléticas

La anamnesis debe poner énfasis en el o los mecanismos de la lesión (289). La identificación, permite dimensionar la intensidad del daño óseo y el compromiso de las estructuras contiguas al sitio lesionado (290), permitiendo establecer el manejo más adecuado a la lesión. Se debe evaluar:

- Actitud: el niño o niña no pueden estar de pie o mantiene un brazo sostenido por el otro.
- Piel: identificar deformidades y signos inflamatorios de menor o mayor intensidad (hematomas, equimosis, laceraciones o heridas que pueden evidenciar fracturas expuestas, entre otros).
- Puntos dolorosos: palpar suavemente cada miembro, identificando puntos que desencadenan dolor.
- Pulsos: siempre palpar pulsos periféricos para descartar alteraciones circulatorias (urgencias).
- Movilidad: valorar en cada miembro y sus articulaciones. Buscar limitación e inestabilidad (280). Los tipos de lesiones musculoesqueléticas más frecuentes en niños y niñas se describen en la tabla II-50.

Tabla II-50. Lesiones musculoesqueléticas frecuentes en niños y niñas.

TRAUMATISMO	HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO
Contusión	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión de tejidos blandos, sin solución de continuidad de piel, producido por un trauma directo con un objeto romo. Frente a un niño o niña con contusiones múltiples o repetidas, debe evaluar posibilidad de lesiones no accidentales (LNA) o maltrato. Se debe evaluar: • Antecedente de evento traumático. • Dolor. • Aumento de volumen sensible a la palpación. • Equimosis.
Esguince leve	<ul style="list-style-type: none"> • Distensión y rotura de ligamento de grado variable, producido por mecanismo traumático indirecto, ej. torsión de tobillo. las articulaciones más afectadas son: tobillo, dedos, muñeca y rodilla. El esguince grave se acompaña de rotura capsular y eventual luxación. Frente a un niño o niña con esguince, debe evaluar: • Antecedente de movimiento forzado y brusco. • Dolor, principalmente en relación con el trayecto ligamentoso. • Aumento de volumen periarticular. • Impotencia funcional de grado variable. • Equimosis.
Desgarro	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponde a una rotura o pérdida de continuidad de las fibras musculares. • Descartar lesiones óseas.
Luxación o luxofractura	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponde a una pérdida de relación total entre las carillas articulares de los huesos que conforman una articulación. • En niños o niñas puede ocurrir luxación de codo, rótula, interfalángicas, metacarpofalángicas y cadera. Esta última, es de baja frecuencia, pero su manejo debe ser considerado de extrema urgencia en prevención de necrosis de cabeza femoral. Frente a un niño o niña con luxación o luxofractura, debe evaluar: • Dolor intenso posterior a un traumatismo. • Deformidad en zona articular, la cual está rígida en posición anormal. • Impotencia funcional completa. • Aumento de volumen.
Pronación	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponde al atrapamiento agudo de ligamento anular del codo entre cabeza radial y cóndilo humeral, que ocurre en niños y niñas de entre uno y cinco años como resultado de una tracción axial sobre el miembro superior. Es la lesión por tirón del codo, es frecuente en los niños y niñas hiperlaxos/as. Frente a una pronación, se debe evaluar: • Si cursa con dolor. • Codo en semiextensión. • Antebrazo en pronación. • Ausencia de movilidad activa de la extremidad superior afectada. • No hay aumento de volumen del codo.
Fractura	<p>Es la pérdida de la continuidad del tejido óseo por acción de un traumatismo. Puede ser completa (compromete toda la circunferencia del hueso) o incompleta; cerrada o abierta (foco fracturario comunicado o expuesto con el exterior). Frente a un niño o niña con fractura, se debe evaluar:</p> <p>Antecedente de trauma de diferente tipo y energía.</p> <p>Dolor habitualmente intenso a la palpación directa o a la movilización a distancia del segmento afectado.</p> <p>Aumento de volumen.</p> <p>Deformidad e impotencia funcional.</p> <p>Hay fracturas incompletas que no muestran deformidad, por lo que se debe buscar dirigidamente punto de dolor.</p> <p>Siempre se debe descartar y registrar compromiso neurovascular.</p>

Fuente: Staheli, 2003 (280).

Infecciones osteoarticulares

Artritis séptica (280,289)

- Las articulaciones que se comprometen con mayor frecuencia son rodilla, cadera, tobillo, codo, hombro y muñeca. La mayor parte de las veces es monoarticular (289).
- El signo clínico de mayor importancia es el dolor, intenso, constante y puede despertar al niño o niña en la noche, junto a fiebre y decaimiento.
- La articulación presenta aumento de temperatura local y edema como consecuencia del derrame articular.
- En neonatos y lactantes, los signos clínicos característicos son inapetencia y pseudoparálisis de la articulación; puede no haber fiebre.
- Dolor e impotencia funcional de alguna articulación, a veces aumento de volumen visible, fiebre, leucocitosis, VHS y PCR elevada.
- Posición antiálgica de la extremidad.

Osteomielitis (280)

Infección del hueso o de la médula ósea, normalmente causada por una bacteria piógena o micobacteria y hongos. Habitualmente comienza en la metafisis ósea y progresa hacia las zonas de mayor irrigación. Las zonas más frecuentemente afectadas son fémur distal y tibia proximal (280).

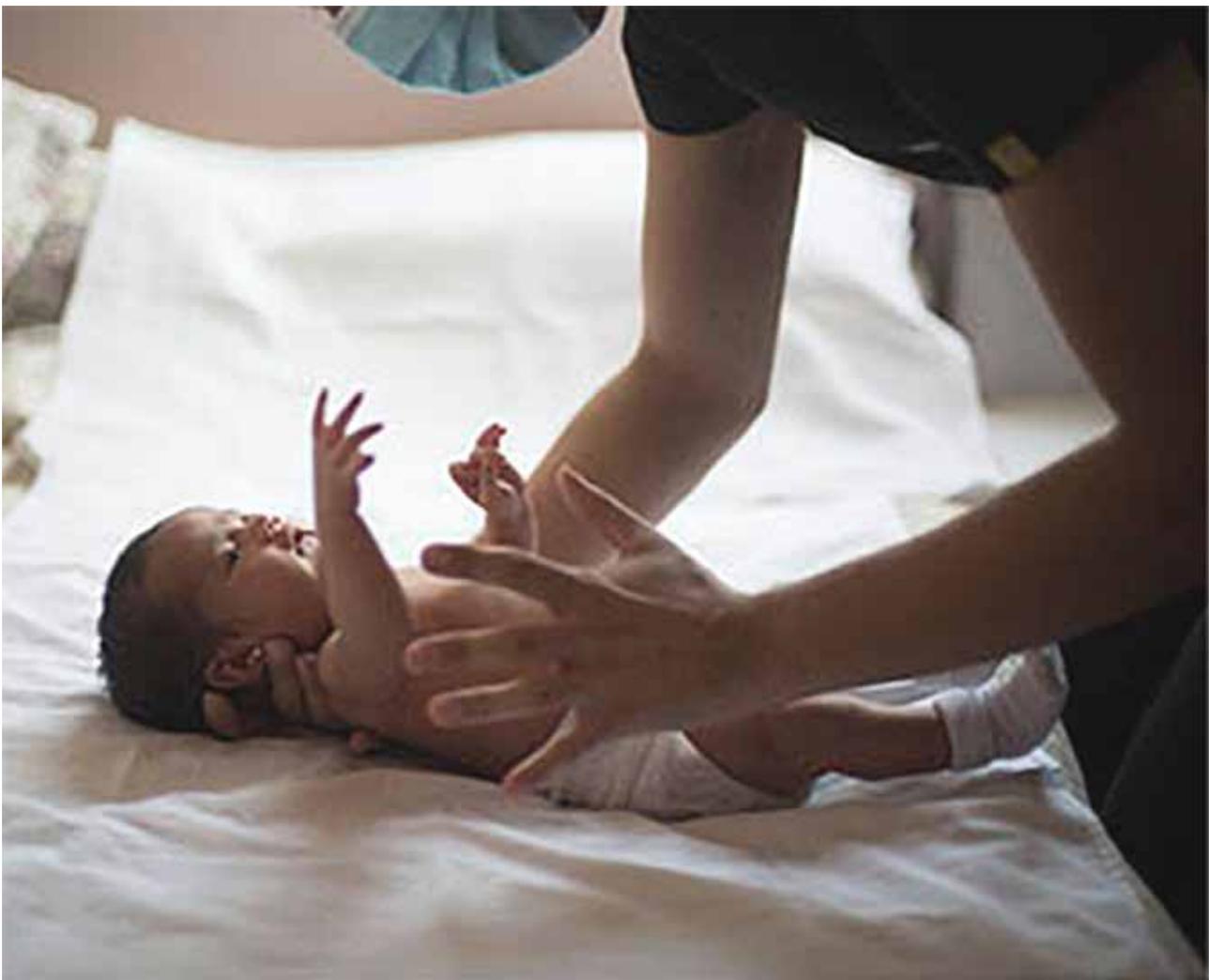
Como características clínicas podemos destacar las siguientes (280):

- Dolor óseo progresivo que aumenta lentamente, sin una causa aparente, aunque puede tener antecedente de trauma en un 50%.
- Presencia de claudicación, especialmente en niños y niñas más pequeños/as
- Fiebre y compromiso del estado general. Se observan cuando el niño o niña está muy comprometido/a o en etapas avanzadas de la infección
- Dolor metafisiario e impotencia funcional.
- Las radiografías iniciales no muestran lesiones óseas.
- Ante la sospecha de infección osteoarticular, derivar al servicio de urgencia inmediatamente.

ii. Evaluación musculoesquelética por grupo etario

A continuación, se resumen los elementos más importantes de la evaluación musculoesquelética en el contexto de la supervisión de salud de niñas y niños.

Al momento de realizar la evaluación de recién nacidos, es fundamental preocuparnos por alteraciones anatómicas, presencia de dolor, asimetrías y aumentos de volumen. Se debe correlacionar con la evaluación neurológica determinando características del tono muscular, reflejos arcaicos y osteotendinosos.



En la siguiente tabla se indican aspectos musculoesqueléticos a evaluar en recién nacidos/as.

Tabla II-51. Evaluación musculoesquelética en RN

VERIFICAR	PALPACIÓN	MOVILIDAD ARTICULAR	EXAMEN EN PRONO
<ul style="list-style-type: none"> - Posición general, cabeza, cuello, tronco y extremidades. - Aspecto de cráneo, ojos, mirada, boca, orejas. - Asimetría facial - Movimientos activos. - Reflejos arcaicos y osteotendinosos. - Evidenciar malformaciones congénitas de extremidades y columna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fontanelas, cráneo, cuello, ganglios, esternocleidomastoideo, tronco, abdomen, costillas, clavículas y extremidades. - Buscar puntos dolorosos, induraciones y tumoraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rango de movilidad activa y pasiva, disminución y abolición. - Dolor al movilizar. - Presencia de rigidez. - Hipotonía. - Hipertonía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar región posterior de cabeza, implantación del cabello. - Aspecto de la columna, estigmas cutáneos en línea media. - Pliegues glúteos. - Palpación de columna.

Fuente: Staheli, 2003 (280).

A continuación, se presentan las patologías ortopédicas más frecuentes en recién nacidos.

Tabla II-52. Patologías ortopédicas frecuentes en el/la recién nacido/a.

PATOLOGÍA	SOSPECHA DIAGNÓSTICA
Malformaciones congénitas del aparato locomotor	Deformidad evidente al examen físico de uno o varios segmentos corporales. La suma de ellos puede sugerir la presencia de algún síndrome genético.
Deficiencia transversal o amputaciones congénitas	Evidenciable a la inspección del/la RN, y algunas de ellas se pueden identificar en el periodo prenatal.
Deficiencias longitudinales	Se debe comparar la longitud de las extremidades, en los distintos planos.
Polidactilias	También llamados dedos supernumerarios. Se evidencian a la inspección. Se deben evaluar con detalle los segmentos de cada dedo y su movilidad para sospechar malformaciones que no sean visibles.
Sindactilia	Corresponde a la fusión de dedos total o parcial con una membrana interdigital. Se evidencia a la inspección.
Polisindactilia	Es la combinación de la Polidactilia y la Sindactilia en la misma extremidad. También se evidencia en la inspección.
Sobrecrecimiento	Este término no caracteriza una enfermedad, sino un grupo de enfermedades, y corresponde al incremento ponderal por sobre las 2 desviaciones estándar de lo que corresponde para su edad.
Escoliosis congénita	Escoliosis que está presente al nacer. Esta se produce cuando las costillas o vértebras del/la RN no se desarrollan apropiadamente.
Disrafias ocultas	Malformaciones precoces en el desarrollo embrionario de las estructuras medulares y raquídeas en la que las estructuras nerviosas y meníngeas no se encuentran cerradas, pero están cubiertas por piel sin exposición del tejido nervioso.
Disrafias abiertas, meningocele	Malformaciones precoces en el desarrollo embrionario de las estructuras medulares y raquídeas en la que las estructuras nerviosas y meníngeas se encuentran comunicadas con el medio externo, lo que hace que su corrección quirúrgica sea urgente.
Pie talo	Deformidad en la cual el pie permanece constantemente en flexión dorsal de tal modo que, al apoyar el pie en el suelo, éste entra en contacto con el suelo únicamente con el talón, permaneciendo levantado el antepié. Se acompaña frecuentemente de pie valgo, es decir, desviado hacia fuera.
Tortícolis congénita	Posición anómala de la cabeza respecto del eje corporal, con rotación cervical e inclinación contralateral de la cabeza, que habitualmente es secundaria a una contracción involuntaria de la musculatura cervical con compromiso predominante del músculo esternocleidomastoideo.
Fractura de la clavícula	Discontinuidad en una o ambas corticales de la clavícula de un/a RN, a consecuencia de un parto distócico, u otras fuerzas o tracciones sobre la clavícula que superen la elasticidad del hueso. Se visualiza como asimetría y se puede palpar un resalte, asimetría, deformidad o crépito en la zona.
Infecciones Osteoarticulares	Infección que compromete tejido óseo y/o articular. Los síntomas en el/la RN son escasos y el estado clínico bueno, exceptuando las que cursan con un cuadro séptico asociado. La fiebre o febrícula no siempre están presentes, aunque suelen aparecer en algún momento de la evolución.
Hipotonías o hipertonías o reflejos del RN anormales	Las alteraciones del tono muscular del/la RN son difíciles de pesquisar, salvo que sean muy evidentes. Su pesquisa se entrena con la experiencia clínica, y considerando antecedentes particulares, como la edad gestacional al momento del parto, el trofismo muscular, la reactividad y el estado general del/la RN.

Fuente: Staheli, 2003 (280).

Evaluación musculoesquelética en lactantes

La exploración ortopédica en lactantes se realiza de cefálico a caudal y de axial a periférico, y en posición decúbito dorsal y de pie. A nivel axial, hay que descartar la presencia de una deformidad vertebral, sobre todo, en niños y niñas con retraso en el desarrollo psicomotor. Se debe evaluar el tono muscular, y buscar dirigidamente malformaciones viscerales, determinados síndromes y tortícolis. La presencia de vellosidad localizada o angioma a nivel lumbosacro, puede relacionarse con la presencia de disrafia espinal oculta. Las anomalías costales y esternales (pectum excavatum o carinatum), también se asocian a deformidades vertebrales.

En el miembro superior, hay que prestar atención a la extensión del codo y a la movilidad pasiva de los dedos, y en el miembro inferior hay que explorar la cadera hasta que el niño o niña camine.

Evaluación musculoesquelética en preescolares y escolares

El examen ortopédico del niño o niña comienza con la observación sobre la actitud del niño/a y sus movimientos espontáneos. La presencia de rigidez, tanto axial como periférica suele ser signo de patología importante. La valoración de la marcha constituye uno de los mayores retos de la evaluación. Hay que hacer caminar al niño/a 1-2 minutos de modo normal, luego de talones y de puntillas, hacerle correr, ponerse de puntillas y saltar. Las patologías ortopédicas más frecuentes en este grupo se describen en la tabla II-53.

Tabla II-53. Patologías ortopédicas frecuentes en lactantes, preescolares y escolares.

PATOLOGÍA	SOSPECHA DIAGNÓSTICA
Desarrollo psicomotor alterado	Presencia de pauta de evaluación del desarrollo psicomotor alterada.
Sospecha de lesión traumática	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los traumatismos pueden comprometer hueso y/o partes blandas, por lo que la anamnesis debe poner énfasis en el o los mecanismos de la lesión (263). La identificación, permite dimensionar la intensidad del daño óseo y el compromiso de las estructuras contiguas al sitio lesionado (289). ▪ Frente a un niño/a con sospecha de una lesión traumática, debe evaluar: ▪ Inspección: Evaluar color, perfusión, heridas, deformidad, edema, asimetría, hematoma localizado. ▪ Palpación: Valorar sensibilidad, llene capilar, temperatura, especialmente pulsos distales. ▪ Movilidad: Impotencia funcional, movilidad pasiva y activa. ▪ Dolor (288).
Sospecha de una Infección osteoarticular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las infecciones óseas se localizan inicialmente en la metáfisis de los huesos largos. Frente a un niño/a con sospecha de una lesión osteoarticular, debe evaluar: ▪ El signo clínico de mayor importancia es el dolor, intenso, constante y puede despertar al niño o niña en la noche, junto a fiebre y decaimiento. ▪ La articulación afectada presenta aumento de temperatura local y edema como consecuencia del derrame articular. ▪ En neonatos y lactantes, los signos clínicos característicos son inapetencia y pseudoparálisis de la articulación; puede no haber fiebre. ▪ Marcha patológica: Claudicación repentina o negación a caminar.
Genu varo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corresponde a la relación de 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 intercondílea (entre rodillas) es demasiado amplia (mayor a 5 cm) o está acompañando de otras patologías óseas como raquitismo o displasias (280).
Genu valgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. Frente a un niño/a con genu valgo, debe evaluar: ▪ El niño o la niña debe estar de pie con las rodillas juntas y se mide la distancia entre ambos maléolos internos, considerándose 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) (280).
Marcha patológica: claudicación repentina o negación a caminar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La claudicación es siempre un signo de alarma pues puede ser la primera manifestación 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.

Fuente: elaboración propia, Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL.

Ante alteraciones anatómicas, asimetrías, alteración del tono muscular, dolor o signos que llamen la atención de quien esté realizando la supervisión de salud, derivar a médico/a de APS para evaluación y eventual derivación si corresponde.

El manejo de patologías osteoarticulares frecuentes y traumatismos se describen en las tablas II-54 y II-55.

Tabla II-54. Manejo de patologías osteoarticulares frecuentes.

GRUPO ETARIO	PATOLOGÍA	CONDUCTA
Recién Nacido	Malformaciones congénitas del aparato locomotor	<ul style="list-style-type: none"> Derivación al especialista: ortopedista, genetista y/o neurología.
	Deficiencia transversal o Amputaciones congénitas	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a ortopedista, para inicio de tratamiento y generación de prótesis. Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Deficiencias longitudinales	<ul style="list-style-type: none"> Derivación INMEDIATA a través de interconsulta urgente a ortopedia. Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Polidactilias	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a ortopedista, para resolución quirúrgica. Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Sindactilia	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a ortopedista, para resolución quirúrgica (dentro de los primeros 6 meses). Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Polisindactilia	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a ortopedista, para resolución quirúrgica (en control de los 8 meses). Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Sobrecrecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a ortopedista (dentro de los primeros 6 meses). Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Hipoplasia	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a ortopedista INMEDIATA (interconsulta urgente). Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Bridas constrictivas	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a ortopedista, para resolución quirúrgica (dentro de los primeros 6 meses). Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Escoliosis congénita	<ul style="list-style-type: none"> Derivación INMEDIATA a través de interconsulta urgente a ortopedia. Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Disrafias ocultas	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ecografía de médula, antes de los 3 meses de edad. Derivación a ortopedista INMEDIATA (interconsulta urgente), según indicación descrita en Guía de Práctica Clínica GES Disrafias Espinales (291). Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Disrafias abiertas, meningocele	<ul style="list-style-type: none"> Debe haber sido operada de urgencia, horas después de nacido. (Según indicación descrita en Guía de Práctica Clínica GES Disrafias Espinales). Una vez dado de alta de neonatología, el niño/a debe seguir controles en neurocirugía, neurología, ortopedia y urología. Las deformidades de las extremidades inferiores son habituales. Se debe estar atento a la aparición de hidrocefalia.
	Deformidades de los pies: Pie talo blando	<ul style="list-style-type: none"> Indicar ecografía de caderas o radiografía de pelvis AP (292). Derivación a ortopedista. Seguimiento en Control de Salud Infantil.

Recién Nacido	Deformidades de los pies	
	Deformidad de rodilla o cadera	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a ortopedista INMEDIATA (interconsulta urgente). Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Deformidades en extremidad superior	
	Tortícolis congénita	<ul style="list-style-type: none"> Indicar ecografía de cuello y caderas o radiografía de pelvis. Derivación a ortopedista. Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Fractura de la clavícula del RN	<ul style="list-style-type: none"> Inmovilizar la extremidad superior con la camisa del niño/a por una semana. Evaluar a los 15 días, si la movilidad del brazo no se normaliza, sospechar parálisis braquial obstétrica y el/la recién nacido/a debe derivarse de INMEDIATO a neurología y ortopedista.
	Otras fracturas del RN	<ul style="list-style-type: none"> Sospechar con antecedente traumático o parto distócico y con disminución de la movilidad del segmento sospechoso, aumento de volumen o empastamiento de él o una deformidad obvia. No se debe buscar crepitación ósea ni movilidad anormal. Si es posible, solicitar radiografía en 2 planos. Derivación INMEDIATA al servicio de urgencia con inmovilización en posición funcional con férula o valva de yeso acolchada.
	Infecciones osteoarticulares	<ul style="list-style-type: none"> Derivación INMEDIATA al servicio de urgencia.
	Hipotonías o hipertonías o reflejos del RN anormales	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento en Control de Salud Infantil.
Lactante	Displasia luxante de cadera en lactantes con factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> En niños y niñas menores de 3 meses con factores de riesgo o con sintomatología positiva indicar ecografía de caderas o radiografía de pelvis AP y derivar al ortopedista a la 3ra semana. Derivación a ortopedista según indicación descrita en Guía de Práctica Clínica GES (282). Seguimiento en Control de Salud Infantil
	Displasia luxante de cadera	<ul style="list-style-type: none"> En niños y niñas sin sintomatología, solicitar radiografía de Pelvis AP para ser evaluada en control de los 3 meses (282). Derivación a ortopedista en ex alterado. Seguimiento en Control de Salud Infantil.
	Sospecha de lesión traumática	<ul style="list-style-type: none"> Derivar al servicio de urgencia inmediatamente con inmovilización en posición funcional.
	Sospecha de una Infección Osteoarticular	<ul style="list-style-type: none"> Derivar al servicio de urgencia inmediatamente.
	Genu varo	<ul style="list-style-type: none"> En distancia interna de los cóndilos femorales mayor a 4 cm, derivación a ortopedista.
	Genu valgo	<ul style="list-style-type: none"> En distancia intermaleolar mayor de 5 cm, derivar a ortopedista.
	Marcha patológica: claudicación	<ul style="list-style-type: none"> Examen acucioso. Derivar a ortopedista.
	Marcha patológica: claudicación repentina o negación a caminar	<ul style="list-style-type: none"> Examen físico acucioso. Derivar al servicio de urgencia inmediatamente.

Lactante y preescolar	Sinovitis transitoria de cadera	• Ante duda de artritis séptica, derivar a urgencias.
	Fractura del lactante "Toddler's Fracture)	• Derivar a urgencia.
	Enfermedad de Perthes	• Derivación y tratamiento por un especialista traumatólogo infantil.
	Artritis idiopática juvenil	• Derivación inmediata a reumatólogo o inmunólogo infantil. Para detalles. consultar la guía GES.
	Osteocondrosis	• Manejo ortopédico y sintomático. Condición autolimitada.
Toda edad	Infección osteoarticular (osteomielitis, artritis).	• Requiere derivación urgente y hospitalización en caso de confirmación diagnóstica.
	Traumatismos* (ver abajo)	• Manejo en APS, traumatología infantil o urgencia según diagnóstico. En caso de lesiones frecuentes o inhabituales sospechar maltrato infantil.
	Neoplasias (leucemias, linfomas, tumores malignos y benignos óseos)	• Estudio para diagnóstico diferencial y derivación a nivel secundario /urgencia según sospecha diagnóstica.
	Enfermedades neuromusculares: parálisis cerebral	• Ante sospecha, derivación a neurología infantil.

Fuente: adaptado de Staheli, 2003 (280).

Tabla II-55. Manejo de Traumatismos.

Contusión	<p>Aplicación de hielo local protegido.</p> <p>Uso de analgesia oral (AINES) según nivel de dolor, en bajas dosis por 3 días.</p> <p>Inmovilización blanda (vendaje, cabestrillo, etc.) o rígida (valva de yeso), por períodos breves (máximos de 7 días).</p>
Esguince leve	<p>Reposo de la extremidad afectada.</p> <p>Hielo local inicial.</p> <p>Vendaje elástico diurno.</p> <p>Supervisión en el Control de Salud Infantil.</p>
Esguince Moderado o severo	<p>Iniciar AINE.</p> <p>Inmovilización provisoria.</p> <p>Derivación a especialidad.</p>
Desgarro	<p>Hielo local protegido por 48 a 72 h.</p> <p>Reposo deportivo.</p> <p>Vendaje elástico diurno.</p> <p>Fisioterapia.</p> <p>Retorno progresivo a actividades deportivas.</p> <p>Controlar o enviar al especialista, según evolución.</p> <p>Supervisión en el Control de Salud Infantil.</p>
Luxación o luxofractura	<p>Alivio de dolor mediante analgesia.</p> <p>RX en 2 planos (si se dispone de ello).</p> <p>Inmovilización provisoria.</p> <p>Envío del paciente al Servicio de Urgencia para su tratamiento.</p>
Pronación	<p>Realizar maniobra de reducción.</p> <p>Habitualmente no requiere inmovilización posterior.</p>
Fractura	<p>Estabilización hemodinámica.</p> <p>Alivio del dolor por medio de analgesia.</p> <p>Inmovilización provisoria.</p> <p>Envío del paciente al Servicio de Urgencia para su tratamiento.</p>

Fuente: Staheli, 2003 (280).

MATERIAL COMPLEMENTARIO

<p>Guía de Práctica Clínica</p> <p>Disrafias Espinales</p>	<p>https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/disrafias-espinales/recomendaciones/</p>
<p>Guía de Práctica Clínica</p> <p>Displasia Luxante de Caderas</p>	<p>https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/displasia-luxante-de-caderas/recomendaciones/</p>
<p>Guía de Práctica Clínica</p> <p>Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años</p>	<p>https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Tratamiento-Quir%C3%BArgico-Escoliosis-menores-25-a%C3%B1os.pdf</p>



2.2.12. EVALUACIÓN GENITOURINARIA

La evaluación genitourinaria es parte de la evaluación clínica que se realiza en el control de salud infantil. Educar a los padres y/o cuidadores en torno a los fenómenos genitourinarios fisiológicos propios de la infancia permiten que estos puedan detectar precozmente alteraciones.

i. Fenómenos fisiológicos del RN

Cristales de Urato en la orina

La mayoría de los RN (95%) orinan por primera vez dentro del primer día de vida (293). La orina es habitualmente clara y transparente, pero producto de la eliminación de cristales de urato (293), puede dejar un depósito naranja - rojizo en el pañal que al secar se ve como polvillo fino color naranja-herrumbroso. Habitualmente aparecen de forma precoz y pueden durar hasta 48 - 72 h según el estado de hidratación. Si bien esta es causa de consulta frecuente (294) es un fenómeno fisiológico y cede espontáneamente (265,294). Sin embargo, se debe consultar al médico en caso de:

- Persistencia de la aparición de uratos (más de 5 días).
- Orina de mal olor.
- Coluria (orina oscura color café oscura - verdosa) acompañada de acolia (deposiciones blanquecinas).
- Mancha de sangre fresca en el pañal (293,294).

Figura II-76. Cristales de urato.



Fuente: Manual Operativo de LM, MINSAL 2017.

Pseudomenstruación y botón mamario

En el útero, las hormonas sexuales maternas que circulan por el torrente sanguíneo traspasan la placenta y estimulan tejidos hormonosensibles a nivel fetal. El inicio y el repentino cese de esta estimulación hormonal producen distintos fenómenos fisiológicos. La estimulación estrogénica en las recién nacidas puede producir ingurgitación de las carúnculas himenales, secreción vaginal serosa (leucorrea) y secreción mucosanguinolenta. Esta última, es más llamativa y se llama pseudomenstruación (265,295), la cual se produce por la descamación del endometrio por privación hormonal al nacer (294). En general, aparece entre el 4to y 5to día de vida y puede durar entre 2 a 4 días.

Otra respuesta habitual a la estimulación hormonal materna es la aparición de botón mamario en niñas y niños. Usualmente sucede a fines de la primera semana de vida con un máximo al décimo día de vida. En algunos casos puede haber secreción láctea escasa, que desaparece cerca de la tercera semana de vida (265). El botón mamario con o sin secreción no debe ser apretado ni exprimido ya que existe el riesgo de infección por bacterias de la piel que puede ser graves en un recién nacido/a.

Tanto la pseudomenstruación como el botón mamario se revierten espontáneamente.

Minipubertad y telarquia neonatal (o del lactante)

Fisiología

El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal regula la producción de hormona luteinizante (LH) y hormona folículoestimulante (FSH), que a su vez estimulan a las gónadas para la producción de esteroides sexuales (396).

Este eje, se activa en tres fases a lo largo de la vida. Las primeras dos fases de activación son temporales: una ocurre en la etapa fetal y la otra en el recién nacido. La tercera fase, es la activación definitiva del eje y determina el inicio de la pubertad (296,297).

Esta segunda fase es lo que se conoce como 'minipubertad', definida como la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal en el recién nacido, con el consecuente aumento de gonadotropinas LH y FSH, que inicia cerca del día 6 a 10 de vida.

La LH alcanza un máximo en rango puberal alrededor de las 2 a 10 semanas de vida, disminuyendo a niveles pre-puberales cerca de los 6 meses de vida. Por otro lado, la FSH desciende a niveles pre-puberales cerca de los 4 meses en hombres, mientras que en las mujeres se describe que su elevación podría prolongarse hasta los 4 años de edad (298).

Evaluación

Al nacer, la mayoría (80%) de los recién nacidos/as de ambos sexos, aunque más frecuente en niñas que en niños, presentan un aumento de tamaño de tejido mamario que puede ser uni o bilateral. Este hecho se considera benigno y causado tanto por la estimulación in útero de estrógenos placentarios, como por la propia actividad endocrina (296,297,299).

En niños, el diámetro de la glándula mamaria decrece progresivamente hasta los 6 meses de edad (296,299) mientras que, en niñas, este periodo se prolonga, dado que se ha descrito una asociación de su persistencia con los niveles hormonales (estrógeno)(300).

En un estudio de cohorte prospectivo realizado en Estados Unidos, que evaluó 871 pacientes entre 1 día de vida y 24 meses de edad, constató la presencia de tejido mamario palpable hasta en un 25% de los niños de 24 meses y hasta en un 64% de las niñas de esa edad (299).

A pesar de ser considerado fisiológico, es fundamental hacer una adecuada evaluación del paciente con el fin de descartar una causa orgánica.

Se debe interrogar por signos de efecto estrogénico excesivo (palidez de mucosa vaginal, aumento de secreción, hemorragia), signos de androgenización (aparición de vello púbico, olor axilar, aparición de pelo grueso, comedones o acné), signos de virilización (clitorimegalia o aumento del tamaño del pene, aumento de masa muscular), descartar posible exposición a esteroides sexuales, por ejemplo, uso de cremas de estrógeno o fitoestrógenos (301).

También se debe indagar sobre antecedentes familiares (padres, hermanos y familiares próximos) de importancia como su historia del desarrollo, patologías hereditarias como hiperplasia suprarrenal congénita, resistencia a glucocorticoides, tumores, entre otros (301,302).

La exploración física debe enfocarse en un examen general (buscando malformaciones, manchas en la piel, etc.) y una evaluación antropométrica acuciosa (peso, talla, perímetro cefálico), que nos permita hacer un seguimiento adecuado de la velocidad de crecimiento del paciente, evaluar según Tanner, pigmentación areolar y genitales (estrogenización de mucosa vaginal, tamaño del clítoris, volumen y simetría testicular, tamaño peneano, aparición de vello púbico) (301,302).

La conducta en estos casos es la observación. Usualmente no se requiere exámenes de laboratorio ni imagen para evaluar a estos niños y niñas en la medida que la telarquia, ya sea uni o bilateral, se mantenga en forma aislada (301). En caso de detectar características de desarrollo puberal o signos de virilización asociados, se debe derivar en forma oportuna al niño o niña para profundizar su estudio en nivel secundario.

ii. Alteraciones frecuentes

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:

Criptorquidia

Ausencia de uno o ambos testículos en la bolsa escrotal. Es importante 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 (303). 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, quien debe confirmar el diagnóstico y debe derivarlo en forma urgente al cirujano infantil.

Figura II-77. Evaluación para descartar criptorquidia.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

Aumento de volumen escrotal indoloro

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

- **Hidrocele:** transluminación positiva, no reductible, el tamaño es variable. Derivar si persiste después de los 12 meses.
- **Hernia inguinal:** transluminación 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.

Fimosis

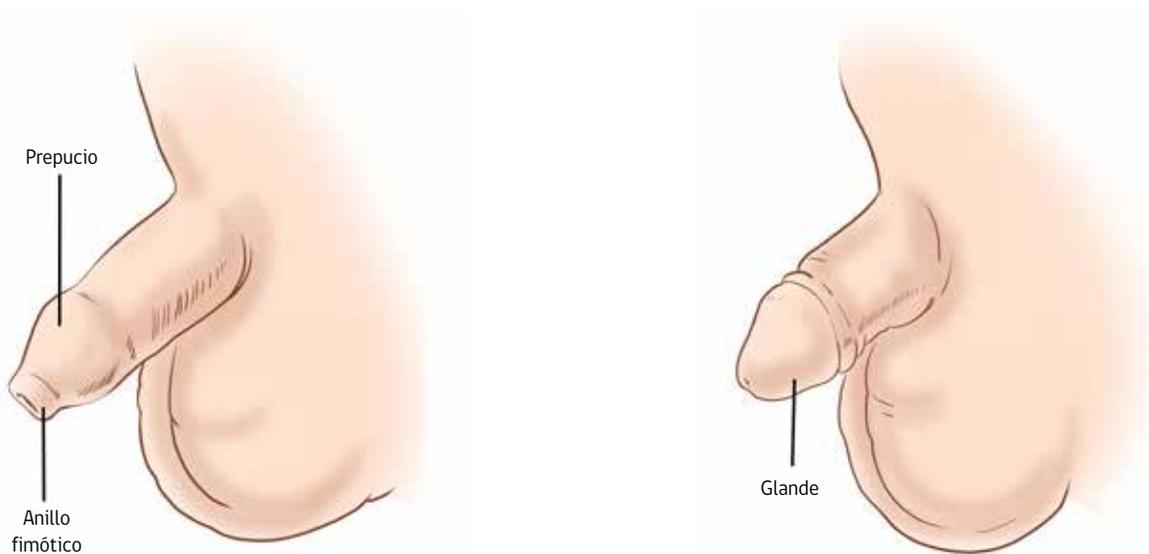
La piel que recubre al glande (prepucio), se encuentra estrecha y no permite retraerla para mostrar el surco balanoprepucial. Es importante que en el examen físico no se fuerce el prepucio e instruir a la familia en que no se debe forzar ni para realizar aseo ni tampoco para ejercitarlo. El intentar 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).

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.

Figura II-78. Fimosis

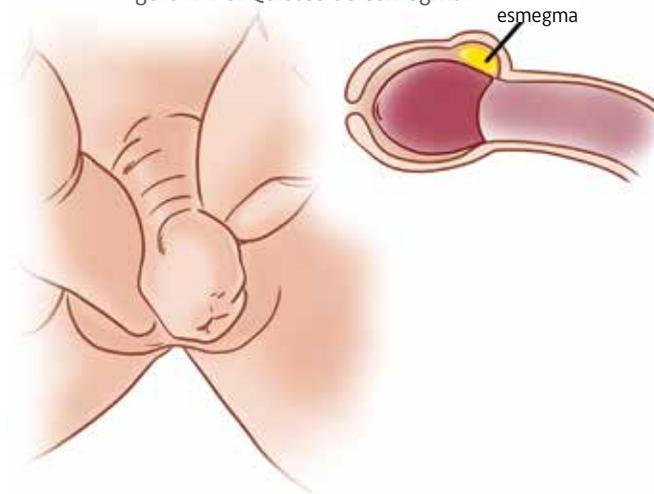


Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021..

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 II-79. Quistes de esmegma.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

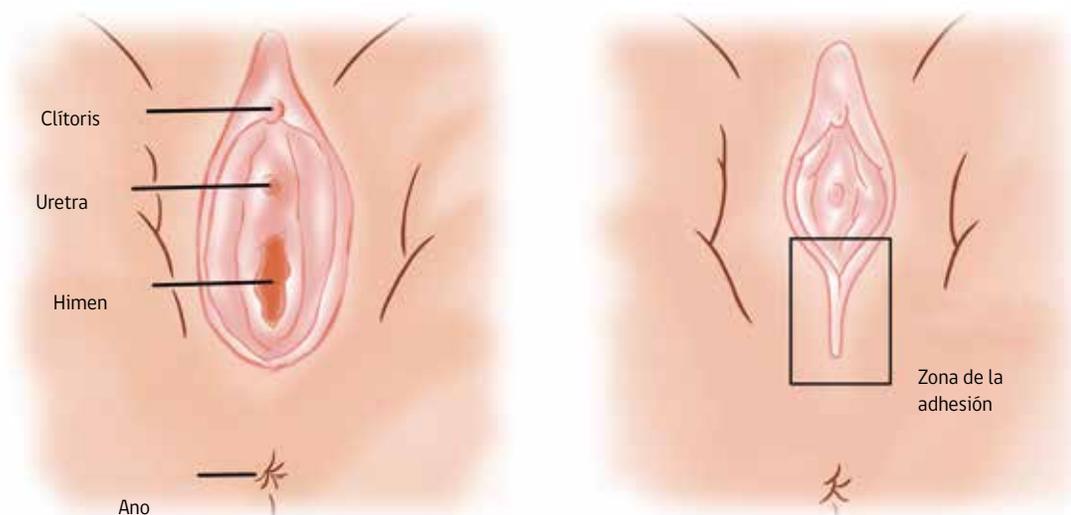
Anomalías de posición del meato uretral (hipospadia)

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.

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. Es importante recalcar que el tratamiento de las sinequias es médico y no quirúrgico. Debe efectuarse seguimiento hasta el período puberal.

Figura II-80. Sinequia.



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

Permeabilidad del himen

El himen imperforado es la malformación congénita más frecuente del tracto genital femenino. Se caracteriza por la permanencia de una capa de tejido conjuntivo epitelizado que forma un tabique horizontal y obstruye completamente el introito vaginal. Puede ser una condición aislada o bien estar asociado a otras anomalías. La correcta exploración del genital se debe realizar en posición decúbito dorsal con las piernas en posición ginecológica o en posición de rana. El examinador requiere inspeccionar externamente la vulva, separando los labios mayores y para inspeccionar el introito se deben traccionar los labios mayores hacia lateral y hacia abajo para observar la apertura del himen, si persiste la duda se sugiere referir a un ginecólogo infantojuvenil (304).

Vulvovaginitis

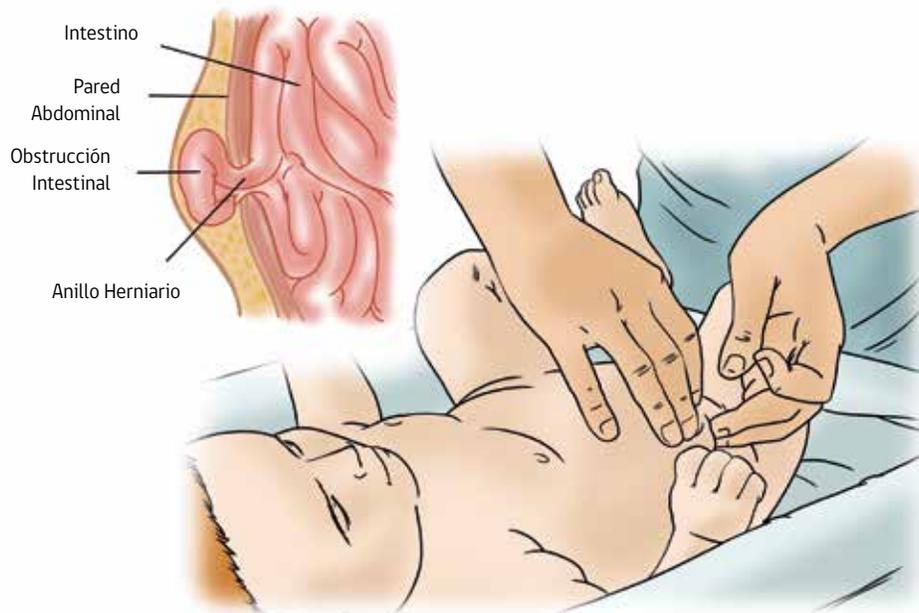
Es un proceso inflamatorio de la vulva y/o vagina. En las niñas prepuberales puede ser por causas inespecíficas, secundaria a oxiuros o específicas (por agentes infecciosos como estreptococo, patógenos entéricos o transmisión sexual) y por cuerpos extraños. Siempre debe ser derivada a un médico para 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) (78). 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.

Aumento de volumen inguinal

Debe ser derivado a médico para posterior evaluación a especialidad, frente a hallazgo en cualquier edad ya que puede corresponder a una hernia inguinal, que es de corrección quirúrgica.

Consignar dolor, si es reducible, cambios de coloración y diagnóstico diferencial (adenopatías, masa abdominal, otros).

Figura II-81. Hernia inguinal



Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2021.

iii. Procesos de eliminación

Control de Esfínteres

Dentro de los hitos del desarrollo infantil, el control de esfínteres es de los más relevantes, en tanto se constituye como una manifestación de la capacidad del niño o niña de regular una función corporal elemental que previamente le era involuntaria. Sin embargo, el momento preciso en el que se comienza a adquirir esta capacidad se presenta de manera variable entre los distintos niños o niñas y, por otro lado, puede no ser compatible con los cánones sociales y culturales. Esto último es sumamente relevante, puesto que existen cánones sociales y culturales que junto a experiencias previas con otros niños o niñas fijan las expectativas de los padres y cuidadores respecto de cuándo será posible abandonar los pañales (305).

En concreto, se ha visto que entre los 18 y los 30 meses de edad la mayoría de los niños y niñas alcanzan la madurez cognitiva, fisiológica y emocional requerida para adquirir la capacidad de control de esfínteres, por lo que no es esperable que esta sea lograda a una edad menor de 18 meses. Por otra parte, en general es el esfínter vesical el primero en controlarse a voluntad, aunque en principio solo en fase de vigilia, y posteriormente se adquiere el control del esfínter anal. El control nocturno de esfínteres es el último en instalarse, y su momento de instalación es ampliamente variable, pudiendo ser desde casi simultáneo al control diurno hasta algunos años después (306).

Si bien existen distintos métodos para entrenar el control de esfínteres, y ninguno sería superior a otro, se privilegia un enfoque centrado en el niño o niña (307), en el marco de crianza respetuosa que se basa en la detección, por parte de los padres, de signos y señales que orienten a que el niño o niña está listo para ir al baño (308,309), y conjunto con ello, incentivar el uso del baño mediante implementos que lo faciliten, evitando castigos y privilegiando refuerzos positivos, pero respetando siempre la voluntad del niño o niña respecto del lugar y dispositivo donde desea eliminar. Con el objeto de que los padres conozcan los signos de preparación para ir al baño, se recomienda que estos sean informados de manera anticipada en el contexto del control de salud (307,308).

Durante el proceso de control de esfínteres pueden presentarse complicaciones asociadas, tales como rechazo de usar el baño (310), retención fecal que puede evolucionar a constipación y escurrimiento (311), así como esconderse para obrar (312). Ante la presencia de estas complicaciones, resulta relevante indagar en mayor profundidad, de manera de detectar o descartar causas orgánicas o de la esfera psicosocial que las expliquen.

Constipación

La constipación es un trastorno digestivo, generalmente de tipo funcional, caracterizado por una disminución en la frecuencia de las deposiciones, asociado a un aumento de su consistencia, y que puede resultar bastante molesto para los niños y niñas que la padecen y muy preocupante para sus padres o cuidadores (313).

Dado que la frecuencia defecatoria de los niños y niñas varía en el tiempo (tendiendo a la disminución) (314), la evaluación de este factor debe relacionarse con la edad del niño o niña, en cambio, la consistencia de las heces puede evaluarse de manera más objetiva a través de la Escala de Bristol (anexo 18) (315), por tanto, para una efectiva evaluación del hábito defecatorio en cada actividad de Supervisión de Salud, deben conocerse los patrones de frecuencia defecatoria por edad.

En caso de que en el control de salud se pesquise este trastorno, resulta necesario indagar las características de la alimentación del niño o niña, los antecedentes familiares y la presencia de otros síntomas que podrían hacer sospechar una causal orgánica de constipación (313), tales como Enfermedad de Hirschsprung, Hipotiroidismo, Alergias Alimentarias, Disrafias espinales, entre otros.

Resulta relevante mencionar, además, que un niño o niña con historia conocida de constipación podría presentar escapes de deposiciones, las que podrían orientar inicialmente a un cuadro de encopresis, pero que más probablemente se deba a escurrimiento de deposiciones en el contexto de impactación fecal (316), en cuyo caso requeriría terapia de desimpactación, a indicar por médico/a de Atención Primaria.

Encopresis

La encopresis se define como la emisión repetida de heces ya sea involuntaria o intencional en lugares inapropiados, por un niño o niña de 4 años o más (o edad mental equivalente) (317). La literatura internacional sugiere que la encopresis afecta al 3% de los niños y niñas a los 4 años de edad, prevalencia que disminuye a 1,6% a los 10 años. Afecta con mayor frecuencia a los niños que a las niñas (proporción de 4:1) (317,318). Las encopresis se clasifican en (318):

1. Orgánicas: explican sólo el 5% de las encopresis en población infantil, y pueden ser de causa neurológica, metabólica y anatómica.
2. Funcionales: explican el 95% de las encopresis infantiles. Se clasifican en:
 - Encopresis retentiva: corresponde al 90% de las encopresis funcionales. Son aquellas asociadas a constipación
 - Encopresis no retentiva: incontinencia fecal no orgánica, habitualmente secundaria a problemas psicológicos como por ejemplo depresión, trastorno de déficit atencional, trastorno oposicionista desafiante, entre otras.

Diagnóstico diferencial: en la anamnesis de una evaluación clínica de un niño o niña con encopresis, se deben considerar los siguientes aspectos:

- ¿A qué edad alcanzó la continencia?: permite clasificar a la encopresis en “primaria” si nunca ha alcanzado continencia, o en “secundaria” si ha logrado períodos de continencia (318).
- Tiempo de evolución y factor gatillante actual: identificar un factor gatillante ayuda a orientarse hacia una encopresis retentiva o no retentiva (318) (p ej. Miedo al defecar por defecación dolorosa orienta a constipación, problemas familiares puede orientar a encopresis no retentiva, etc.).
- Características de las deposiciones (consistencia, frecuencia, tamaño, lugar físico, dolor, sangre en las deposiciones): la presencia de deposiciones grandes, duras, y una evacuación con dolor sugieren una encopresis retentiva (318).
- Identificación de la necesidad de defecar: si el niño no identifica “la necesidad de defecar” el cuadro se orienta hacia una patología neurológica o a una distensión crónica del recto (318).
- Presencia de meconio en las primeras 48 horas de nacimiento: la falta de expulsión de meconio en las primeras 48 horas de vida orienta a Enfermedad de Hirschprung (318).
- Cirugías previas (intestinal, perine o espinal) exige: antecedentes familiares de enfermedad neurológica: (ej: enfermedad de Hirschprung) exige descartar encopresis orgánica (318).
- Antecedentes dinámica familiar: eventos importantes, factores psicosociales; síntomas psicológicos (depresión, TDAH, TOD, etc.); antecedente de trauma o abuso sexual; negligencia: sospecha encopresis funcional no retentiva (317,318).

Signos al examen físico de un niño o niña con encopresis:

- Alteración curvas peso y talla: orienta a encopresis de causa orgánica (318,319).
- Examen abdominal: palpación de masa fecal orienta a encopresis funcional retentiva (318).
- Examen neurológico: en caso de alteración de reflejos, tono y fuerza de extremidades inferiores orienta a enfermedad neurológica (318).
- Evaluar realizar tacto rectal por médico/a APS o derivación a nivel secundario según sospecha clínica.

Una vez que se ha recabado esta información tanto en la anamnesis como en el examen físico, si se sospecha de patología orgánica que oriente a una probable causa neurológica o gastroenterológica es necesario la derivación a neurología o gastroenterología infantil para continuar el estudio (317,318).

Manejo inicial en APS:

La Sociedad Internacional de Continencia en la Infancia (ICCS) propone intervenir a los niños y niñas con encopresis no retentiva con un tratamiento de 6 pilares fundamentales (319). La mayoría de estos pilares de tratamiento se pueden realizar en APS. Es importante integrar a los padres y al niño o niña para poder tener éxito.

1. **Educación y desmitificación:** consiste en informar a los padres acerca de la prevalencia, síntomas, opciones de tratamiento y pronóstico de la encopresis.
La condición es poco frecuente, pudiendo afectar a un 3% de los niños, y con una prevalencia que disminuye con la edad (318).
En cuanto al pronóstico, se sugiere informar a los padres que es una enfermedad de difícil manejo y de larga data, en 2 años de tratamiento logra un 29% aproximado de éxito (319).
2. **Entrenamiento para el control de esfínter:** sentarse en el baño por 5-10 minutos después de las comidas, en un ambiente cómodo, fuera de stress, con apoyo de los pies (318,319).
3. **Recompensa y diario de hábito intestinal:** se sugiere mantener un diario de hábito intestinal como ayuda a los padres a tomar conciencia del problema, y a los médicos a supervisar el tratamiento. Se acompaña de refuerzo positivo en caso de lograr ir al baño (319).
4. **Tratamiento de comorbilidad psicológica** (319).
5. **Terapia cognitivo conductual:** en caso de estar disponible, para apoyar manejo de comorbilidad psicológica (319).
6. **Biofeedback** (319): consiste en entrenar mediante ejercicios algunos procesos fisiológicos del organismo. En niños y niñas con encopresis no retentiva ayuda a mejorar el proceso de defecación y a ser conscientes del esfínter anal. No se encuentra disponible en Atención Primaria.

En el caso de encopresis no retentiva también es fundamental la educación, la desmitificación y el entrenamiento para el control de esfínter (320), pero además se debe realizar tratamiento farmacológico para la desimpactación y como mantención para la prevención de acumulación de heces.

Banderas rojas en la anamnesis: según literatura internacional las banderas en encopresis son (317-319):

- Orientan a organicidad: constipación desde el primer mes, antecedente familiar de Enfermedad de Hirschprung.
- Etiología psicológica de base: cualquier dato que sugiera maltrato infantil y/o abuso sexual.
- Constipación retentiva que no responde a manejo con laxantes luego de 3 meses.
- En los pacientes con encopresis no retentiva que con este enfrentamiento terapéutico no resuelve su encopresis en 6 meses, es recomendable derivar a gastroenterología infantil.



2.2.13. 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 está acorde a la edad cronológica, 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, acerca del 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 (322,323).

i. Secuencia del desarrollo puberal

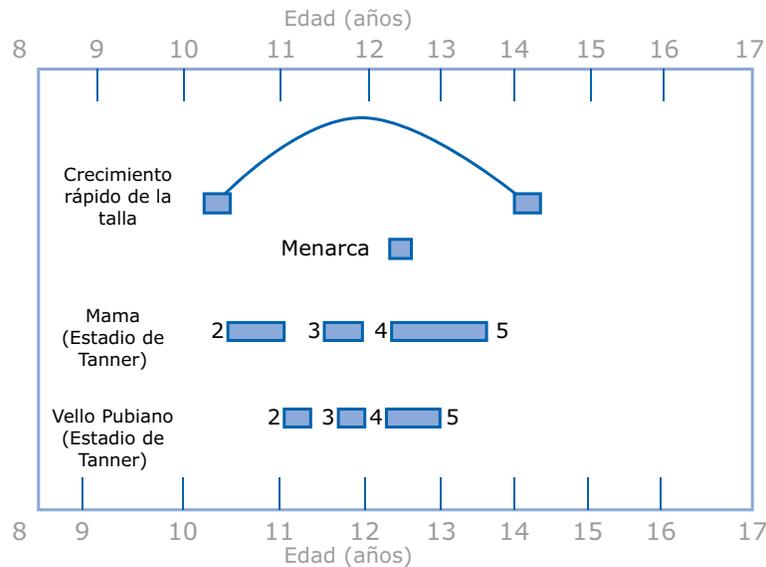
La adrenarquia (aumento de producción de hormonas sexuales) en ambos sexos, ocurre alrededor de los seis a ocho años de edad. Se caracteriza por una maduración de la corteza suprarrenal que lleva a un aumento en la formación de andrógenos. Suele preocupar a los padres pues, clínicamente, se manifiesta 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 adrenarquia precede en unos dos años al inicio de la gonadarquia. 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. (322,323).

Luego de este hito el desarrollo es diferente para ambos sexos (322,323).

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.
- 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.
- El estirón puberal precede a la menarquia en las niñas.
- 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 IMC promedio durante la pubertad, aumenta de 16,8 a 20.

Gráfico II-7. Inicio y secuencia de eventos puberales en la mujer.

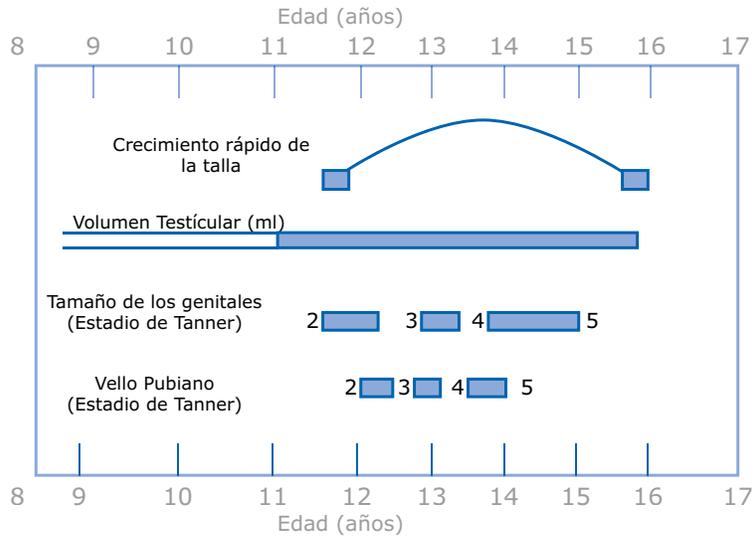


Fuente: Marshall y Tanner, 1970 (324) (como es citado en Sepúlveda y Mericq, 2011 (323)).

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, lo que 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 bilateral, 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. 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 antiinflamatorios 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 II-8. Inicio y secuencia de eventos puberales en el hombre



Fuente: Marshall y Tanner, 1970 (324) (como es citado en Sepúlveda y Mericq, 2011 (323)).

ii. Grados de Tanner

Para evaluar objetivamente el estado de desarrollo puberal se utilizan las Tablas de Tanner, en las cuales se establecen 5 grados de desarrollo mamario, vello púbico y genital (324,325), los cuales se describen a continuación. Los estadios de Tanner se encuentran ilustrados en el anexo 13.

Grados de Tanner de desarrollo mamario en mujeres

En la tabla II-56 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.

Tabla II-56. Grados de Tanner de desarrollo mamario en mujeres.

Grado I	No hay tejido mamario palpable, solo el pezón protruye, la areola 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 ésta; 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.

Fuente: Tanner, 1962 (326) (como es citado en Sepúlveda y Mericq, 2011 (323)).

Grados de Tanner de desarrollo del vello púbico para ambos sexos

En la tabla II-57 se presentan las etapas del desarrollo del vello púbico que son comunes para ambos sexos.

Tabla II-57. Grados de Tanner de desarrollo del vello púbico.

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).

Fuente: Tanner, 1962 (326) (como es citado en Sepúlveda y Mericq, 2011 (323)).

Grados de Tanner del desarrollo genital en hombres

En la tabla II-58, se describen las etapas del desarrollo genital en hombres.

Tabla II-58. Grados de 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

Fuente: Tanner, 1962 (326) (como es citado en Sepúlveda y Mericq, 2011 (323)).



2.1.14. INMUNIZACIONES EN LA INFANCIA

Las inmunizaciones son intervenciones sanitarias que, según la OMS, previenen el desarrollo de enfermedades, discapacidades y defunciones causadas por enfermedades infectocontagiosas. Es indiscutible que no hay estrategia preventiva más costo efectiva en salud que las inmunizaciones; éstas evitan entre 2 y 3 millones de muertes anuales por cáncer, difteria, tétanos, tos ferina y sarampión, entre muchas otras. Sin embargo, si se optimizara la cobertura vacunal mundial, se podrían evitar otros 1,5 millones (327).

Las vacunas son productos biológicos que contienen antígenos capaces de estimular el sistema inmune, desencadenando una respuesta celular y/o humoral, lo que produce un efecto de memoria inmunológica, logrando que la persona vacunada, cuando se vea enfrentada a la infección verdadera, pueda activar rápidamente sus defensas en contra de la infección (327). En Chile, el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) es un beneficio universal y gratuito, constituyendo un bien público.

i. Clasificación de las vacunas (328)

Existen numerosas clasificaciones de las vacunas, de acuerdo con diferentes aspectos de su composición, síntesis o naturaleza. A continuación, se describen sus principales formas de clasificación.

Vacunas de microorganismos enteros (contienen el agente infeccioso completo)

- **Vacunas vivas atenuadas:** obtenidas a partir de microorganismos que han perdido su virulencia como resultado de inoculaciones o siembras repetidas en medios de cultivo, conservando su capacidad antigénica, por ser microorganismos vivos. La administración puede producir una infección habitualmente subclínica, generando una respuesta inmunitaria similar a la que se hubiese producido por la infección natural (humoral y celular).
- **Vacunas inactivadas o muertas:** obtenidas a partir de microorganismos muertos (virus o bacterias), mediante procedimientos físicos o químicos. La respuesta inmunitaria suele ser menor que las vivas atenuadas, por lo que se utiliza en esquemas de más de una dosis.

Vacunas basadas en subunidades (contienen el agente infeccioso incompleto)

Basadas en polisacáridos

- Polisacáridos purificados (neumococo, meningococo).
- Polisacáridos conjugados (Haemophilus influenzae tipo b, neumococo, meningococo).

Las vacunas basadas en polisacáridos no son inmunógenas para personas menores de 2 años. Las vacunas conjugadas inducen protección duradera contra enfermedades. En general, estas vacunas tienen la capacidad de erradicar bacterias de la nasofaringe, influyendo sobre el estado de portador y contribuyendo a la inmunidad de grupo.

Vacunas combinadas

Compuestas por varios antígenos, ya sea del mismo, o de diferentes microorganismos, por ejemplo, hexavalente o pentavalente.

Vacunas de toxoides

Vacunas compuestas por toxinas producidas por los microorganismos que se detoxifican, eliminando su poder patógeno, pero conservando su capacidad inmunógena (por ejemplo, vacunas frente a tétanos, difteria, entre otras).

Tabla II-59. Clasificación de vacunas.

Clasificación		Tipo de vacuna	Según la tecnología de fabricación
Virales		Polio Oral o VPO	Viva atenuada
		Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	
		Sarampión Rubéola (SR)	
		Varicela	
	Fiebre Amarilla		
Bacterianas		Bacilo Calmette-Guérin (BCG)	Viva atenuada
Enteras	Virales	Polio inyectable o IPV	Inactivada
		Rabia	
		Influenza	
	Bacterianas	Hepatitis A	Inactivada
		Pertussis	
		Tifoidea	
	Cólera	Viva atenuada	
Fraccionadas	Subunidades	Hepatitis B, Influenza, Pertussis acelular	Inactivada
	Toxoides	Difteria, Tétanos	Inactivada
Polisacáridas	Polisacáridos puros	Neumocócica polivalente	Inactivada
		Meningocócicas	
	Polisacáridos conjugados	Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Inactivada
		Neumocócicas 7 valente, 10 valente y 13 valente	
Meningocócica ACYW135; Meningocócica C			

Fuente: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP), 2019 (328).

ii. Vacunas programáticas (329)

El PNI cuenta con un calendario de vacunación programática, que se actualiza anualmente según la realidad epidemiológica y de acuerdo con los lineamientos que entregan las organizaciones internacionales. A continuación, se presenta una descripción de cada una de las vacunas programáticas.

Figura II-82. Reacción esperable de la vacuna BCG.



Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2014.

Vacuna BCG contra la Tuberculosis (TBC)	
Población Objetivo	<p>RN \geq2000 g de peso, antes de egresar de la maternidad.</p> <p>Menores de un año no vacunados al nacer.</p> <p>Contactos de tuberculosos bacilíferos, menores de 5 años, no vacunados, después de quimioprofilaxis.</p> <p>Esquema: dosis única.</p>
Enfermedad	<p>Tuberculosis meníngea o diseminada en población infantil.</p> <p>Agente causal: Mycobacterium tuberculosis.</p> <p>Vía de transmisión: vía aérea.</p> <p>Manifestaciones clínicas: pulmonares; puede tener compromiso del cerebro, riñones o la columna vertebral. En TBC pulmonar se agrega tos severa y esputo con sangre o mucosidad.</p>
Tipo de vacuna	Viva atenuada bacteriana, liofilizada o líquida.
Contraindicaciones	<p>RN con menos de 2.000 g de peso, (al alcanzar este peso se debe vacunar).</p> <p>RN con infección VIH sintomática; Hijos de madre con TBC.</p> <p>Niños y niñas con enfermedades cutáneas extensas sobre infectadas o que comprometan el área de vacunación; otras enfermedades asociadas y tratamientos que determinen inmunosupresión (corticoides y otros); eritroblastosis fetal.</p>
Vía y dosis	<p>De 0 a 12 meses: 0.05ml.</p> <p>Mayores de 12 meses: 0.1 ml.</p> <p>Intradérmica en el músculo deltoides, tercio superior del brazo, lado izquierdo.</p>
Efectos post vacunales, reacciones adversas	<p>Esperable: entre 2 y 3 días aparece un nódulo plano de aprox. 3 mm, con reacción eritematosa que puede desaparecer rápidamente o persistir hasta la tercera semana, en que aumenta de tamaño, se eleva y enrojece con mayor intensidad. Aproximadamente al mes se produce una pequeña ulceración con salida de material seropurulento de lenta cicatrización y se establece la cicatriz característica.</p> <p>Complicaciones: son poco frecuentes, puede presentar adenitis supurativas, ulceración persistente, abscesos y osteítis. Las reacciones adversas pueden relacionarse con alteraciones de la inmunidad de la persona.</p>
Indicaciones a los padres y cuidadores	<p>Frente a la aparición de la pequeña úlcera, indicar a los padres que ésta no debe manipularse y no aplicar cremas ni alcohol sobre la lesión.</p> <p>Existen niños y niñas que no presentan dicha reacción y su ausencia no es signo de una menor respuesta inmune (estos no se deben revacunar).</p>
Inmunidad	La duración de la inmunidad conferida por la vacuna se estima no mayor a 10 años.
Consideraciones	<p>Niños y niñas que no presentan cicatriz tras vacunación con BCG: es necesario asegurar con revisión documental, RNI o registro de maternidad, si verifica la vacunación, se considera inmunizado. No se justifica realizar PPD en los niños o niñas vacunados, que no presentan cicatriz, ya que la prueba cutánea (PPD) y la inmunidad protectora no tiene correlación.</p> <p>Niños y niñas no inmunizados (por haber nacido en el extranjero en países con alta endemia como Perú, Bolivia y Países de Europa del Este): se recomienda realizar PPD y radiografía de tórax para descartar infección y enfermedad. No se requiere PPD para vacunar a niños y niñas que provienen de países con baja endemia como Estados Unidos, Canadá y Australia.</p> <p>Niños y niñas mayores de 4 años: no tienen indicación de vacunar ya que la vacuna solo protege contra la enfermedad invasora, que es prevalente solo hasta los 4 años.</p>

Hexavalente (Difteria Tétano Pertussis (DTP)- Haemophilus influenzae tipo B (Hib) Hepatitis B (Hep B) - Poliomieltitis)

Población Objetivo	<p>Esquema: se administra a niños y niñas de 2, 4, 6 meses (esquema primario). Refuerzo a los 18 meses de edad.</p>
Enfermedades	<p>DIFTERIA. Agente causal: Corynebacterium Diphtheræe.</p> <p>Vía de transmisión: por contacto directo y a través de secreciones, especialmente respiratorias.</p> <p>Manifestaciones clínicas: varían según la localización anatómica de la enfermedad (nasal, faringoamigdal, laringotraqueal, cutánea, conjuntival ótica y vaginal), caracterizada por inflamación de ganglios.</p> <p>Complicaciones: polineuritis, miocarditis y alteraciones renales.</p> <p>TÉTANOS. Agente causal: bacilo tetánico Clostridium Tetani.</p> <p>Vía de transmisión: por esporas del bacilo que penetran en la piel a través de heridas cutáneas, traumáticas o quirúrgicas. No se transmite de persona a persona y los casos de tétanos neonatal son a través de la cicatriz umbilical.</p> <p>Manifestaciones clínicas: 1) Espasmos musculares localizados en zonas contiguas a una herida; 2) Espasmos generalizados, con rigidez inicial y contracciones descendentes que se extienden a los músculos en forma progresiva; 3) espasmos laríngeos.</p> <p>Complicaciones: laringoespasma, fracturas óseas, sobre infección, embolismo pulmonar y neumonía aspirativa.</p> <p>HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B (HIB). Agente causal: bacteria Haemophilus influenzae tipo b (Hib).</p> <p>Vía de transmisión: de persona a persona por contacto directo o por gotitas, colonizando la nasofaringe.</p> <p>Manifestaciones clínicas: dependen del tipo de enfermedad. Su forma invasora se caracteriza por septicemia, meningitis aguda, celulitis, artritis, neumonía, pericarditis, epiglotitis, bacteremia sin foco, la diseminación canalicular por otitis media, sinusitis, adenoiditis agudas, conjuntivitis, celulitis peri orbitarias consecutivas a sinusitis aguda.</p> <p>HEPATITIS B. Agente causal: virus de la hepatitis B (VHB), perteneciente a la familia de los Hepadnaviridae.</p> <p>Vías de transmisión: 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).</p> <p>Manifestaciones clínicas: infección aguda (lo que es más común entre los adultos), anorexia, náuseas, vómitos, astenia, artromialgias, cefalea, y posteriormente, ictericia y hepatomegalia dolorosa.</p> <p>TOS CONVULSIVA O COQUELUCHE. Agente causal: coco bacilo aerobio bordetella pertussis.</p> <p>Vía de transmisión: vía respiratoria.</p> <p>Manifestaciones clínicas: inflamación traqueo bronquial y accesos típicos de tos violenta, espasmódica con sensación de asfixia, que terminan con un ruido estridente durante la inspiración.</p> <p>Complicaciones: neumonía, encefalitis (debido a la falta de oxígeno) y la muerte, especialmente en niños/as menores de 6 meses.</p> <p>POLIOMIELITIS. Agente causal: poliovirus. Existen 3 tipos de poliovirus, conocidos como tipo 1, tipo 2 y tipo 3. El poliovirus afecta por lo general a los niños/as menores de 5 años que no están vacunados o tienen esquemas de vacunación incompleta.</p> <p>Vía de transmisión: es altamente contagiosa, Se propaga a través del contacto con las heces (excrementos) o a través de las gotitas respiratorias o presentes en la tos o estornudos de una persona infectada.</p> <p>Manifestaciones clínicas: puede cursar de manera asintomática o provocar síntomas similares a la influenza. En los casos más graves puede provocar parálisis e incluso la muerte.</p>
Tipo de vacuna	<p>Vacuna inactivada, contiene antígenos para 6 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). Virus polio inactivado.</p>

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 niño o la niña presentó encefalopatía de causa desconocida o reacción anafiláctica.
Vía y dosis	Vacuna inyectable, intramuscular, (jeringa prellenada).
Efectos post vacunales, reacciones adversas	Esperables: molestias que se describen en común para todas las vacunas. 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; excepcionalmente pueden presentar reacciones anafilácticas inmediatas.
Indicaciones y consideraciones para los padres y cuidadores	Indicar las reacciones esperables y adversas y la conducta a seguir en caso de que se presenten.

Vacuna Neumocócica Conjugada	
Población Objetivo	Lactantes. La primera dosis de vacuna podría administrarse a las 6 semanas de edad. Esquema de 3 dosis. (2, 4 y 12 meses de vida). En aquellos niños y niñas que nacieron con menos 37 semanas de gestación se les debe administrar una dosis adicional a los 6 meses de edad.
Enfermedad	Agente causal: cócácea grampositiva <i>S. pneumoniae</i> . Vía de transmisión: nasofaringe es el nicho ecológico natural de la bacteria; desde ahí se transmite a través de las secreciones respiratorias. Manifestaciones clínicas: varían según la enfermedad desarrollada y los síntomas dependen del sitio de infección, a menudo son leves, pero puede causar síntomas graves.
Tipo de vacuna	Inactivada, conjugada con proteínas transportadoras contra 13 serotipos de <i>S. pneumoniae</i> .
Contraindicaciones	Reacción de hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes de la vacuna y enfermedades agudas severas.
Vía y dosis	Vacuna inyectable intramuscular. En menores de 12 meses se recomienda administrar en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo; en mayores de 12 meses en el área del músculo deltoides en el tercio superior del brazo derecho o izquierdo.
Efectos post vacunales, reacciones adversas	Esperables: molestias que se describen en común para todas las vacunas. Adversas: la induración en el sitio de punción. También se han reportado trombosis; sangrado o hematoma en el sitio de la inyección. Mucho menos frecuente diarrea o vómitos; llanto prolongado; apneas (especialmente en prematuros); convulsiones; reacciones alérgicas como erupción de la piel o urticaria.
Indicaciones y consideraciones para padres y cuidadores	Indicar a los padres y cuidadores que los niños/as pueden presentar dolor, enrojecimiento e inflamación en el sitio de punción, fiebre e irritabilidad.

Vacuna Sarampión- Rubéola- Paperas

Población Objetivo	Esquema: una dosis de vacuna SRP a los 12 meses de edad y una segunda dosis de refuerzo en 1º básico.
Enfermedades	<p>SARAMPIÓN. Agente causal: Morbillivirus de la familia de los Paramyxovirus.</p> <p>Vía de transmisión: por contacto directo y gotitas de secreciones nasofaríngeas, más raramente, por diseminación aérea.</p> <p>Manifestaciones clínicas: sarpullido, fiebre alta, tos, rinorrea, conjuntivitis, manchas de Koplik y más tarde un exantema maculo papuloso que dura 4 a 7 días. Complicaciones: otitis media, neumonía, diarrea, laringotraqueobronquitis, muy raramente, encefalitis.</p> <p>RUBEOLA. Agente causal: Rubivirus de la familia de los Togaviridae.</p> <p>Vía de transmisión: contacto con las secreciones rinofaríngeas, por diseminación de gotitas o por contacto directo con los pacientes.</p> <p>Manifestaciones clínicas: exantema eritematoso maculopapular, adenopatías, fiebre. Puede haber artralgias y artritis transitoria (raras en niños/as, frecuentes en adolescentes y adultos).</p> <p>Complicaciones: encefalitis o trombocitopenia.</p> <p>PAROTIDITIS. Agente causal: Paramyxovirus de la familia de los Paramyxoviridae. Vía de transmisión: diseminación de gotitas de las vías aérea y por contacto directo con la saliva.</p> <p>Manifestaciones clínicas: mialgias, dolor de cabeza, malestar general y fiebre baja, aumento de volumen de glándulas parótidas, uni o bilaterales.</p> <p>Complicaciones: meningitis, inflamación de los testículos u ovarios, inflamación del páncreas y sordera, nefritis, miocarditis y artritis.</p>
Tipo de vacuna	<p>Viral viva atenuada.</p> <p>Vacuna combinada de cepas de sarampión, parotiditis y rubéola (SRP).</p>
Contraindicaciones	<p>Reacciones alérgicas severas a algún componente de la vacuna en dosis previas; niños con inmunodeficiencia congénita o adquirida o inmunodeprimidos: niños oncológicos en quimioterapia, con terapia inmunosupresora (prednisona o su equivalente).</p> <p>En niños con terapia de corticoides o inmunosupresores, vacunar con al menos 3 meses de terminada dicha terapia (ejemplo infección por VIH)</p> <p>No es una contraindicación para la vacunación ser alérgico al huevo.</p>
Vía	Vacuna subcutánea en el área del músculo deltoides en el tercio superior del brazo.
Efectos post vacunales, reacciones adversas	<p>Esperables: molestias que se describen en común para todas las vacunas.</p> <p>Además, puede aparecer exantema o parotiditis leve entre el 5ª y 12ª día posterior a la administración.</p> <p>Adversas: convulsiones febriles, parotiditis leve, trombocitopenia o reacción alérgica severa (anafilaxia).</p>
Indicaciones y consideraciones para padres y cuidadores	<p>Reforzar que puede aparecer exantema o parotiditis leve entre el 5ª y 12ª día posterior a la administración, duración autolimitada de 2 a 3 días.</p> <p>Si el niño o niña ha recibido inmunoglobulina endovenosa, la administración de la vacuna tres vírica se debe diferir en hasta 11 meses después. Los portadores de VIH deben recibir vacuna SRP a menos que exista compromiso inmunológico severo (CD4 <15%).</p>
Consideraciones	Se realizan Campañas de Vacunación SR, cada 5 años, según lineamientos OMS Niños y niñas entre los 12 meses de edad y los que cursen 1º básico. Esta es una táctica más eficiente para captar a los "no vacunados" e inmunizar a todos los niños/as que no respondieron a la primera dosis de vacuna. El intervalo entre campañas dependerá de la cobertura de vacunación de los niños y niñas que hayan alcanzado la administración de vacunación de rutina desde la última campaña.

Vacuna Antimeningocócica	
Población Objetivo	Niños y niñas desde los 12 meses. Esquema: Administrar dosis única a los 12 meses. A partir del año 2014, se incorpora al calendario de vacunación programática.
Enfermedad que protege	Para enfermedades causadas por Neisseria Meningitidis de los grupos A, C, W-135 cuya vía de transmisión es por contacto directo y próximo, a menos de 1 metro, con secreciones nasofaríngeas. Las manifestaciones clínicas son una infección con proceso febril con buen estado general. Complicaciones: meningitis, sepsis, neumonía, artritis y pericarditis, pudiendo llegar a cuadro de sepsis fulminante.
Tipo de vacuna	Vacuna conjugada, se componen de una combinación de polisacáridos purificados, de 4 serogrupos de meningococos: A-C-Y-W135.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes.
Vía	Intramuscular.
Efectos post vacunales, reacciones adversas	Esperables: molestias que se describen en común para todas las vacunas. Adversas: Reacción anafiláctica (reacción de hipersensibilidad aguda grave) post vacunación.
Indicaciones a los padres y cuidadores	Los niños y niñas pueden presentar eritema, dolor e induración en el lugar de la inyección de 1 a 2 días de duración.

Vacuna Hepatitis A (330)	
Población Objetivo	Lactantes de 18 meses. Esquema: una dosis (en los países que se incorpora en forma regular y universal en el calendario de vacunas, se puede utilizar solo una dosis).
Enfermedad que protege	Enfermedad infectocontagiosa que se presenta en forma esporádica; vía de transmisión es fecal -oral o por fuentes comunes como agua, alimentos contaminados; constituyendo una de las causas más frecuentes de infección de transmisión alimentaria; periodo de incubación de 20 a 50 días.
Tipo de vacuna	Vacuna inactivada adsorbida suspensión inyectable. Existe vacunas de dosis pediátrica y de adulto, su posología dependerá del laboratorio fabricante, ya que varía de uno a otro.
Contraindicaciones	Reacciones alérgicas o de hipersensibilidad en dosis anteriores. Alergia a la neomicina. Fiebre (el día de la vacunación) o malnutrición, trastornos cardiovasculares, renales o hepáticos, antecedentes de convulsiones de 1 año anterior a la administración, inmunosuprimidos. Reacción alérgica grave (anafilaxia) a un componente de la vacuna o después de una dosis previa de la vacuna no deben recibir una nueva dosis de Hepatitis A
Vía	Intramuscular.
Efectos post vacunales, reacciones adversas	Esperables: molestias que se describen en común para todas las vacunas Esperables: Dolor, sensibilidad y eritema en el sitio de punción. Adversa: Reacciones anafiláctica a algún componente de la vacuna.
Indicaciones a los padres y cuidadores	Reacciones esperables Indicar a los padres y cuidadores que los niños y niñas pueden presentar dolor, enrojecimiento e inflamación en el sitio de punción, fiebre e irritabilidad.

Vacuna dTpa (acelular)

Población Objetivo	Se administra a niños y niñas que cursen primero y octavo básico . Se incorpora desde octubre del año 2017 para mujeres gestantes desde la 28 semana de gestación (con la finalidad que el RN adquiera anticuerpos antes de nacer y proteger en el primer trimestre de vida).
Enfermedad que protege	Contra difteria, tétanos y tos convulsiva o coqueluche, patologías descritas anteriormente en vacuna hexavalente.
Tipo de vacuna	Vacuna inyectable combinada, atenuada con dosis reducidas de antígenos de difteria, tétanos y componente pertussis acelular.
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.
Esquema de administración	La vacunación de difteria, tétano y pertussis corresponde a dosis de refuerzo al esquema primario que se administra en la hexavalente.
Vía	Intramuscular.
Efectos post vacunales, reacciones adversas	Esperables: molestias que se describen en común para todas las vacunas, menos frecuentes náuseas y mareos. Adversas: que presente fiebre dentro de las primeras 48 horas de la vacuna DPT es considerada una precaución, no una contraindicación, frente a las administraciones siguientes.
Indicaciones y consideraciones a los padres y cuidadores	Indicar las reacciones esperables y adversas y la conducta a seguir en caso de que se presenten.

Vacuna Anti-Virus Papiloma Humano

Población Objetivo	EN NIÑAS 1° dosis: 4° básico 2° dosis: 5° básico EN NIÑOS 1° dosis: 4° básico 2° dosis: 5° básico
Enfermedad que protege	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.
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.
Esquema de administración	Se administran 2 dosis de vacunas con un intervalo de al menos 6 meses.
Vía	Intramuscular.
Efectos post vacunales, reacciones adversas	Esperables: molestias que se describen en común para todas las vacunas. Adversas: Cefalea intensa, mareos, trastornos gastrointestinales, náuseas, dolor de extremidades.
Indicaciones y consideraciones para padres y cuidadores	Síncope 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. Para que la vacuna tenga los efectos protectores descritos debe ser administrada idealmente antes de que se comience la actividad sexual activa.

Vacuna Fiebre Amarilla	
Población Objetivo	Se administra a niños y niñas de 18 meses de edad residentes en la Isla de Pascua. Esquema una dosis (protege de por vida).
Enfermedad que protege	Protege de la enfermedad que se transmite a través de la picadura de mosquitos hematófagos (<i>Aedes aegypti</i>) infectados previamente por el virus, un arbovirus perteneciente a la familia Flaviridae. Esta es una enfermedad viral aguda, endémica en zonas tropicales de África y América del sur. El término "amarilla" alude a la ictericia que presentan algunos pacientes.
Tipo de vacuna	Vacuna de virus atenuado, la presentación es frasco ampolla, multidosis.
Contraindicaciones	En inmunodeprimidos. Personas con antecedentes de hipersensibilidad al huevo de gallina y sus derivados. Niños menores de 9 meses y adultos de más de 60 años. Embarazadas (a menos que el riesgo de enfermar sea mayor que el riesgo teórico de recibir una vacuna a virus vivo atenuado).
Vía	Dosis única para adultos y niños a partir de los 9 meses. La presentación del producto es en frasco multidosis, 10 dosis (Stamaril®).
Efectos post vacunales, reacciones adversas	Esperables: molestias que se describen en común para las vacunas. Adversas: cefalea, mareos, trastornos gastrointestinales, náuseas, dolor de extremidades.
Indicaciones a los padres y cuidadores	Indicar a los padres que los niños y niñas 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. Desde el año 2018, la vacuna de la fiebre amarilla es parte de la vacunación programática de los residentes de Isla de Pascua.

Vacuna Varicela (331)	
Población Objetivo	Según calendario vigente, una dosis a los 18 meses de edad. Esquema dosis única población general. Esquema para poblaciones específicas según recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situación de riesgo (332).
Enfermedad que protege	VARICELA. Es una enfermedad infecciosa aguda causada por el virus varicela zoster (VZV). El cual es miembro del grupo de virus del herpes y tiene la capacidad de persistir en el cuerpo después de la infección primaria como una infección latente. El período de incubación es de 14 a 16 días después de la exposición, con un rango de 10 a 21 días. Manifestaciones clínicas: en individuos no vacunados, la erupción de la piel es generalizada, pruriginosa, y progresa rápidamente de máculas a pápulas a lesiones vesiculares antes de formar costras. Las vesículas son superficiales y contienen líquido claro sobre una base eritematosa. Las vesículas pueden romperse o volverse purulentas antes de secarse y formar costras. La erupción es desde cabeza, tronco y extremidades, las lesiones también pueden aparecer en las mucosas de la orofaringe, el tracto respiratorio, la vagina, la conjuntiva y la córnea. Complicaciones: infección bacteriana de lesiones cutáneas, neumonía (viral o bacteriana), manifestaciones del sistema nervioso central, síndrome de Reye.
Tipo de vacuna	Vacuna de virus vivo atenuado, inyectable.
Contraindicaciones	Fiebre (el día de la vacunación) o malnutrición, trastornos cardiovasculares, renales o hepáticos, antecedentes de convulsiones de 1 año anterior a la administración, inmunosuprimidos. Reacción alérgica grave (anafilaxia) a un componente de la vacuna o después de una dosis previa de la vacuna no deben recibir la vacuna contra la varicela.
Vía	Vía subcutánea.
Efectos post vacunales, reacciones adversas	Esperables: molestias que se describen en común para las vacunas y erupción tipo varicela. Adversas: Las reacciones sistémicas no son comunes.
Indicaciones a los padres y cuidadores	Indicar las reacciones esperables y adversas comunes a las generalidades de las vacunas e indicar la conducta a seguir en caso de que se presenten.

Vacuna Rotavirus

Esta vacuna puede ser administrada en poblaciones específicas según recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situación de riesgo (332).

Si bien la vacuna para el Rotavirus no es parte de la oferta programática universal a la fecha (2020), se hace referencia por lo recurrente de las consultas a los equipos de salud.

Población Objetivo	<p>Se debe respetar las indicaciones respecto al límite de edad señalado por el laboratorio fabricante de los productos disponibles.</p> <p>Esquemas:</p> <p>Dos dosis orales desde los 2 meses con intervalo al menos de 8 semanas.</p> <p>Tres dosis (a las edades de 2, 4 y 6 meses), según la indicación del laboratorio fabricante.</p>
Enfermedad	<p>Rotavirus: produce enfermedad gastrointestinal. Vía de transmisión: por contacto con alimentos, manos u objetos contaminados por deposiciones de personas infectadas. El período de incubación es menos de 48 horas.</p> <p>Las manifestaciones clínicas de la infección varían y dependen de si se trata de la primera infección o reinfección. La infección puede ser asintomática o puede causar síntomas inespecíficos, diarrea acuosa autolimitada, diarrea deshidratante severa, fiebre y vómitos, puede causar desequilibrio electrolítico y acidosis metabólica.</p> <p>La confirmación diagnóstica del rotavirus requiere pruebas de laboratorio.</p>
Tipo de vacuna	<p>Actualmente hay 2 vacunas contra el rotavirus autorizadas por el ISP para su uso en nuestro país. Ambas vacunas son vivas atenuadas.</p>
Contraindicación	<p>No administrar a personas con:</p> <p>Hipersensibilidad conocida después de la administración previa a la vacuna o a cualquier componente de ellas; lactantes con antecedentes de invaginación intestinal; lactantes con malformación congénita del tracto gastrointestinal que pudiera predisponer a la invaginación intestinal; niños y niñas con inmunodeficiencia conocida, congénita o por tratamientos inmunosupresores o sospecha de tenerla.</p> <p>Se debe posponer la vacunación en: lactantes que cursan con enfermedad aguda grave con fiebre y que cursan con diarrea o vómitos.</p>
Esquema de administración	<p>La serie de vacunación para ambas vacunas puede comenzar a las 6 semanas de edad. El intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas.</p>
Vía	<p>Vía oral.</p>
Efectos post vacunales, reacciones adversas	<p>Esperables: molestias que se describen en común para las vacunas.</p> <p>Adversas: invaginación intestinal.</p>
Indicaciones a los padres y cuidadores	<p>Reforzar el lavado de manos al cambiar los pañales y las precauciones en su manipulación y eliminación. Posterior a la vacunación pueden presentar algunas reacciones generalmente leves y transitorios. Esperables: Fiebre con temperatura mayor a 37.5°C. Decaimiento. Pueden durar desde las primeras 24 horas hasta 3 días. Si presenta otra manifestación o estas se prolongan por muchos días consultar en el centro de salud más cercano para evaluación médica. Se aconseja: mantener la hidratación del niño o niña (lactancia materna o fórmula, según su alimentación).</p>

iii. Campaña anti-influenza anual

Además de las vacunas programáticas administradas, el Programa Nacional de Inmunizaciones entrega protección a enfermedades específicas en épocas críticas o ante posibilidad de contagio a la población de mayor riesgo. Dentro de esta vacunación, se encuentra la protección para la influenza.

Vacuna Anti-Influenza	
Población Objetivo	Grupos objetivos se determinan de forma anual.
Enfermedad	Influenza estacional.
Tipo de vacuna	Vacuna inactivada inyectable, que anualmente se ajusta a las recomendaciones de la OMS para el hemisferio sur, en la cual se incorporan las cepas recomendadas para el año.
Contraindicaciones	<p>Reacciones alérgicas severas a algún componente de la vacuna en dosis previas.</p> <p>Reacciones alérgicas severas al huevo.</p> <p>Historia de Guillain-Barré, a dosis previas de Influenza.</p> <p>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/kg/día). La postergación se basa en lograr mejor inmunogenicidad de la vacuna, no en problemas de seguridad. En situaciones epidemiológicas de riesgo debe administrarse la vacuna según el esquema habitual.</p> <p>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 administrarse la vacuna según el esquema.</p>
Intervalos de vacunación	Para lograr una buena respuesta inmune en niños y niñas menores de 8 años 11 meses 29 días que se vacunan por primera vez, deben recibir 2 dosis con intervalo de al menos por 4 semanas. A partir de los 9 años corresponde 1 dosis independiente a los antecedentes de vacunación.
Efectos post vacunales, reacciones adversas	<p>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.</p> <p>Adversas: anafilaxia o reacciones alérgicas (en caso de ocurrir se presentan a los minutos o pocas horas de haber recibido la vacuna).</p>
Indicaciones a los padres y cuidadores	Indicar las reacciones esperables y adversas comunes a la generalidad de las vacunas e indicar la conducta a seguir en caso de que se presenten.

iv. Indicaciones y recomendaciones para los padres y/o cuidadores

Enfermedades respiratorias comunes y Síndrome Diarreico Agudo (SDA) con o sin fiebre, no son una contraindicación para las vacunas de rutina. El uso de antibióticos tampoco contraindica la vacunación.

En caso de un niño o niña con fiebre elevada por un cuadro en evolución se recomienda suspensión transitoria de la vacunación que corresponde y reagentar a la brevedad.

Las reacciones esperables en las vacunaciones son en general similares para todas las vacunas, entre estas se encuentra: dolor local; enrojecimiento en el lugar de la inyección; inflamación; reacciones generales como pérdida del apetito, fiebre, somnolencia, irritabilidad, cefalea; síntomas gastrointestinales; artralgia; fatiga, mialgia; rash; prurito y/o urticaria. Todos estos síntomas son de duración autolimitada, pueden aparecer dentro de las primeras 24 h post vacunación y hasta tres a cuatro días post vacunación.

v. Recomendaciones para puesta al día de calendarios o esquemas de vacunación incompletos (333)

La razón más frecuente de atraso en el calendario de inmunizaciones en los lactantes es la postergación por enfermedades que no contraindican inmunizar.

El retraso en el calendario de vacunación no obliga a reiniciar toda la serie, sino que se debe dar continuidad al esquema de vacunación considerando el intervalo de tiempo mínimo en que se deben administrar las dosis siguientes, basados en recomendaciones internacionales (tabla II-60).

Tabla II-60. Intervalos mínimos entre dosis

VACUNA	1° DOSIS	ENTRE 1° Y 2° DOSIS	ENTRE 2° Y 3° DOSIS	ENTRE 3° Y 4° DOSIS
	EDAD	INTERVALO	INTERVALO	INTERVALO
Hexavalente	2 meses	1 mes	1 mes	4 - 6 meses
Polio	2 meses	1 mes	1 mes	4 - 6 meses
SRP	12 meses	1 mes	-	-
Neumococo conjugada 13 v	2 meses	1 mes	1 mes ¹	2 meses (después de los 12 meses con intervalo de 2 meses)

Fuente: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP) (328).

Es importante que el equipo de salud sepa que las vacunas pueden ser aplicadas simultáneamente en forma inocua y eficaz de seroconversión y que no existen contraindicaciones para esa práctica. La respuesta inmune a una vacuna en general no interfiere con la respuesta a las demás (una excepción, sería la disminución de la capacidad inmunogénica entre la vacuna contra el cólera y la fiebre amarilla al administrarlas juntas).

La administración simultánea de múltiples vacunas es una estrategia que incrementa significativamente las tasas de cobertura.

También es importante tener en cuenta los intervalos de tiempo necesario de respetar entre los diferentes tipos de vacunas como se muestra en la siguiente tabla (II-61).

¹ Recién nacidos/as de menos de 37 semanas de gestación.

Tabla II-61. Aplicación simultánea 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

Fuente: elaboración Programa Nacional de Salud de la Infancia, 2021.

Se debe tener en consideración lo siguiente:

- Se debe actualizar estado vacunal según edad del niño o niña, al momento del control.
- Esta recomendación permite homologar al calendario vigente en Chile en el caso de migrantes.
- Si el usuario no cuenta con ningún documento de respaldo, se considera no vacunado y se inicia esquema de acuerdo con su edad.
- Si el usuario está atrasado en su calendario, la administración de vacunas se debe retomar considerando como válidas las dosis previamente administradas.
- Todas las vacunas administradas en ese momento deben quedar registradas en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI).

vi. **Notificación de Eventos supuestamente atribuibles a vacunas o inmunizaciones (ESAVI) y Errores Programáticos (EPRO) (333)**

ESAVI

Se considera como ESAVI a las manifestaciones clínicas que se presentan posteriores a la administración de una o más vacunas, y que se sospeche fue ocasionado por alguna de ellas y que no pueden ser atribuidos inicialmente a alguna patología específica.

Para realizar vigilancia de los ESAVI, se han establecido los lineamientos que permitan notificar y realizar el seguimiento de estos eventos supuestamente relacionados a la vacunación y/o a la ejecución del programa.

EPRO

Se considera EPRO a errores cometidos en la operación de la vacunación, como doble vacunación, error en la edad de administración, entre otros. Estos pueden causar efectos adversos o no. Con el fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia, es importante su notificación oportuna y tomar las medidas correctivas pertinentes.

Para realizar la vigilancia de ESAVI y EPRO, es necesario basarse en la Guía de Vacunación Segura - Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI y EPRO 2013 (333).

Se debe notificar los casos de ESAVI o EPRO a través del sistema online página web: <http://esavi.minsal.cl/>. Si no tiene acceso a este sistema, puede hacerlo a través del "Formulario de notificación de evento supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización (ESAVI) el cual puede ser descargado en la página web www.vacuna.minsal.cl

vii. Registro de inmunizaciones

El sistema oficial de reporte de las actividades de vacunación es el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI). Se debe registrar correcta y oportunamente las vacunaciones ya sea en RNI u otro sistema acreditado para interoperar, con el objetivo de mantener la trazabilidad de la inmunización de cada persona.

Consideraciones para el registro

Si no cuenta con sistema electrónico durante la vacunación en terreno, se debe completar planilla manual, construida con todos los campos que son solicitados en RNI, para posterior traspaso dentro de las siguientes 24 h (si la vacunación se realiza un viernes o un feriado, los datos deben ser traspasados el siguiente día hábil).

El registro es individualizado, con cada dosis de vacuna. El registro es responsabilidad exclusiva del profesional o técnico que administró la vacuna. En caso de que el registro sea asistido por otra persona, la calidad y veracidad de los datos seguirá siendo responsabilidad del vacunador.

El registro deberá permitir trazabilidad del individuo vacunado, completando los siguientes datos: comuna de residencia (no la comuna donde está ubicado el establecimiento educacional o de salud), el vacunador, el lugar de vacunación, fecha de vacunación y el lote de vacuna administrada.

Durante la vacunación escolar, los alumnos(as) que no estuvieron presentes durante el día de la vacunación, pueden quedar registrados en este campo como "alumno(a) inasistente", esto permitirá tener un registro de las personas pendientes por vacunar para hacer seguimiento.

viii. Calendario de inmunizaciones

El Programa Nacional de Inmunizaciones año a año sufre modificaciones. El calendario vigente para el año 2021 se describe en la tabla II-62.

Tabla II-62. Calendario Programa Nacional de Inmunizaciones para la población infantil, 2021.

VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A Y LACTANTE		
EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Enfermedades invasoras por M. tuberculosis
	Hepatitis B	Hepatitis B
2, 4 y 6* meses	Hexavalente	Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por H. influenzae tipo b (Hib, Poliomieltitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por S. pneumoniae
12 meses	Tres vírica	Sarampión, Rubéola y Parotiditis
	Meningocócica conjugada	Enfermedades invasoras por N. meningitidis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por S. pneumoniae
18 meses	Hexavalente	Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por H. influenzae tipo b (Hib) Poliomieltitis
	Hepatitis A	Hepatitis A
	Varicela	Varicela zoster
	Fiebre Amarilla**	Fiebre Amarilla
VACUNACIÓN ESCOLAR		
CURSO	VACUNA	PROTEGE CONTRA
1º Básico	Tres vírica	Sarampión, Rubéola y Parotiditis
	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
4º Básico	VPH - 1ª dosis	Infecciones por Virus Papiloma Humano
5º Básico	VPH - 2ª dosis	Infecciones por Virus Papiloma Humano
8º Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

* La dosis de los 6 meses corresponde solo a niños y niñas de pretérmino

** Esta vacuna se administra exclusivamente en Isla de Pascua

REFERENCIAS

1. MINSAL. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención No 1. [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
2. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Ministerio de Salud. Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local. [Internet]. Santiago de Chile; 2010 [citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: <https://educarse.cl/wp-content/uploads/2017/12/Manual-Gestion-Local-Primera-Infancia.pdf>
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. 2013.
4. Arriagada I. Familias latinoamericanas: diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Div. de Desarrollo Social; 2001. 55 p. (Serie políticas sociales).
5. Corporación Miles. Transformaciones familiares en Chile: Modelos Familiares Emergentes [Internet]. 2017 [citado 5 de abril de 2021]. (Argumentos | Documentos para el debate). Disponible en: <http://mileschile.cl/wp-content/uploads/2017/08/Argumentos-N1-1.pdf>
6. Montero L, Dois A. Manual de Atención de Familias para Profesionales de la Salud. Ediciones UC; 2013.
7. Mercado Gore R, Martínez J. Familias Ensambladas I: Los tuyos, los míos y los nuestros [Internet]. Medicina Familiar UC. s/f [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/175.html>
8. Ministerio de Desarrollo Social - Observatorio Social. Hogares y bienestar: Análisis de cambios en la estructura de los hogares (1990-2015) [Internet]. s/f [citado 7 de abril de 2021]. (Panorama Casen 2015). Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/panorama-casen/Panorama_Casen_2015_Hogares_y_bienestar.pdf
9. Ministerio de Salud de Chile. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. [Internet]. 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf
10. Zubieta E, Muratori M, Fernández O. Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. Salud Soc. abril de 2012;3(1):66-76.
11. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años [Internet]. 2008 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos.pdf
12. Maccoby, E.E., y Martín, J. A. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En: Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development Vol4. E. M. Hetherington&P.H. Mussen. New York: Wiley; 1983.
13. Rodrigo, M. J., Máiquez, M.L., y Martín, J. Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales. Madrid: FEMP; 2010.
14. Montt M, Almonte C. Sistema familiar y desarrollo psicosocial. En: Psicopatología infantil y adolescente. Almonte C, Montt M. Santiago, Chile: Mediterráneo; p. 180-91.
15. Luengo MA, Romero E, Gómez JA, Guerra A, Lence M. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela; 2002.
16. Stamler J. Lifestyles, major risk factors, proof and public policy. Circulation. 1 de diciembre de 1978;58(1):3-19.
17. Boyce WT, Jensen EWJ, Sherman A, Sherman A. The family routines inventory: Theoretical origins. Soc Sci Med. 1983;17(4):201-11.
18. OMS. Factores de riesgo [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 12 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
19. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Santiago; 2014.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs): Leveraging the Best Available Evidence [Internet]. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.; 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingACES.pdf>

21. Garner AS, Shonkoff JP; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*. 2012;129(1):e224-31.
22. Chile Crece Contigo. Pauta de Riesgo Psicosocial Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA), Nota metodológica complementaria para profesionales y equipos de salud [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Nota-Metodologica-EPsA_2010.pdf
23. Chile Crece Contigo Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales. [Internet]. 1º. 2012. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Orientaciones-tecnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>
24. Ministerio de Salud de Chile. En el camino a centro de salud Familiar [Internet]. 2008. Disponible en: <http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
25. Children's Environmental Health Network. Putting it into Practice: Pediatric Environmental Health Training Resource. [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.cehn.org/wp-content/uploads/2015/12/User-Guide_A-Developmental-Approach-to-Pediatric-Environmental-Health.pdf
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿La herencia de un mundo sostenible? Atlas sobre salud infantil y medio ambiente. [Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and environment]. Ginebra; 2018.
27. Hales S, Kovats S, Lloyd S, Campbell-Lendrum D, World Health Organization, World Health Organization, et al. Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s [Internet]. 2014 [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134014/1/9789241507691_eng.pdf
28. Medel-Jara PA, Cerda Lorca J, Lopez-Nuñez AA, Silva L, Solari Gajardo S, Bustamante JCR. Estudio exploratorio: Relación entre nivel de pobreza y exposiciones agudas a sustancias potencialmente tóxicas en Chile. *ARS MEDICA Rev Cienc Médicas*. 27 de diciembre de 2019;44(4):24-30.
29. Burgos S, Sigala F, Argueta L, Iglesias V. Salud ambiental infantil en el contexto de la reubicación de familias de campamentos a viviendas sociales. *Rev Chil Pediatría*. junio de 2015;86(3):152-60.
30. MINSAL. Manual de salud ambiental infantil para enseñanza de grado en Escuelas de Medicina. [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/89523439771f0264e04001011e0131bf.pdf>
31. García V. MF, González R. MP. Perspectiva de la salud medioambiental en pediatría: una visión emergente. *Rev Colomb Enferm*. 13 de septiembre de 2018;8:146-50.
32. OMS. WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould. [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf?ua=1
33. Reyes Y, Vergara I, Torres O, Lagos MD, Jimenez EEG. Contaminación por metales pesados: Implicaciones en salud, ambiente y seguridad alimentaria. *Ing Investig Desarro I2D*. 2016;16(2):66-77.
34. Reglamento de los Servicios de Agua destinados al Consumo Humano. [Internet]. 1969. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=197226>
35. OMS. Guidelines for drinking-water quality: fourth edition incorporating the first addendum. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254637/9789241549950-eng.pdf?sequence=1>
36. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Exposición Crónica al Arsénico. [Internet]. 2016. Disponible en: https://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/Ars%c3%a9nico.pdf
37. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Exposición Crónica al Plomo. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://dipol.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/Plomo.pdf>
38. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Exposición Crónica al Mercurio [Internet]. 2016. Disponible en: https://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/Mercurio.pdf
39. PLAGBOL. Manual de diagnóstico, tratamiento y prevención de las intoxicaciones agudas por plaguicidas. [Internet]. Coordinadora de comunicación PLAGBOL; 2008. Disponible en: <file:///C:/Users/felipehasen/Downloads/Manual%20DiagnosticoTratamiento%20Intoxicaciones%20Plaguicidas.pdf>
40. Ministerio de Salud de Chile. Aprueba Reglamento sobre seguridad de los juguetes. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.seguridaddeproductos.cl/leyes_reglamentos/decreto-no-11475-minsal-aprueba-reglamento-sobre-seguridad-de-los-juguetes/

41. Ministerio de Salud de Chile. Decreto N°374/97. Fija límite máximo permisible de plomo en pinturas que indica. [Internet]. ago 25, 1997. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
42. Ministerio de Salud de Chile. Decreto No144/85. Reglamenta producción, distribución, expendio y uso de los solventes orgánicos nocivos para la salud que indica. [Internet]. www.bcn.cl/leychile. 1985 [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
43. OMS. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. [Internet]. 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77762/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf;jsessionid=0953B921B2B22BC7931BD07E5246524E?sequence=1
44. DEIS. Traumatismos y Envenenamientos en unidades de Urgencia. 2018.
45. Brockmann, P., Oyarzún, MA., Villarroel, L., Bertrand, P. Síndrome de muerte súbita del lactante: prevalencia y cambios en los últimos años en Chile. *Rev Med Chile*. 2013;141:589-94.
46. Chile Crece Contigo. Nota Metodológica Programa de apoyo al recién nacido ¡Las experiencias tempranas importan mucho! 2013.
47. American Academy of Pediatrics. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016. Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. 2016;138(5).
48. Ferj D. Quemaduras en edad pediátrica: enfrentamiento inicial. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2009;20(6):849-59.
49. Cecilia Perret P., Interna Carolina Pérez V., Cecilia Perret P.; María José Poblete V.; Carolina Pérez V. Manual de Pediatría [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2018. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/09/Manual-de-Pediatría.pdf>
50. Canadian Paediatric Society. Swimming lessons for infants and toddlers. [Internet]. 2003. Disponible en: <http://www.cps.ca/en/documents/position/swimming-lessons>.
51. C.H.A.S.E for life. Guía de bolsillo sobre maniobra de heimlich para bebés y niños. [Internet]. S/F. Disponible en: http://chaseforlife.org/spanish/CM_broch_SPAN_web.pdf.
52. K. C.J. National Health Transportation Safety Administraion. An evaluation of child passenger safety: The effectiveness and benefits of safety seats. [Internet]. 2008. Disponible en: www.nhtsa.dot.gov/cars/rules/regrev/evaluate/806890.html.
53. E. W. F. Durbin. Belt-positioning booster seats and reduction in risk of injury among children in vehicle crashes. *JAMA*. 2003;289:2835-40.
54. OMS. Global Status Report on Road Safety [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/
55. American Academy of Pediatric. Car Safety seats: A guide for families [Internet]. 2008. Disponible en: www.aap.org/family/carseatguide.htm.
56. CONASET. Sillas de niños [Internet]. Disponible en: <https://www.conaset.cl/sillas-de-ninos/>
57. Fundación MAPFRE. La correcta sujeción del niño en un alzador. [Internet]. Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/images/correcta-sujecion-del-alzador_tcm1069-385587.pdf
58. Alberta Health Services. Child Passenger Safety. From Infants to Teens [Internet]. s/f [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ip/hi-ip-pipp-ahs-child-passenger-safety-presentation.pdf>
59. CONASET. Normativas Sillas Infantiles [Internet]. Disponible en: <https://www.conaset.cl/normativa-sillas-infantiles/>
60. Novoa AM, Pérez K, Borrell C. Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura. *Gac Sanit*. noviembre de 2009;23(6):553.e1-553.e14.
61. Macpherson A, Spinks A. Bicycle helmet legislation for the uptake of helmet use and prevention of head injuries. Cochrane Injuries Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 16 de julio de 2008 [citado 22 de junio de 2020]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005401.pub3>
62. The Cochrane Library. Helmets for preventing head and facial injuries in bicyclists. [Internet]. 2006. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001855/abstract;jsessionid=474B70E266FBB79D8C85F4ED707FAFA3.d04t02>.
63. Reid Chassiakos YL, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C, COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*. 2016;138(5).

64. American Academy of Pediatrics. Talking to Kids and Teens about Social Media and Sexting. [Internet]. 2009. Disponible en: <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>.
65. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Madrid: Hospital Universitario La Paz; 2015.
66. Direcció General de Tecnologies de la Informació i les Comunicacions. Uso seguro de las TIC. [Internet]. 2018. Disponible en: http://cefire.edu.gva.es/pluginfile.php/1072708/mod_resource/content/1/index.html
67. C. C. y. J. S. Casassas R. Cuidados básicos del niño sano y enfermo. Santiago, Chile.: Universidad Católica; 2011.
68. 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. 2004.
69. ONU. Report of the Independent Expert on violence against children. 2018.
70. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La violencia en la primera infancia. Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. 2017.
71. ONU. Convención Sobre los Derechos del Niño [Internet]. 1989. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>
72. Lansford, J., E., and K. Deater Deckard. Childrearing Discipline and Violence in Developing Countries. Child Dev. 2012;83:62-75.
73. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 4º Estudio de Maltrato Infantil en Chile. Análisis comparativo 1994 - 2000 - 2006 - 2012. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/07/Maltrato-Infantil.pdf>
74. OMS. Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias. [Internet]. 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;jsessionid=9AAF25247F2B543F26F9001EB875194E?sequence=1
75. MINSAL. Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf
76. MINSAL. Norma General Técnica de Atención a Víctimas de Violencia Sexual. [Internet]. 2016. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf
77. Jewkes, R. Intimate partner violence: Causes and prevention. The Lancet. 2002;359:1423-9.
78. UNICEF, MINSAL. Guía Clínica: Atención de Niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de Abuso Sexual. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>
79. MINEDUC, UNICEF. Orientaciones para la prevención del abuso sexual infantil desde la comunidad educativa. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Orientaciones-para-la-prevenci%C3%B3n-del-abuso-sexual-infantil-desde-la-comunidad-educativa.pdf>
80. UNICEF. Guía de actividades de prevención del abuso sexual infantil para entrenadores, entrenadoras y profesorado de educación física [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/unicef-educa-csd-guia-actividades-prevencion-abuso-sexual-infantil-deporte-educacion-infantil.pdf>
81. Corsi, J. Violencia Intrafamiliar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós; 1994.
82. Barudy, J. El dolor invisible de la infancia. Buenos Aires: Paidós; 1998.
83. Singh MM, Parsekar SS, Nair SN. An Epidemiological Overview of Child Sexual Abuse. J Fam Med Prim Care. 2014;3(4):430-5.
84. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO). Guía de actuación contra el ciberacoso para padres y educadores. [Internet]. 2012. Disponible en: http://xuventude.xunta.es/uploads/Gua_de_actuacin_contra_el_ciberacoso.pdf
85. MINEDUC. Ciberacoso: una revisión internacional y nacional de estudios y programas. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2018/11/EVIDENCIAS-43.pdf>
86. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. 2011-2020». 2011.

87. Center on the Developing Child. Harvard University. La ciencia del desarrollo infantil temprano [Internet]. s/f [citado 20 de junio de 2020]. (En Breve). Disponible en: <https://developingchild.harvard.edu/>
88. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La primera infancia importa para cada niño. [Internet]. New York; 2017 [citado 21 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_Sp.pdf
89. Chile Crece Contigo Ministerio de Salud. Manual talleres de promoción temprana del desarrollo motor y lenguaje en el primer año de vida [Internet]. 2015 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/04/Manual-Taller-promocion-desarrollo-lenguaje-y-motor.pdf>
90. Dulac O, Lassonde M, Sarnat HB. Handbook of Clinical Neurology [Internet]. 3rd Series. Vol. 111. Elsevier; 2013. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/handbook/handbook-of-clinical-neurology/vol/111/suppl/C>
91. Gómez-Andrés D, Valdeolivas IP, Pérez LF. Desarrollo neurológico normal del niño. *Pediatría Integral*. 2015;XIX(9):640.e1-640.e7.
92. Guardado KE, Sergent SR. Sensory Integration. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559155/>
93. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje [Internet]. NIDCD. 2017 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/etapas-del-desarrollo-del-habla-y-el-lenguaje>
94. MIDESO/ MINSAL. Orientación Técnica: Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/11/OT-PASMI-VERSION-FINAL-5enero.pdf>
95. Ministerio de Educación. Bases Curriculares Educación Parvularia [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: https://parvularia.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/34/2018/03/Bases_Curriculares_Ed_Parvularia_2018.pdf
96. Rubin KH, Bukowski WM, Bowker JC. Children in Peer Groups. *Ecological Settings and Processes* [Internet]. 2015;4. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781118963418.childpsy405>
97. García-Piña C. Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. *Acta Pediátrica México* [Internet]. 2016;37(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000100047
98. Mace, D., Bannerman, R.H.O. y Burton, J. Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud. *Cuadernos de Salud Pública*. 1975;57:9.
99. Cerruti, S. et al. Sexualidad humana: aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
100. Organización Mundial de la Salud (OMS). Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. *Serie de Informes Técnicos* 572. 1975;
101. Pellegrino, E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol Sanit Panam*. 1990;108(5-6):379-89.
102. Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality. *Bright Futur Guidel Health Superv Infants Child Adolesc*. 2010;217-27.
103. Johnson, TC. Understanding children's sexual behaviors - What's natural and healthy. 2015.
104. Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2011.
105. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA, LWPES Consensus Group, ESPE Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child*. julio de 2006;91(7):554-63.
106. Bockting. From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *SIECUS Report*. 1999;1(Oct.-Nov.):3-7.
107. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. 2013.
108. Cerruti S. La sexualidad humana en el contexto de la promoción de la salud en la adolescencia. Montevideo: Consejo de Educación Secundaria; 1991.

109. Rafferty J, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, SECTION ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL, AND TRANSGENDER HEALTH AND WELLNESS. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2018;142(4):1-14.
110. Vazquez G. Neurociencia, bases y fundamentos. Buenos Aires: Caviar Beu; 2004.
111. Berk L. Desarrollo del niño y el adolescente. Madrid: Pearson Prentice Hall; 1999.
112. Delgado V, Contreras S. Desarrollo Psicomotor, primeros años. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2015.
113. Vojta V. Alteraciones motoras cerebrales infantiles. Madrid: Morata S.L; 2005.
114. Vojta V, Schweizer E. El descubrimiento de la motricidad ideal. Madrid.: Morata; 2011.
115. Rodríguez S, Arancibia V, Undurraga C. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses. 12° ed. Santiago; 1996.
116. Haeussler I, Marchant T. Test de desarrollo psicomotor 2 a 5 años. 7th ed. Santiago; 1997.
117. Center on the Developing Child. Harvard University. Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined [Internet]. [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://developingchild.harvard.edu/resources/connecting-the-brain-to-the-rest-of-the-body-early-childhood-development-and-lifelong-health-are-deeply-intertwined/>
118. National Scientific Council on the Developing Child. Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper No. 10. 2010;10:1-12.
119. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. [Internet]. American Academy of Pediatrics; 2017. Disponible en: https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4_Introduction.pdf
120. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med*. mayo de 1998;14(4):245-58.
121. O'Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. Promoción y Prevención en Salud Mental Infantil y Adolescente.
122. Raising Children Network. Mental health problems in children 3-8 years: signs and support [Internet]. [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://raisingchildren.net.au/school-age/health-daily-care/mental-health/mental-health-problems-in-children-3-8-years-signs-and-support>
123. OMS. Invertir en Salud Mental. [Internet]. 2004. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
124. MINSAL. Guía Clínica. Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA). [Internet]. 2008. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/8.-MINSAL_TRASTORNOS-HIPERCIN%C3%89TICOS-2008.pdf
125. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2013 [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51593>
126. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013.
127. Pacheco P B, Ventura W T. Trastorno de ansiedad por separación. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. abril de 2009 [citado 31 de agosto de 2020];80(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
128. Loubat, M, Aburto, ME., Vega, M. Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Ter Psicol*. 2008;26(2):189-97.
129. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización [Internet]. 2018 [citado 31 de agosto de 2020]. (Guías de Práctica Clínica en el SNS). Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-infancia/>
130. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*. mayo de 2015;125(5):1268-71.
131. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to Prevent Perinatal Depression Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force: *Obstet Anesth Dig*. diciembre de 2019;39(4):180.

132. Earls MF, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*. noviembre de 2010;126(5):1032-9.
133. Rafferty J, Mattson G, Earls MF, Yogman MW. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. 2019;143(1):31.
134. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. *Curr Psychiatry Rep*. septiembre de 2014;16(9):468.
135. Luisa Garcia-Esteve. Manual de Psiquiatría Perinatal [Internet]. [citado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/manual-de-psiquiatria-perinatal>
136. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2010;48(4):269-78.
137. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Médica Chile*. julio de 2015;143(7):887-94.
138. Jin J. Counseling Interventions to Prevent Perinatal Depression. *JAMA*. 12 de febrero de 2019;321(6):620.
139. Misri SK. Paternal Postnatal Psychiatric Illnesses [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [citado 7 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-68249-5>
140. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2019;8.
141. National Institute of Mental Health. Perinatal Depression. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES National Institutes of Health NIH Publication No. 20-MH-8116;
142. Ministerio de Salud de Chile. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto, apoyo y tratamiento. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
143. Barja, S., Arnaiz, P. Promoción de Hábitos de Vida Saludables. En: *Pediatría Ambulatoria, Un Enfoque Integral*. Valenzuela, P. y Moore, R. Ed. Universidad Católica;
144. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf;jsessionid=A380CC79E1BA3A541EC28E9C4715F065?sequence=1>
145. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(1):15-21.
146. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França VA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016; Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf)
147. MINSAL. Manual Operativo de Lactancia Materna.: Acompañando tu Lactancia. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>
148. Córdova G, Rodríguez JI. Caso clínico: botulismo infantil. *Boletín la Esc Med Pontif Univ Católica Chile*. 2005;30(1):46-9.
149. Manco M, Alterio A, Bugianesi E, Ciampalini P, Mariani P, Finocchi M, Agostoni C, Nobili V. Insulin dynamics of breast- or formula-fed overweight and obese children. *J Am Coll Nutr*. 2011;30(1):29-38.
150. Birch, L., McPhee, L., Shoba, B., Pirok, E. & Steinberg, L. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs. tasting. *Appetite*. 9:171-8.
151. MINSAL. Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años/ Guía de Alimentación hasta la Adolescencia. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf>
152. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet]. 2004. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
153. MINSAL. Norma Técnica de los Programas Alimentarios. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-T%C3%A9cnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jur%C3%ADdica.pdf>
154. Taylor SN, The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #29: Iron, Zinc, and Vitamin D supplementation during breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2018;13(6):398-404.

155. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: summary of the NIAID-sponsored expert panel report. *Nutr Res.* 2011;31:61-75.
156. Feuerhake T, Aguilera-Insunza R, Morales PS, Talesnik E, Linn K, Thone N, et al. Caracterización clínica de pacientes chilenos con alergia alimentaria mediada por IgE. *Rev Chil Pediatría.* 2018;89(4).
157. Bjorksten B. Genetic and environmental risk factors for the development of food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005;5:249-53.
158. Fiocchi A, Brozek J, Schunemann H, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatr Allergy Immunol.* 2010;21:1-125.
159. González Á, Ventura-Juncá P. Examen Físico del Recién Nacido. En: Manual de pediatría [Internet]. Guiraldes, E.; Ventura-Juncá P. Pontificia Universidad Católica de Chile; Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnexfisico.html>
160. The University of Chicago Medicine. Comer Children's Hospital [Internet]. Disponible en: <https://www.uchicagomedicine.org/comer>
161. Sorolla Parker JP. Temas de cirugía pediátrica: Craneosinostosis. [Internet]. Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica; 2001. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/cirugiapediatrica/cirped35.html>
162. Maffei S, Banzato C, Talamini G. Waist-to-height ratio, a useful Index Identify high metabolic risk in overweight children. *J Pediatr.* 2008;152:207-13.
163. JUNAEB. Informe Mapa Nutricional 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2017/07/Informe-Mapa-Nutricional-2015.pdf>
164. JUNAEB. Mapa Nutricional 2018. Informe Estadístico. [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/MapaNutricional_2018.pdf
165. Fernández JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr.* 2004;145(4):439-44.
166. MINSAL. Patrones de Crecimiento. Para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/03/2018.03.16-Patrones-de-crecimiento-para-la-evaluación-nutricional-de-niños-niñas-y-adolescentes-2018.pdf>
167. Rogol A, Hayden G. Etiologies and early diagnosis of short stature and growth failure in children and adolescents. *J Pediatr.* mayo de 2014;164(5):S1-14.e6.
168. Robbins W, Et Al. Stages of growth: Relative proportions of head, trunk and limbs for various ages. . New Haven: Yale University Press; 1928.
169. Lock RW, Krebs NF, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Failure to Thrive as a Manifestation of Child Neglect. *Pediatrics.* 2005;116(5):1234-7.
170. May L. Hydrocephalus. En: *Paediatric Neurosurgery: A Handbook for the Multidisciplinary Team.* Londres: Whurr Publishers; 2001.
171. Mercado R, Valdés V. Síndrome Metabólico en la Infancia y Adolescencia. [Internet]. Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/220.html>
172. Reinehr T, Kleber M, Toschke AM. Lifestyle intervention in obese children is associated with a decrease of the metabolic syndrome prevalence. *Atherosclerosis.* 207(1):174-80.
173. Leante Castellanos JL, Pérez Muñuzuri A, Ruiz Campillo CW, Sanz López E, Benavente Fernández I, Sánchez Redondo MD, et al. Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. *An Pediatría.* 1 de junio de 2019;90(6):401.e1-401.e5.
174. Figueroa F, Rojas P. Cuidados del Cordón Umbilical [Internet]. *Medicina Familiar.* s/f [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/cuidados-del-cordon-umbilical/>
175. Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA, Uy MEV, Iii JBM, Bhutta ZA. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 29 de marzo de 2021];(5). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008635.pub2/full>

176. Al-Shehri H. The Use of Alcohol versus Dry Care for the Umbilical Cord in Newborns: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized and Non-randomized Studies. *Cureus* [Internet]. 2019 [citado 29 de marzo de 2021];11(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6728785/>
177. World Health Organization. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. 2017 [citado 29 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269>
178. Razvi S, Murphy R, Shlasko E, Cunningham-Rundles C. Delayed separation of the umbilical cord attributable to urachal anomalies. *Pediatrics*. agosto de 2001;108(2):493-4.
179. Muniraman H, Sardesai T, Sardesai S. Disorders of the Umbilical Cord. *Pediatr Rev*. 1 de julio de 2018;39(7):332-41.
180. Blume, Peytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, Ryumina I, Stalder J, Torrelo A, et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatr Dermatol*. 2016;33(3):311-21.
181. Johnson E, Hunt R. Infant skin care: updates and recommendations. *Curr Opin Pediatr*. agosto de 2019;31(4):476-81.
182. Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatias GN, Pathirana D, Garcia Bartels N. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatr Dermatol*. febrero de 2012;29(1):1-14.
183. Dyer JA. Newborn skin care. *Semin Perinatol*. febrero de 2013;37(1):3-7.
184. Albahrani Y, Hunt R. Newborn Skin Care. *Pediatr Ann*. 1 de enero de 2019;48(1):e11-5.
185. Cooke A, Bedwell C, Campbell M, McGowan L, Ersser SJ, Lavender T. Skin care for healthy babies at term: A systematic review of the evidence. *Midwifery*. enero de 2018;56:29-43.
186. Garcia Bartels N, Scheufele R, Prosch F, Schink T, Proquitté H, Wauer RR, et al. Effect of standardized skin care regimens on neonatal skin barrier function in different body areas. *Pediatr Dermatol*. febrero de 2010;27(1):1-8.
187. Burdall O, Willgress L, Goad N. Neonatal skin care: Developments in care to maintain neonatal barrier function and prevention of diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol*. enero de 2019;36(1):31-5.
188. Kelleher MM, Cro S, Cornelius V, Carlsen KCL, Skjerven HO, Rehbinder EM, et al. Skin care interventions in infants for preventing eczema and food allergy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2021];(2). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013534.pub2/full?contentLanguage=en>
189. Chalmers JR, Haines RH, Bradshaw LE, Montgomery AA, Thomas KS, Brown SJ, et al. Daily emollient during infancy for prevention of eczema: the BEEP randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 21 de marzo de 2020;395(10228):962-72.
190. Dissanayake E, Tani Y, Nagai K, Sahara M, Mitsuishi C, Togawa Y, et al. Skin Care and Synbiotics for Prevention of Atopic Dermatitis or Food Allergy in Newborn Infants: A 2 × 2 Factorial, Randomized, Non-Treatment Controlled Trial. *Int Arch Allergy Immunol*. 2019;180(3):202-11.
191. Garcia Bartels N, Lünemann L, Stroux A, Kottner J, Serrano J, Blume-Peytavi U. Effect of diaper cream and wet wipes on skin barrier properties in infants: a prospective randomized controlled trial. *Pediatr Dermatol*. diciembre de 2014;31(6):683-91.
192. Skjerven HO, Rehbinder EM, Vettukattil R, LeBlanc M, Granum B, Haugen G, et al. Skin emollient and early complementary feeding to prevent infant atopic dermatitis (PreventADALL): a factorial, multicentre, cluster-randomised trial. *Lancet Lond Engl*. 21 de marzo de 2020;395(10228):951-61.
193. Singal A, Bisherwal K. Disorders of nail in infants and children. *Indian J Paediatr Dermatol*. 4 de enero de 2019;20(2):101.
194. García Dorado J, Alonso Fraile P. Alteraciones del pelo y de las uñas. *Pediatría Integral*. 2016;XX(4):244-61.
195. Kutz E AM, Aranibar D L. Patología ungueal no micótica en pediatría. *Rev Chil Pediatría*. agosto de 2012;83(4):383-91.
196. Chinazzo M, Lorette G, Baran R, Finon A, Saliba É, Maruani A. Nail features in healthy term newborns: a single-centre observational study of 52 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(2):371-5.
197. Starace M, Alessandrini A, Piraccini BM. Nail Disorders in Children. *Skin Appendage Disord*. 2018;4(4):217-29.
198. Smith RJ, Rubin AI. Pediatric nail disorders: a review. *Curr Opin Pediatr*. agosto de 2020;32(4):506-15.
199. Kilcline C, Frieden IJ. Infantile hemangiomas: how common are they? A systematic review of the medical literature. *Pediatr Dermatol*. abril de 2008;25(2):168-73.

200. Léauté-Labrèze C, Harper JL, Hoeger PH. Infantile haemangioma. *The Lancet*. julio de 2017;390(10089):85-94.
201. Baselga Torres E, Bernabéu Wittel J, van Esso Arbolave DL, Febrer Bosch MI, Carrasco Sanz Á, de Lucas Laguna R, et al. Consenso español sobre el hemangioma infantil. *An Pediatría*. 1 de noviembre de 2016;85(5):256-65.
202. Alonso San Pablo M, Calderón-Castrat X. Anomalías vasculares. *Pediatría Integral*. XX(3):159-68.
203. Shah K. Evaluation and Management of Melanocytic Nevi in Children. *Practical Dermatology* [Internet]. octubre de 2012 [citado 30 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://practicaldermatology.com/articles/2012-oct/evaluation-and-management-of-melanocytic-nevi-in-children/pdf>
204. Saucedo GMG. Trastornos de la pigmentación: lentigos, nevus y melanoma. *Fotoprotección*. *Pediatría Integral*. 2016;XX(4):262-73.
205. Levy R, Lara-Corrales I. Melanocytic Nevi in Children: A Review. *Pediatr Ann*. 1 de agosto de 2016;45(8):e293-298.
206. Dorado Criado M, Fabra Garrido C, Rueda Carnero JM, Molina Gutiérrez MÁ. Mancha mongólica atípica: un reto diagnóstico. *Pediatría Aten Primaria*. XX(79):245-7.
207. Pérez-Cotapos ML, Zegpi MS. Dermatitis atópica. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(2):197-203.
208. Herane MI, Urbina F. *Dermatología Pediátrica III*. Santiago: Mediterráneo; 2003. 729-735 p.
209. de Lucas Laguna R, Sendagorta Cudós E. No todo es dermatitis atópica. *Rev Pediatría Aten Primaria*. junio de 2009;11(15):15-30.
210. Martorell Aragonés A, Martorell Calatayud A. Actitud ante el niño afecto de dermatitis atópica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2013;1:25-36.
211. Leung AKC, Barankin B. Seborrheic Dermatitis. *Int J Pediatr Health Care Adv*. 24 de julio de 2015;7-9.
212. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. 1 de febrero de 2015;91(3):185-90.
213. Nobles T, Harberger S, Krishnamurthy K. Cradle Cap. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 2 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531463/>
214. Ooi ET, Tidman MJ. Improving the management of seborrheic dermatitis. *The Practitioner*. febrero de 2014;258(1768):23-6, 3.
215. Chadha A, Jahnke M. Common Neonatal Rashes. *Pediatr Ann*. 1 de enero de 2019;48(1):e16-22.
216. Zambrano Pérez E, Torrelo Fernández A, Zambrano Zambrano A. Dermatitis del pañal. *Asociación Española de Pediatría*. s/f;137-40.
217. Mathes E, Lalor L. Skin lesions in the newborn and infant [Internet]. *Up To Date*. 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/skin-lesions-in-the-newborn-and-infant>
218. O'Connor NR, McLaughlin MR, Ham P. Newborn skin: Part I. Common rashes. *Am Fam Physician*. 1 de enero de 2008;77(1):47-52.
219. Ribes Bautista C, Moraga Llop F. Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias. *Asoc Esp Pediatría*. :309-16.
220. Kumar N, Agarwal S. Neonatal Milia. *Indian Pediatrics*. 2015;52:723-4.
221. Rodríguez Miguélez JM, Figueras Aloy J. Ictericia neonatal. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría* [Internet]. 2008 [citado 30 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>
222. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Neonatal jaundice. *Clinical Guideline* [Internet]. 2010 [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/evidence/full-guideline-245411821>
223. Olusanya BO, Kaplan M, Hansen TWR. Neonatal hyperbilirubinaemia: a global perspective. *Lancet Child Adolesc Health*. agosto de 2018;2(8):610-20.
224. González-Valcárcel Espinosa M, Raynero Mellado R, Caballero Martín S. Ictericia neonatal. *Pediatría Integral*. 2019;XXIII(3):147-53.
225. Campbell Wagemann S, Mena Nannig P. Hiperbilirrubinemia severa en Recién Nacidos, factores de riesgo y secuelas neurológicas. *Rev Chil Pediatría*. junio de 2019;90(3):267-74.
226. Mazzi Gonzales de Prada E. Hiperbilirrubinemia neonatal. *Rev Soc Boliv Pediatría*. enero de 2005;44(1):26-35.
227. Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *PEDIATRICS*. 1 de julio de 2004;114(1):297-316.

228. Morell Bernabé JJ, Yanguas Torres. Ictericia neonatal. *Ictericia Neonatal Form Act En Pediatría Aten Primaria*. 2011;4(2):92-7.
229. Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel MD, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Pérez Muñuzuri A, Rite Gracia S, Ruiz Campillo CW, et al. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. *An Pediatría*. 1 de noviembre de 2017;87(5):294.e1-294.e8.
230. American Academy of Pediatrics. Examen del reflejo rojo en lactantes, Sección Oftalmología. 2002.
231. MINSAL. Componentes de salud oftalmológica en pediatría. Control de salud integral del niño y la niña. Principios Básicos y Protocolos de examen, diagnóstico y tratamiento Oftalmología Pediátrica para la Atención Primaria. [Internet]. 2017. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/10/Protocolos-de-Salud-Oftalmologica-Infantil-en-APS.pdf
232. MINSAL. Guía Clínica. Estrabismos en menores de 9 años. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Estrabismo-menores-9-a%C3%B1os.pdf>
233. Wright K, Spiegel P. *Oftalmología Pediátrica y estrabismo. Los requisitos en oftalmología*. Madrid, España: Ediciones Harcourt S.A.; 2001.
234. D. Ossandón. Videoconferencia: Evaluación oftalmológica en control de salud infantil. Santiago, Chile.; 2012. (Videoconferencias técnicas Programa Nacional de Salud de la Infancia).
235. Barria F. Guía Clínica Refracción en el Niño. Visión 2020 LA. Ganando Presencia en el Continente. ¿Cómo lograrlo?. [Internet]. Disponible en: http://www.v2020la.org/bulletin/esp/docs/boletin_10/tema_4.htm.
236. Sánchez-Verdiguél, Vanessa Bosch, Juan Carlos Ordaz-Favila3. Problemas de visión más frecuentes en pediatría.
237. H Patel, M Feldman; Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Universal newborn hearing screening. *Paediatr Child Health*. 2011;16(5):301-5.
238. D. Thomson, M. Phillips y R. Davis. Universal Newborn Hearing Screening: Summary of Evidence. *JAMA*. 2001;286(16):2001-10.
239. e. a. Schonhaut L. Problemas auditivos en preescolares, según estudio audiológico y percepción de educadores. *Rev Chil Pediatría*. 2005;3(77):247-53.
240. D. Thomson, M. Phillips y R. Davis. Universal Newborn Hearing Screening: Summary of Evidence. *JAMA*. 2001;286(16):2001-10.
241. H. Nelson, C. Bougastros y P. Nygren. Universal newborn hearing screening: Systematic review to update de 2001 US preventive services Task Force Recommendation. *Pediatrics*. 2008;(122):266-76.
242. Anna M. H. Korver, Saskia Konings, Friedo Wilhelm Dekker, Mieke Beers, Capi C Wever, Johan H. M. Frijns, Anne Marie Oudesluys-Murphy. Newborn hearing screening vs later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment. *JAMA* [Internet]. 2010; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Newborn-hearing-screening-vs-later-hearing-and-in-Korver-Konings/da652fb596000c2bdac80fbc973514678c71bbcf>
243. Erenberg A, Lemons J, Sia C, Trunkel D, Ziring P. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention. *American Academy of Pediatrics. Task Force on Newborn and Infant Hearing, 1998- 1999. Pediatrics*. 1999;103(2):527-30.
244. MINSAL. Guía Clínica AUGÉ: Tratamiento de la Hipoacusia Moderada en Menores de 2 años. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/de429df07a91ca3ce040010165017ea0.pdf>
245. MINSAL. Guía clínica AUGÉ: hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro. [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c97379016e04001011f0113bf.pdf>
246. OMS. Clasificación de hipoacusia OMS [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/
247. Kennedy C, McCann D, Campbell MJ, Kimm L, Thornton R. Universal newborn screening for permanent childhood hearing impairment: an 8-year follow-up of a controlled trial. *Lancet*. 2005;366(9486):660-662.
248. C. E. Cunningham M. Hearing Assessment in Infants and Children: Recomendations Beyond Neonatal Screening. *Pediatrics*. 2003;111:436-40.
249. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Position Statement Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*. 2007;20:898-921.
250. Benito JI, Silva JC. Hipoacusia. Identificación e intervención precoz. 2017;13.

251. Pontificia Universidad Católica de Chile - Escuela de Medicina. Del examen físico segmentario: Examen de la Cabeza, [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile. Apuntes de Semiología. 2014. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/IntegradoTercero/ApSemiologia/34_Cabeza.html
252. M. d. R. Méndez, I. Gutiérrez y E. Arch. Manifestaciones conductuales por las cuales se sospecha de hipoacusia en niños. *An Méd.* 2003;48(4):199-203.
253. Solanellas Soler J. Timpanometría. Impedancia auditiva: El impedanciómetro. AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. [Internet]. Madrid: Exlibris Ediciones; 2003. Disponible en: aepap.org/sites/default/files/t_timpanometria.pdf
254. Pontificia Universidad Católica de Chile. Apuntes de Otorrinolaringología: Impedanciometría. [Internet]. Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 2014. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/apuntesotorrino/impedanciometria.html>.
255. Jerger J. Clinical experience with impedance audiometry. *Arch Otolaryngol.* 1970;92:311-24.
256. MINSAL. Manual educativo para trabajar con familias de párvulos. Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales. [Internet]. 2016. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Manual-Educativo-Familias-2016_web-23.pdf
257. Rioboo García R. Educación para la Salud Bucodental. *Avances. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria.* Madrid; 2002. 1321-41 p.
258. Salleras L, Fuentes M, Prat Marín A, Garrido P. Educación sanitaria. Conceptos y métodos. En: *Medicina Preventiva y Salud Pública Piédrola Gil.* Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
259. Agencia de Calidad de la Educación. Informe de resultados Estudio Nacional Educación Física. 8o básico [Internet]. [citado 21 de junio de 2020]. Disponible en: http://archivos.agenciaeducacion.cl/Informe_Nacional_EducacionFisica2015.pdf
260. Pierlot R, Cuevas-Romero E, Rodríguez - Antolín J, Méndez-Hernández P, Martínez Gómez M. Prevalencia de síndrome metabólico en niños y adolescentes de américa. *TIP Rev Espec En Cienc Quím-Biológicas.* 2017;20(1):40-9.
261. Allen H, Driscoll D, Shaddy R, Feltes T. Moss and Adams' Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents: Including the Fetus and Young Adult. 8º. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
262. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Soporte vital avanzado pediátrico. 2011.
263. Goic A, Chamorro G, Reyes H. *Semiología Médica.* 4º. Mediterráneo; 2018.
264. Fernández Pineda L, López Cea M. Exploración cardiológica. AEPap Ed Curso Actual Pediatría. 2005;10.
265. Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A, Meneghello. *Tratado de Pediatría.* 6ta ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2013. 2600 p.
266. Tamariz-Martel R. Auscultación cardiaca. *Pediatría Integral.* 2016;XX(8):560.e1-560.e5.
267. S. A. C. Lagomarsino F. E.,. Recomendación de Ramas: Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en Pediatría. *Rev Chil Pediatr.* 2008;79:64-5.
268. Morgado Alcayaga P. Medición de la presión arterial en el consultorio. *Hipertensión Boletín de la Sociedad Chilena de Hipertensión.* 2015;20:3-11.
269. Veiga EV, Arcuri EAM, Cloutier L, Santos JLF. Blood pressure measurement: arm circumference and cuff size availability. *Rev Lat-Am Enferm.* 2009;17(04):455-61.
270. Salas P, González C, Carrillo D, Bolte L, Aglony M, Peredo S, et al. Hipertensión arterial en la infancia. Recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Parte 1. Rama de Nefrología Infantil, Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatría.* abril de 2019;90(2):209-16.
271. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 1 de septiembre de 2017;140(3):e20171904.
272. OMS. Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>
273. Timmons BW, LeBlanc AG, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Revisión sistemática de la actividad física y la salud en los primeros años (de 0 a 4 años). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;37(4):773-92.

274. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Wiebe SA, Spence JC, Friedman A, et al. Revisión sistemática de la actividad física y el desarrollo cognitivo en la primera infancia. *J Sci Med Sport*. 2016;19(7):573-8.
275. Hinkley T, Teychenne M, Downing KL, Ball K, Salmon J, Hesketh KD. . Actividad física infantil temprana, conductas sedentarias y bienestar psicosocial: una revisión sistemática. *Med Prev*. 2014;62:182-92.
276. Actividad física de los niños y tiempo de pantalla: comparación cualitativa de las opiniones de los padres de bebés y niños en edad preescolar. *Ley de Física. Int J Behav Nutr*. 2012;9(152).
277. Poitras VJ, Gray CE, Janssen X, Aubert S, Carson V, Faulkner G, et al. Revisión sistemática de las relaciones entre el comportamiento sedentario y los indicadores de salud en los primeros años (0-4 años). *BMC Salud Pública*. 17.
278. OMS. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age [Internet]. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536eng.pdf?sequence=1&isAllowe=y>
279. Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Parte XXVIII. Problemas ortopédicos frecuentes. En: Meneghello Pediatría. 6°. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2013.
280. Staheli L. Ortopedia Pediátrica. 1°. Madrid: Marban Libros; 2003.
281. MINSAL. Guía Clínica Displasia Luxante de Caderas [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Displasia-de-Cadera.pdf>
282. MINSAL. Guía de Práctica Clínica Displasia Luxante de Caderas 2017. Resumen Ejecutivo. [Internet]. 2017. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/05/RE_GPC-Displasia-luxante-de-cadera_2017md.pdf
283. Mazzi E. Displasia del desarrollo de la cadera. *Rev Soc Boliv Pediatría* [Internet]. 2011;50(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1024-06752011000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
284. MINSAL. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Tratamiento-Quir%C3%BArgico-Escoliosis-menores-25-a%C3%B1os.pdf>
285. MINSAL. Guía de Práctica Clínica GES Escoliosis. 2019.
286. Vanicola MC, Guida S. Postura e Condicionamento Físico. 1°. São Paulo: Phorte; 2014.
287. H. Guzmán. Alteraciones de ejes de extremidades inferiores y pie plano en el niño. XXXVIII: Curso actualidades en pediatría Hospital Luis Calvo Mackenna. 2003.
288. Bueno Sánchez M. Dolor en signos y síntomas en pediatría. 2007.
289. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Tratado de Pediatría Nelson. 18°. Barcelona: Elsevier; 2011.
290. Argente H, Alvarez M. Semiología Médica. 2°. Buenos Aires: Panamericana; 2006.
291. Ministerio de Salud de Chile. Guía de Práctica Clínica GES Disrafias Espinales. 2018.
292. Guzmán, H. Alteraciones de ejes de extremidades inferiores y pie plano en el niño. XXXVIII: Curso actualidades en pediatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. 2003.
293. Pérez González E, Marín Serra J. Evaluación de la función renal en el recién nacido. *Protoc Diagnóstico Ter Asoc Esp Pediatría*. 2014;1:37-51.
294. Jeng JY, Franz WB. Orange Stains in a Healthy Neonate's Diaper. *Clin Pediatr (Phila)*. 2014;53(9):908-10.
295. Kaneshiro NK, Zieve D. Hormonal effects in newborns [Internet]. *MedlinePlus Medical Encyclopedia*. 2019 [citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/001911.htm>
296. Lanciotti L, Cofini M, Leonardi A, Penta L, Esposito S. Up-To-Date Review About Minipuberty and Overview on Hypothalamic-Pituitary-Gonadal Axis Activation in Fetal and Neonatal Life. *Front Endocrinol* [Internet]. 23 de julio de 2018 [citado 5 de abril de 2021];9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6070773/>
297. Renault CH, Aksglaede L, Wodemann D, Hansen AB, Jensen RB, Juul A. Minipuberty of human infancy - A window of opportunity to evaluate hypogonadism and differences of sex development? *Ann Pediatr Endocrinol Metab*. 30 de junio de 2020;25(2):84-91.
298. Schmidt H, Schwarz HP. Serum concentrations of LH and FSH in the healthy newborn. *Eur J Endocrinol*. agosto de 2000;143(2):213-5.
299. Jayasinghe Y, Cha R, Horn-Ommen J, O'Brien P, Simmons PS. Establishment of normative data for the amount of breast tissue present in healthy children up to two years of age. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. octubre de 2010;23(5):305-11.

300. Schmidt IM, Chellakooty M, Haavisto A-M, Boisen KA, Damgaard IN, Steendahl U, et al. Gender difference in breast tissue size in infancy: correlation with serum estradiol. *Pediatr Res.* noviembre de 2002;52(5):682-6.
301. Pozo Román J, Muñoz Calvo MT. Pubertad precoz y retraso puberal. *Pediatría Integral.* 2015;XIX(6):389-410.
302. Palma P, Heneghan M. Endocrinología. En: Marcdante K, Kliegman R Nelson pediatría esencial. 7º. Barcelona, España.: Elsevier y DRK Edición.; 2015. p. 589-96.
303. Rostiñ CG. Testículo no descendido. *Rev Chil Pediatría.* mayo de 2000;71(3):246-50.
304. Sanhueza G. P, Pastene S. C, Saitua D. F, Fuentealba T. I, Romero F. P, Muñoz O. M, et al. Diagnóstico y manejo de Himen Imperforado en una lactante menor. *Rev Chil Pediatría.* agosto de 2020;91(4):579-83.
305. Baird DC, Bybel M, Kowalski AW. Toilet Training: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician.* 15 de octubre de 2019;100(8):468-74.
306. Schum TR, Kolb TM, McAuliffe TL, Simms MD, Underhill RL, Lewis M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. *Pediatrics.* marzo de 2002;109(3):E48.
307. Clifford T, Gorodzinsky F, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Toilet learning: Anticipatory guidance with a child-oriented approach. *Paediatr Child Health.* 1 de septiembre de 2000;5(6):333-5.
308. Kaerts N, Van Hal G, Vermandel A, Wyndaele J-J. Readiness signs used to define the proper moment to start toilet training: a review of the literature. *Neurourol Urodyn.* abril de 2012;31(4):437-40.
309. Wyndaele J-J, Kaerts N, Wyndaele M, Vermandel A. Development Signs in Healthy Toddlers in Different Stages of Toilet Training: Can They Help Define Readiness and Probability of Success? *Glob Pediatr Health [Internet].* 25 de agosto de 2020 [citado 5 de abril de 2021];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7450290/>
310. Taubman B. Toilet training and toileting refusal for stool only: a prospective study. *Pediatrics.* enero de 1997;99(1):54-8.
311. Nurko S, Zimmerman LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician.* 15 de julio de 2014;90(2):82-90.
312. Taubman B, Blum NJ, Nemeth N. Children who hide while defecating before they have completed toilet training: a prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* diciembre de 2003;157(12):1190-2.
313. LeLeiko NS, Mayer-Brown S, Cerezo C, Plante W. Constipation. *Pediatr Rev.* agosto de 2020;41(8):379-92.
314. Lemoh JN, Brooke OG. Frequency and weight of normal stools in infancy. *Arch Dis Child.* septiembre de 1979;54(9):719-20.
315. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* septiembre de 1997;32(9):920-4.
316. Mata Jorge M, da Cuña Vicente R. Estreñimiento y Encopresis. *Pediatría Integral.* 2015;XIX(2):127-38.
317. Guiraldes C. E, Novillo G. D, Silva P. P. Encopresis en el paciente pediátrico. *Rev Chil Pediatría.* enero de 2005;76(1):75-83.
318. Har AF, Croffie JM. Encopresis. *Pediatr Rev.* septiembre de 2010;31(9):368-74; quiz 374.
319. Koppen IJN, von Gontard A, Chase J, Cooper CS, Rittig CS, Bauer SB, et al. Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol.* febrero de 2016;12(1):56-64.
320. Sánchez Ruiz F, José Gilbert J, Bedate Calderón P, Espín Jaime B. Estreñimiento y encopresis. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría.* 2010;53-66.
321. Bautista Casanovas A, Argüelles Martín F, Peña Quintana L, Polanco Allué I, Sánchez Ruiz F, Varea Calderón V. Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. *An Pediatría.* 1 de enero de 2011;74(1):51.e1-51.e7.
322. Cattani Ortega A. Principales características de la pubertad normal y patológica. *ARS MEDICA Rev Cienc Médicas.* 1991;20(3):201-7.
323. Carolina Sepúlveda R, Verónica Mericq G. Mecanismos reguladores de la pubertad normal y sus variaciones. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de enero de 2011;22(1):27-38.
324. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child.* febrero de 1970;45(239):13-23.

325. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child*. junio de 1969;44(235):291-303.
326. Tanner J. *Growth at Adolescence*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1962. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1962.
327. OMS | Inmunización [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 21 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/immunization/es/>
328. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP). *Manual de Vacunas en Línea de la AEP*. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://vacunasaep.org/DOCUMENTOS/MANUAL/CAP-1#5>
329. Ministerio de Salud de Chile. Modifica Decreto No 6, de 2010, que dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país. [Internet]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1056598>
330. Ministerio de Salud de Chile. Inmunización Programática de la vacuna contra Hepatitis A. Circular B27 N°03. 2018.
331. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Chapter 22: Varicella. [Internet]. S/F. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/varicella.html>
332. Ministerio de Salud de Chile. *Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo*. 2018.
333. Ministerio de Salud de Chile. *Guía de vacunación segura*. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/12/Gu%C3%ADa-de-vacunaci%C3%B3n-segura.-Sistema-de-notificaci%C3%B3n-evaluaci%C3%B3n-e-investigaci%C3%B3n-de-ESAVI-EPRO-MINSAL-Chile-2013.pdf>



3

SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL



Norma Técnica para la Supervisión de **SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS** en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

CAPÍTULO

3

SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL



Norma Técnica para la Supervisión de
Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años
en la Atención Primaria de Salud

2^{da} edición

Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

EDITORES

SEGUNDA EDICIÓN
ACTUALIZACIÓN 2021

Dra. Sylvia Santander Rigollet
Enf. Bárbara Leyton Cárdenas

Dra. María Inés Romero Sepúlveda
Enf. Patricia Cabezas Olivares
Enf. Loretto Fuentealba Alvarado
Enf. Nicole Garay Unjidos
Dra. María Paz Medel Salas
Dr. Fernando González Escalona

ISBN (I): 978-956-348-197-9
ISBN (D): 978-956-348-197-6
Número de Propiedad Intelectual: 2021-A-10254
Norma Técnica N° 218, Resolución Exenta N° 55, 18 de octubre de 2021

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.

Norma Técnica para la Supervisión Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. 2da edición. Actualización 2021.

EDITORES Y COEDITORES

PRIMERA EDICIÓN
2014

Editora
Dra. Heather Strain Henkes

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

ISBN: 978-956-348-058-8
Número de Propiedad Intelectual: 242298
Norma Técnica N° 166, Resolución Exenta N° 336, 22 de mayo de 2014

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.

Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. 1ra edición. 2014.

ARTE

Rodolfo Valenzuela
Diseño, Ilustraciones y Diagramación

Valentina Jara
Fotografías

Paloma Leiva
Colaboración Fotografía, Proyecto Tetarte

Luis Miranda
Ilustraciones

Las ilustraciones y fotografías son de propiedad del Ministerio de Salud y cuentan con el debido consentimiento informado.



ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud	NN	Niñas y Niños
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
CERO	Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	NT	Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas
CESFAM	Centro de Salud Familiar	OMS	Organización Mundial de la Salud
ChCC	Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo	PADBP	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
CRS	Centro de Referencia de Salud	PB	Pauta Breve
CSI	Control de Salud Infantil	PEATa	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Automatizados o Acortados
DP	Depresión Perinatal	PEATc	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Clínicos o Alargados
DPP	Depresión Postparto	PENS	Protocolo de Evaluación Neurosensorial
DSM	Desarrollo Psicomotor	PRB	Pauta de Riesgo Biopsicosocial
EA	Espectro Autista	RN	Recién Nacido y Recién Nacida
EBPN	Recién Nacido/a de Extremo Bajo Peso de Nacimiento	RNBPN	Recién Nacido/a de Bajo Peso de Nacimiento
EEDP	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor	RNMBP	Recién Nacido/a de Muy Bajo Peso de Nacimiento
EPsA	Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada	RNPT	Recién Nacido/a de Pretérmino
EOA	Emisiones Otoacústicas	SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
FPP	Fecha Probable de Parto	SRDM	Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo
GES	Garantía Explícita en Salud	SRI	Sistema de Retención Infantil
HI	Hemangioma Infantil	TC	Trastorno de Conducta
IMC	Índice de Masa Corporal	TEPSI	Test del Desarrollo Psicomotor
Lactante	Niño o niña menor de dos años	THA	Trastorno Hipercinético o Trastorno de la Atención
LM	Lactancia Materna	TOD	Trastorno Oposicionista Desafiante
MADIs	Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil	VDI	Visita Domiciliaria Integral
NANEAS	Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud		



ÍNDICE

CAPÍTULO 3

3.	SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL	11
3.1.	COMPONENTES GENERALES DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL	13
3.1.1.	Historia Clínica o Anamnesis	14
3.1.2.	Examen Físico con Evaluación Segmentaria	15
3.1.3.	Ejes de Abordajes Diagnósticos	17
3.1.4.	Plan de Cuidados Integrales	18
3.1.5.	Derivación e Interconsulta	18
3.1.6.	Seguimiento y Monitoreo	18
3.2.	SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL POR EDADES	21
3.2.1.	Control de Salud Infantil en Recién Nacidos/as (menores de 28 días)	22
3.2.2.	Control de Salud Infantil y Consultas en Lactante Menor (2 a 5 meses)	49
3.2.3.	Control de Salud Infantil en Lactante Medio (6 a 11 meses)	72
3.2.4.	Control de Salud Infantil en Lactante Mayor (12 a 23 meses)	89
3.2.5.	Control de Salud Infantil en Preescolar (2 a 4 años)	103
3.2.6.	Control de Salud Infantil en Escolar (5 a 9 años)	123
3.3.	SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL EN SITUACIONES ESPECIALES	143
3.3.1.	Abordaje de Niños y Niñas Prematuros	144
3.3.2.	Abordaje de Niños y Niñas con Necesidades Especiales de Atención de Salud (NANEAS)	156
3.3.3.	Control de Salud Infantil al Ingreso de Niños y Niñas Prematuros	170
3.3.4.	Control de Salud Infantil al Ingreso de Niños y Niñas con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS)	176
3.3.5.	Consulta de Lactancia Materna en Niños y Niñas Menores de 6 meses	186
	REFERENCIAS	194

La supervisión de salud integral se considera la base del proceso de acompañamiento en la trayectoria de crecimiento y desarrollo de la población infantil. A través de los contactos sistemáticos de los equipos de salud con los niños, niñas y sus familias, se configura como una oportunidad para lograr los objetivos esperados.



CAPÍTULO 3

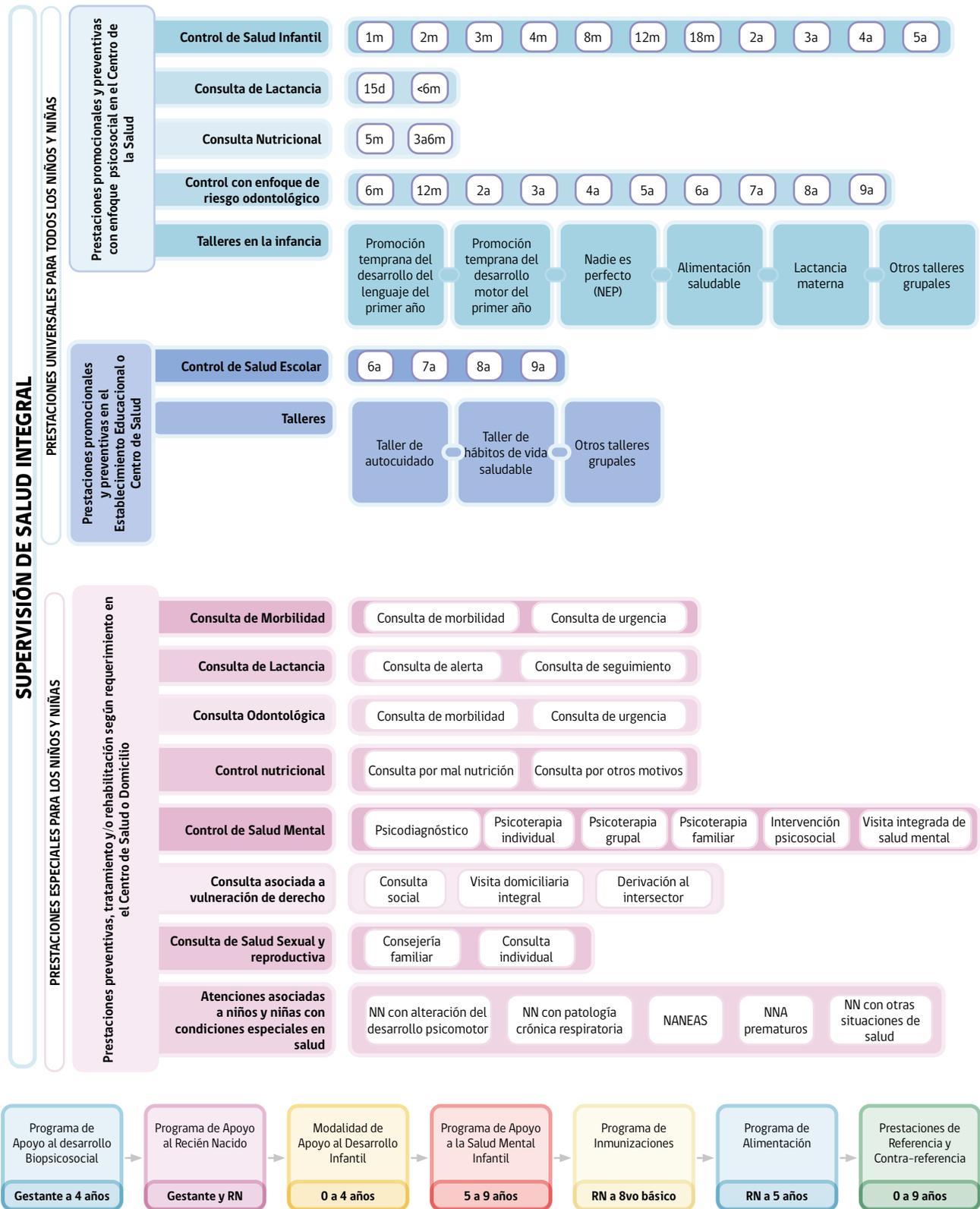
SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

A través de esta estrategia convergen todas las prestaciones y actividades de salud necesarias para un abordaje integral de los niños y niñas. Entre estas, se encuentran actividades que se realizan tanto dentro como fuera del establecimiento, involucrando de esta forma, a la familia y comunidad. Algunos ejemplos de estas actividades son (1):

- **Control de salud infantil** es la prestación eje de la supervisión integral, se realiza de manera secuencial y continua desde los 0 a los 9 años, lo que permite establecer una comunicación frecuente con los niños, niñas y sus familias. A través de ella, se pesquisan e intervienen oportunamente factores de riesgo para la salud infantil. Se supervisa el crecimiento, y se acompaña la trayectoria del desarrollo integral de los niños y niñas, actividades que se fortalecen con el Subsistema Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo.
- **Consulta nutricional** es una prestación de carácter promocional y preventiva, destinada a fomentar hábitos de alimentación saludables en los niños y niñas, a entregar guías anticipatorias y pautas alimentarias a las familias y a detectar factores de riesgo de malnutrición de manera oportuna.
- **Consulta de lactancia materna** es una prestación que puede ser de resolución inmediata o de seguimiento, la cual está destinada a apoyar y guiar a las madres, hijos o hijas y sus familias, en la instalación, mantención y recuperación de la lactancia materna.
- **Control con enfoque de riesgo odontológico (CERO)** se refiere al seguimiento realizado a través de controles de salud oral a niños y niñas menores de 10 años, con o sin patologías orales, para mantenerlos sanos y compensar en forma temprana a los que están enfermos.
- **Control de salud escolar** tiene como objetivo mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los factores de riesgo en salud más prevalentes en la población de 5 a 9 años 11 meses y 29 días, en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional.
- **Talleres en la infancia** están destinados a padres, madres y/o cuidadores para fortalecer las habilidades parentales, prevenir enfermedades, fomentar el desarrollo integral de niños y niñas y potenciar los factores protectores familiares. Utilizan metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando el aprendizaje, la expresión de emociones y el intercambio de experiencias entre pares.

A continuación, se detallan las prestaciones y programas vinculados a la supervisión integral de salud infantil (figura III-1).

Figura III-1. Prestaciones y programas vinculados a la supervisión de salud integral.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

Los aspectos y consideraciones que deben estar presentes en cada supervisión de salud se describen a continuación:

- **El cuidado en salud es un proceso continuo:** comienza desde la gestación, continúa con el nacimiento y prosigue en las etapas de recién nacido/a, lactante, preescolar y escolar a través de los controles de salud infantil en APS. 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 una de ellas tiene características que las hacen particulares e irrepetibles, razón por la que el control de salud debe considerar dichas características 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 familia, con el fin de lograr los mejores resultados. La atención debe ser diferenciada según los problemas, factores de riesgo y factores protectores detectados.
- **El niño o niña es parte de una familia:** cada persona forma parte de un sistema familiar, donde cada integrante cumple roles y funciones que se interrelacionan. Por ende, la condición de salud de una persona que pertenece al grupo familiar impactará en el resto de sus integrantes (enfoque sistémico).
- **El niño o niña es parte de un contexto social:** como se describió en el Capítulo 1, cada persona está vinculada con los determinantes sociales de la salud. Esto implica que las condiciones y el contexto en que las personas nacen, crecen y se desenvuelven, tienen un impacto en su salud y bienestar.
- **Cada control es una oportunidad:** las familias son unidades cambiantes y dinámicas, donde cada encuentro con el equipo de salud puede ser considerado un momento para establecer un vínculo con ellas, de manera de mantener un plan de trabajo, identificar potenciales riesgos, fortalecer factores protectores y realizar las intervenciones que sean pertinentes a cada familia.

El equipo de salud acompaña el proceso de crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas. Esto, por medio de un enfoque anticipatorio, promocional y preventivo, favoreciendo acciones dirigidas al desarrollo armónico de los niños y niñas en su comunidad, y empoderando a la familia en su conjunto en el cuidado integral de su salud.

3.1. COMPONENTES GENERALES DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

El control de salud infantil con enfoque integral es una oportunidad única, que permite a los profesionales de salud, en conjunto con la familia, realizar vigilancia al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas a través de su curso de vida, además permite conocer el entorno familiar y ambiental, evaluar el estado de salud y presencia de factores de riesgo, así como potenciar las habilidades parentales y otros factores protectores identificados. A través de la valoración y el diagnóstico de situaciones pesquisadas, el control de salud es un espacio en el que se efectúan acciones de prevención y promoción de salud, así como la aplicación de guías anticipatorias a la familia sobre diferentes temas relacionados al crecimiento y desarrollo de sus hijos e hijas, en base a una estructura de carácter transversal con enfoque de curso de vida.

Los aspectos generales de los Supervisión Integral de Salud Infantil son los siguientes:

- Historia clínica o anamnesis.
- Examen físico con evaluación segmentaria.
- Ejes de abordaje diagnósticos.
- Plan de cuidados integrales.
- Derivación e interconsultas.
- Seguimiento y monitoreo.

3.1.1. HISTORIA CLÍNICA O ANAMNESIS

Se entiende el desarrollo infantil como 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 se 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 se encuentra inserto. El resultado de este proceso, puede describirse en distintas áreas del desarrollo físico, cognitivo, emocional y social (2).

La anamnesis (valoración) consiste en la obtención de información para la historia clínica mediante preguntas al niño o niña y a su familia, con el objetivo de obtener información valiosa que permita evaluar el desarrollo integral de ellos y ellas.

Es importante iniciar la entrevista identificándose como profesional y saludar en forma agradable y apropiada a la edad del niño o niña y dirigiéndose a él o ella por su nombre. Al comenzar la historia clínica, se debe establecer cuál es el objetivo del control, y recoger las inquietudes y/o motivos de consulta, tanto de los cuidadores principales como del niño o niña, tan pronto como pueda contribuir a la anamnesis. Dichas inquietudes son medulares para orientar el examen físico y realizar las indicaciones (3).

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 (3).

Por otra parte, 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 ésta, deben tener una planificación o cierre en el momento de la entrega de indicaciones (3). Es importante, además, incluir al padre en todo el proceso de atención, tanto en la citación previa como durante el control, haciéndole preguntas o hablándole directamente, potenciando un rol activo de la paternidad. Así también, es fundamental involucrar al niño o niña en la entrevista, realizándole preguntas de acuerdo con su edad. Es recomendable mantener el respeto y la empatía al momento de abordar temas que conciernen a la intimidad del niño o niña.

La anamnesis tendrá distintos focos prioritarios acorde con el control a realizar. En general, es esencial que considere antecedentes del niño o niña y su familia de forma integral. Dentro de ésta, es fundamental evaluar: antecedentes de la gestación y del parto; patologías perinatales; aspectos de su vida diaria como la alimentación; estado nutricional previo; nivel de actividad física; hábitos de sueño y características y frecuencia defecatoria y miccional. Además, es importante consignar la exposición a pantallas, logros en relación al desarrollo integral, inmunizaciones recibidas, medicamentos de uso habitual y antecedentes familiares tales como muerte precoz, enfermedades crónicas y/o enfermedades con alto componente hereditario. Por otra parte, es fundamental abordar cualquier otra duda o preocupación que tengan los padres y/o cuidadores (3).

Se debe considerar además que el contexto familiar en el que el niño o la niña vive es un determinante importante para su estado de salud. Al respecto, 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 de la persona (4). Es por ello que el o la 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, o si alguno de los miembros tiene alguna enfermedad crónica, entre otros. Todos estos factores constituirán el contexto familiar y psicosocial del niño o la niña, el cual influenciará potentemente sus posibilidades de desarrollo y crecimiento.

Por otra parte, resulta relevante conocer si la familia pertenece a grupos de vulnerabilidad biopsicosocial, detectados por el Sistema de Protección Social como Chile Seguridades y Oportunidades (a través del registro social de hogares) o Chile Crece Contigo y si está recibiendo beneficios o las atenciones correspondientes.

También es importante revisar la ficha de salud del niño o niña, con el fin de otorgar continuidad al proceso de atención y dar seguimiento a potenciales factores de riesgo pesquisados previamente. Además, se recomienda indagar sobre el estado de salud del niño o niña y su familia en las últimas semanas previas al control.

3.1.2. EXAMEN FÍSICO CON EVALUACIÓN SEGMENTARIA

Posterior a la historia clínica, se debe realizar el examen físico. La observación del niño o niña, nos entrega importante información respecto de su estado de salud, crecimiento, nutrición, comportamiento, sociabilidad e interacción con sus cuidadores principales. Esta instancia es además una oportunidad para evaluar los logros alcanzados en el desarrollo psicomotor. Es importante no olvidar que se debe explorar especialmente aquellos hallazgos detectados en la anamnesis.

Cada profesional de salud debe crear un ambiente de confianza con el niño, niña y su familia, el cual se forma desde la primera interacción con ellos. El examen físico debe tener concordancia con la edad del niño o la niña que consulta. Debe ser, idealmente, una exploración cefalo caudal. En lactantes, se recomienda que el examen físico sea realizado mientras la madre, el padre o acompañante lo tiene en brazos o sentado en sus piernas, de esa forma es menos estresante para el infante y produce menos rechazo. Es importante recalcar que el o la profesional siempre debe ser respetuoso/a, utilizando el método más amigable posible.

Independiente 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.

Se sugiere comenzar con la observación y luego, si corresponde, proceder a la auscultación de áreas críticas (pulmonar y cardíaca), 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 considerar su asentimiento, y el profesional debe ser muy respetuoso con el pudor, 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 niño o niña a examinar, siempre el criterio 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 ésta solo se establece un estándar base de las actividades a realizar en la población infantil.

Es importante observar el aspecto general del niño o niña, el estado de conciencia, posición y grado de actividad, apariencia general de la hidratación, perfusión distal, facies, color de la piel, patrón respiratorio, voz, llanto, consolabilidad y afectividad.

- La inspección, antes de iniciar el examen, entrega valiosa información acerca de su estado nutricional, comportamiento y respuesta social, nivel de higiene y cuidado.
- En el examen físico general es importante, además, realizar la antropometría, el control de los signos vitales, y la toma adecuada de la presión arterial.

Evaluación segmentaria

Se debe evaluar los aspectos generales de todos los niños y niñas en el control de salud infantil, tales como la coloración de la piel y las mucosas, el pelo, las uñas, músculos y articulaciones en general.

- **Estado de conciencia:** la observación de su estado general se realiza desde que ingresan al box de atención. Un buen indicador de la función de la corteza cerebral es la Escala AVDI (alerta, voz, dolor e inconsciente) (5), que consiste en valorar 4 parámetros (tabla III-1).

Tabla III-1. Escala AVDI

ALERTA	Despierto, activo, responde correctamente a padres y al examinador.
VOZ	El niño responde SOLO a la voz (Ej.: al llamado por su nombre o al hablar en voz alta).
DOLOR	El niño responde solo ante estímulos dolorosos (Ej.: pincharle el lecho ungueal).
INCONSCIENTE	El niño no responde a ningún estímulo.

Fuente: American Heart Association y American Academy of Pediatrics, 2011 (5).

- **La observación de forma:** longitud y tamaño de las extremidades, posición ante el examen físico (indiferente, antiálgica, flexión etc.), dismorfias mayores y menores.
- **La observación neuromuscular:** evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos. En caso de lactante menor la evaluación de los reflejos es fundamental.
- **Piel y mucosas:** observar y describir erupciones o lesiones cutáneas, registrarlas en la historia clínica, y compararla con sus respectivas características anteriores. Evaluar la presencia de signos carenciales.
- **Cabeza y cuello:** tamaño, forma y posición. Evaluar suturas y fontanelas, registrar tamaño y características (según a la edad del infante). Palpar adenopatías cervicales y tiroides.
- **Cara:** forma, tamaño y simetría de toda la constitución de esta. Descartar rasgos genéticos menores (hipertelorismo, implantación baja de las orejas, etc.). La observación de ojos, orejas, nariz, cavidad oral y lengua, el cuidado de la piel, mucosas y dentición, según corresponda para cada grupo etario.
- **Tórax:** observar el tórax y sus movimientos. Valorar expansión torácica y simetría de la respiración, control de frecuencia por minuto y auscultación pulmonar. Hay que recordar que la respiración abdominal es irregular hasta aproximadamente los 12 meses de edad. En relación con el sistema cardiovascular, se debe realizar auscultación cardíaca, la cual se debe complementar con la palpación de pulsos, siendo importante constatar la frecuencia cardíaca por minuto.
- **Abdomen:** inspección, auscultación, percusión y palpación. En caso de la valoración de un RN, debe considerar el ombligo y la cicatrización del muñón umbilical.
- **Genitales:** observar genitales externos, evaluar tamaño, integridad de la piel, presencia de secreciones, fenómenos fisiológicos y estadio de Tanner. La evaluación genital y posteriormente la madurez puberal es una parte importante del examen físico. 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.
- **Extremidades:** evaluar integridad de la piel, perfusión, simetría o alteraciones en la forma, eje y alineación de ellas. Esta se debe realizar en la camilla y en marcha, para realizar evaluación biomecánica general.

3.1.3. EJES DE ABORDAJES DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico individual de cada niño y niña debe incluir cinco ejes de abordaje (figura III-2), los cuales se describen a continuación:

1. **Desarrollo integral:** el diagnóstico debe considerar la progresión y maduración de las diferentes áreas del desarrollo, para esto debe realizar una evaluación clínica, apoyada en la observación, entrevista, registros e instrumentos vigentes, así como la evaluación que realizan las madres, padres y/o cuidadores.
2. **Biopsicosocial:** se deben evaluar los factores de riesgos y factores protectores que impacten en la adquisición del máximo potencial de desarrollo y/o en el crecimiento saludable de cada niño o niña.
3. **Familiar:** incluye situación de la familia, el momento curso de vida familiar y problemas de salud biopsicosocial de los miembros de esta, que puedan afectar la salud y la trayectoria normal del desarrollo de niños y niñas.
4. **Nutricional:** definir el diagnóstico nutricional integrado de acuerdo con las orientaciones vigentes del MINSAL (6). Además, 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, perímetro cefálico y desarrollo puberal, cuando corresponda.
5. **Problemas de salud:** se detallan los problemas de salud detectados en orden de prioridad biomédica.

Figura III-2. Ejes de abordaje para el diagnóstico individual del niño o niña.



Fuente: elaborado por el Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

En el control de la diada, los diagnósticos difieren de los descritos anteriormente, dada las particularidades y necesidades en este período.

3.1.4. PLAN DE CUIDADOS INTEGRALES

De manera posterior al establecimiento de los distintos diagnósticos, se procede a priorizarlos de acuerdo con su gravedad o potencial impacto en la salud integral de niño o niña. Esto, con el fin de definir un Plan de Cuidados que permita abordar de manera congruente las situaciones detectadas. Si bien las acciones a implementar deben ser acordes a la evidencia científica y a los lineamientos emitidos por el Nivel Central, el Plan de Cuidados debe además ser afín a la realidad de cada núcleo familiar, considerando sus fortalezas y debilidades, con el fin último de velar por el Bien superior del niño o niña. Además, se deben considerar los recursos locales y el contexto del territorio donde se realiza la supervisión de crecimiento y desarrollo del niño o niña.

Para la salud integral de los niños y niñas es necesario, además, mantener la continuidad de los cuidados a través del rol del equipo de cabecera (7). De esta forma, el Plan de Cuidados se debe basar en una relación horizontal con la familia, que no se limite a la mera entrega de instrucciones, siendo parte de un acompañamiento continuo e integral en el cual se lleguen a acuerdos con los niños, niñas y sus familias, de manera de potenciar sus capacidades y habilidades y aumentar su autoeficacia en la entrega del cuidado. Son finalmente las familias las que tomarán las decisiones finales acerca del cuidado de los niños y niñas, y la influencia del equipo de salud en estas decisiones dependerá de la calidad de la relación que se establezca y de los recursos propios de cada familia (8).

3.1.5. DERIVACIÓN E INTERCONSULTA

El desafío de un sistema de redes integradas de los servicios de salud es relevante con el fin de lograr mejoras en la continuidad de la atención, el seguimiento de los usuarios y las derivaciones oportunas (9).

Cabe señalar que, el equipo de salud, a través del gestor de red, gestiona las medidas necesarias (administrativas y/o asistenciales) para mantener la coordinación de las redes integradas. La finalidad es que se dé continuidad a las derivaciones, referencias y contrarreferencias de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red. Por tanto, el sistema de referencia y contrarreferencia corresponde al conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud (9).

Finalmente, la coordinación de los equipos de salud entre los distintos niveles de la red de atención es fundamental para romper con la fragmentación administrativa, institucional y organizacional del sector salud. Esto permitirá avanzar en la integración de los servicios y en la continuidad de los cuidados, pudiendo responder con mayor resolutoriedad (9).

3.1.6. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Para el seguimiento y monitoreo, además de mantener la continuidad del cuidado con un equipo de cabecera, es necesario cumplir a cabalidad con el sistema de registro que se encuentre disponible en cada centro, de manera de monitorear la evolución y/o levantar alertas acerca de las distintas situaciones que puedan ser identificadas en cada niño, niña y su familia.

Figura III-3. Calendario de Supervisión de Salud Integral, 2021.

Recién Nacido/Nacida	Control de salud de la diada (antes de los 10 días)
	Control de salud infantil del primer mes
Lactante Menor	Control de salud infantil de los 2 meses
	Control de salud infantil de los 3 meses
	Control de salud infantil de los 4 meses
	Consulta nutricional de los 5 meses
Consulta de Lactancia	Consulta de alerta
	Consulta de seguimiento
Lactante Medio	Control de salud infantil de los 6 meses
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 6 meses
	Control de salud infantil de los 8 meses + evaluación del DSM
Lactante Mayor	Control de salud infantil de los 12 meses
	Control de salud con enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) de los 12 meses
	Control de salud infantil de los 18 meses + evaluación del DSM
Preescolar	Control de salud infantil de los 2 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 2 años
	Control de salud infantil de los 3 años + evaluación del DSM
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 3 años
	Consulta nutricional de los 3 años y 6 meses
	Control de salud infantil de los 4 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 4 años
	Control de salud infantil de los 5 años
Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 5 años	
Escolar	Control de salud infantil de los 6 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) y GES Salud Oral Integral de los 6 años
	Control de salud infantil de los 7 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 7 años
	Control de salud infantil de los 8 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 8 años
	Control de salud infantil de los 9 años
Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 9 años	
Controles Extras	Cada niño o niña puede tener más controles y consultas según sus necesidades de salud

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

3.2. SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL POR EDADES

La supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud, tiene como objetivos principales:

- Evaluar la salud integral.
- Acompañar la trayectoria del proceso de crecimiento y desarrollo individual.
- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir enfermedades o accidentes.
- Detectar en forma temprana y derivar oportunamente, situaciones que puedan afectar la salud y el desarrollo.
- Activar las redes y realizar seguimiento en caso de detectar factores de riesgo.

En cada control de salud, se debe revisar la historia clínica, realizar un examen físico, antropometría, establecer los diagnósticos antes descritos en esta norma y elaborar un plan de trabajo con los niños y niñas y su familia. Sin embargo, cada control tiene evaluaciones específicas dependiendo de los hitos del desarrollo en cada etapa del niño o la niña. Dichas especificaciones, son detalladas en las fichas de los controles de salud infantil por edades presentadas en este capítulo.

En Chile, un 78,7% de la población se encuentra afiliada al Fondo Nacional de Salud (FONASA). De forma puntual, alrededor de un 79% de la población menor de 10 años se encuentra dentro de este grupo (10). Es importante destacar que el 65,1% de la población inmigrante y el 63,3% de los NNA menores de 14 años nacidos en el extranjero, están afiliados a FONASA (11).

De acuerdo con los datos del Registro Estadístico Mensual (REM), para el año 2019, se realizaron en el sistema público 2.827.989 controles de salud en niños y niñas menores de 10 años. De estos, un 71,2% fue realizado por profesionales de enfermería, un 13,7% por profesionales médico/as y un 14,3% por matronas/es. Además, del total de población del país en control se realizaron 19.008 controles de salud a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de población SENAME durante el año 2019.

Al revisar la cobertura del control de salud infantil desde el año 2015 al 2019, se puede identificar un alza en los últimos 5 años, según la información DEIS 2019:

Tabla III -2. Cobertura del Control de salud de niños y niñas de 0 a 9 años, 11 meses y 29 días, años 2015 al 2019.

POBLACIÓN NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 0 Y 9 AÑOS	2015	2016	2017	2018	2019
Población Bajo Control: REM P2	1.116.076	1.134.444	1.137.597	1.161.056	1.162.064
Población Inscrita y validada: FONASA	1.808.003	1.805.424	1.606.409	1.671.547	1.636.409
% de niños y niñas entre 0 y 9 años bajo control respecto a la población inscrita y validada	61,7%	62,8%	70,8%	69,5%	71,0%

Fuente: DEIS, MINSAL, 2021 (datos extraídos marzo de 2021).

3.2.1. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN RECIÉN NACIDOS/AS (MENORES DE 28 DÍAS)

Los/las Recién Nacidos/as 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 concertada 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.



Es importante entender que la llegada de un nuevo o una nueva integrante a la familia suele ser un evento de felicidad, pero también puede transformarse en un momento de crisis normativa, en donde la familia se enfrenta a situaciones de estrés y cambios biopsicosociales. Deben adaptarse a cambios en la funcionalidad de cada miembro de la familia, a las necesidades del nuevo hijo o hija, y en algunos casos, también a las demandas de los hermanos mayores. Los padres y/o cuidadores deben construir o reconstruir su identidad y adecuarse a las nuevas exigencias y desafíos del rol, los que incluyen adecuaciones físicas, emocionales, intelectuales, sociales, entre otras.

En este contexto, los nuevos padres, madres y/o cuidadores deben ajustar el ambiente, sus rutinas y horarios a las necesidades de su hijo o hija, redireccionando sus energías. Es normal que muchas veces las personas adultas suelen sentirse sobrepasadas y agotadas en el período inicial (3).

Debido a la inmadurez fisiológica del sistema nervioso central de los recién nacidos/as, existen particularidades que deben ser consideradas. Es importante recordar a la madre y padre y/o cuidadores, que el/la RN posee todos los sentidos (aunque algunos más maduros que otros), los que utiliza para comunicarse y conectarse, por lo que es necesario que reciba estimulación adecuada y contacto frecuente y oportuno.

En relación con su desarrollo, en el Tabla III - 3 se explican los reflejos primitivos y su relación con algunos de los hitos del desarrollo infantil:

Tabla III - 3. Evaluación de Reflejos Primitivos del Recién Nacido y Lactante

Reflejos arcaicos	¿Cómo se realiza la evaluación?	¿Cuál es la respuesta normal?	¿Con qué hito del desarrollo se relaciona?	¿Qué puede indicar cuando se altera?	¿Cuál es la edad de aparición?	¿Cuál es la edad de desaparición?
Reflejo de Moro	<p>En supino, colocar al lactante sobre un pañal o manta y traccionar en forma súbita.</p> <p>O en supino levantar la cabeza del lactante (15°) y suavemente dejarla caer en las manos del examinador.</p> <p>También lo pueden provocar ruidos fuertes, tocar al lactante con la mano fría o de improviso, flash de una foto.</p>	<p>Extensión y luego flexión rápida y simétrica de brazos y piernas.</p> <p>Al progresar la maduración del Sistema Nervioso Central, desaparece primero la fase flexora.</p>	<p>Dado que es el reflejo de la inestabilidad postural del niño o niña, no puede coexistir con hitos que implican estabilidad, como la Coordinación Mano-Mano-Boca y menos aún con hitos posteriores como sedestación, gateo u otros.</p>	<p>Su alteración implica que el niño o niña tiene un control postural deficiente, como ocurre en las alteraciones neuromotoras (Parálisis Cerebral). En el desarrollo espástico se observa una respuesta incompleta, mientras que en el distónico está aumentada y persistente.</p>	<p>Recién nacido/a.</p> <p>Aproximadamente a las 32 semanas de gestación.</p>	<p>Con los estímulos descritos, no debería sobrepasar los 4 meses.</p>
Reflejo de Búsqueda	<p>Tocar una vez la mejilla desde la comisura hacia la oreja.</p>	<p>El lactante abre la boca, desvía la comisura y gira la cabeza, hacia el lado estimulado.</p>	<p>Es el reflejo que le permite al lactante buscar y encontrar la fuente de alimento.</p>	<p>Disminuido o ausente en la Parálisis Facial.</p> <p>Persistente en forma inespecífica en alteraciones neuromotoras.</p>	<p>Recién nacido/a.</p> <p>Como cadena de reflejos desde la 34 - 36 semanas de gestación.</p>	<p>Muy intenso el 1. mes, luego disminuye gradualmente. No debiera sobrepasar los 3 meses.</p>
Reflejo de Succión	<p>Poner el dedo (con guantes), sobre los labios, al centro, rozando suavemente.</p>	<p>Succión del dedo, con cierre bilabial, movimientos rítmicos de la mandíbula y ondulantes de la lengua.</p>	<p>Permite la alimentación del niño o niña y se traslapa en forma casi imperceptible con la succión voluntaria.</p>	<p>Está disminuido o ausente en las alteraciones del Sistema Nervioso Central (asfixia neonatal, lesiones severas). Si se asocia a una alteración de la deglución, es un signo de mal pronóstico del desarrollo neurológico.</p>	<p>Recién nacido/a.</p> <p>Desde muy temprano en la vida intrauterina, pero como cadena de reflejos orofaciales, desde las 34 semanas gestacionales.</p>	<p>3 - 4 meses, muy intenso el primer mes de vida, disminuye gradualmente y se sobrepone con la succión voluntaria aproximadamente a los 3 meses.</p>
Reflejo de Prensión palmar	<p>Se coloca el dedo en sentido transversal en la palma del lactante, sin tocar el dorso de la mano.</p>	<p>Fuerte flexión de todos los dedos de la mano, envolviendo al dedo del examinador.</p>	<p>Debe desaparecer para que el niño o niña pueda hacer transferencia (pasarse un objeto de una mano a la otra) y realizar el apoyo palmar.</p>	<p>Está anormal en el desarrollo de las alteraciones neuromotoras: aumentado o persistente en el desarrollo espástico, disminuido o ausente en el desarrollo distónico.</p>	<p>Recién nacido/a.</p> <p>Desde aproximadamente 16 semanas de gestación.</p>	<p>Muy intenso el primer mes de vida, disminuye gradualmente. Desaparece por completo poco antes de los 6 meses.</p>

<p>Reflejo de Prensión plantar</p>	<p>Tocar con un dedo en la planta del pie del lactante, en la mitad de la base de los orfejos, sin tocar el dorso del pie.</p>	<p>Flexión de todos los dedos del pie.</p>	<p>Debe desaparecer para que el niño o niña logre el apoyo plantar y así iniciar la marcha libre.</p>	<p>Similar al Reflejo de Prensión palmar, está anormal en las alteraciones neuromotoras, pero al revés. Está disminuido o ausente en el desarrollo espástico y aumentado o persistente, en el distónico.</p>	<p>Recién nacido/a. Desde aproximadamente las 20 semanas de gestación.</p>	<p>Muy intenso en los primeros 6 meses de vida, decrece paulatinamente a medida que va logrando el apoyo plantar. Desaparece poco antes de que logre la marcha libre (10 - 18 meses).</p>
<p>Reflejo de Marcha Automática</p>	<p>En posición vertical, tomado desde la región torácica (debajo de las axilas) y apoyando los pies del RN en una superficie, inclinar ligeramente hacia un lado, (importante aclarar a los padres que es sólo un reflejo, que debe desaparecer para que el niño o niña pueda caminar bien).</p>	<p>El RN realiza amplios movimientos de paso, como de astronauta, apoyando toda la planta del pie. Durante el primer mes hay también movimientos de los brazos, similares a los de las piernas (extensión y flexión ipsilaterales).</p>	<p>En este reflejo no hay disociación de las extremidades, por lo que no puede coexistir con aquellos hitos que la requieran, como el giro coordinado o la marcha libre.</p>	<p>En las alteraciones neuromotoras está aumentado o persistente en el desarrollo distónico, disminuido o ausente en el espástico.</p>	<p>Recién nacido/a. Desde aproximadamente las 32 y 34 semanas gestacionales.</p>	<p>Muy intenso en período de RN, y luego desaparece rápidamente. Dura hasta aproximadamente las 4 a 6 semanas.</p>
<p>Reflejo de Galant</p>	<p>Con una mano tomar al lactante en suspensión ventral en el aire (cerca y arriba de la camilla), pasar suavemente el dedo, de forma vertical a 1 cm de la línea media, iniciando desde el ángulo de la escápula hasta la cresta ilíaca.</p>	<p>Se incurva el tronco hacia el mismo lado que se estimuló. En los primeros meses, respuesta muy intensa, que incluye movimientos de las extremidades, flexión del lado estimulado, extensión del lado contrario (similar a lo que ocurre en la Marcha Automática).</p>	<p>Dado que es un patrón de respuesta global, sin disociación, no puede coexistir con el giro coordinado, que a su vez es un precursor de la marcha libre.</p>	<p>Respuesta anormal en las alteraciones neuromotoras, aumentado o persistente en el desarrollo distónico, disminuido o ausente en el desarrollo espástico.</p>	<p>Recién nacido/a. Desde aproximadamente las 32 y 34 gestacionales.</p>	<p>Desaparece gradualmente, muy intenso en los primeros meses, desaparece alrededor de los 4m.</p>

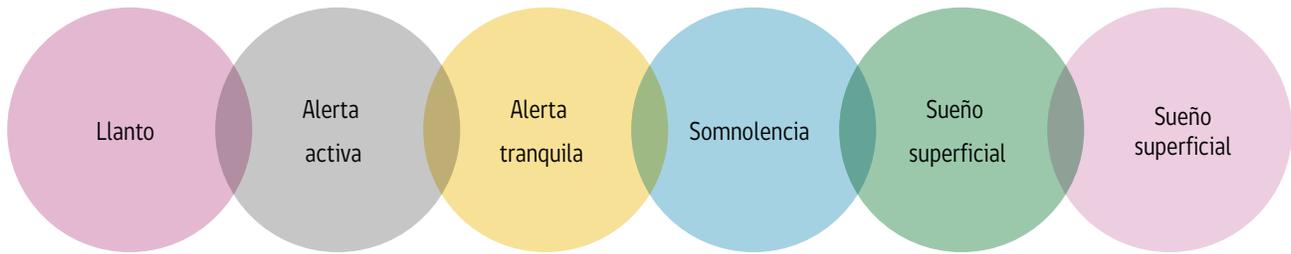
<p>Postura del Esgrimista</p> <p>(Nota: no utilizar el concepto de reflejo Tónico Nucal o Cervical Asimétrico)</p>	<p>Observar al RN o lactante, en supino, cuando mira algo, cuando ya logra la fijación y seguimiento visual.</p>	<p>No es un reflejo.</p> <p>Al mirar algo que le llama la atención, gira la cabeza hacia ese lado, extiende el brazo y pierna ipsilateral y flexiona las del lado contrario.</p> <p>Al taptarle la vista, se desarma el patrón.</p> <p>La posición de las extremidades es en rotación externa, flexión y extensión sueltas, manos sueltas.</p> <p>Puede hacerla a ambos lados.</p>	<p>Se produce cuando aún no logra mantener la cabeza en la línea media, cuando no tiene control cefálico y todos los hitos que lo implican: Coordinación. mano-mano-boca, giro, sedestación, marcha, etc.</p>	<p>Persiste cuando el RN no logra girar la cabeza libremente y/o mantenerla en la línea media.</p> <p>Persiste en las alteraciones neuromotoras, en un patrón alterado (mano en puño, rotación interna, extensión o flexión rígidas).</p>	<p>Aparece alrededor de las</p> <p>4 - 6 semanas de vida, cuando logra la fijación y seguimiento visual.</p>	<p>Desaparece poco antes de los 3 meses.</p>
<p>Reacción de Paracaídas anterior</p>	<p>Se toma al lactante por la cintura y se proyecta hacia adelante (sin soltarlo).</p>	<p>Reacciona extendiendo rápidamente los brazos y apoyando las palmas, para protegerse de la caída.</p>	<p>Implica que el lactante es capaz de percibir el cambio postural y adaptarse a él. Paralelamente, logra el apoyo palmar.</p> <p>Debe ser una repuesta simétrica de ambas manos.</p>	<p>Se retrasa en los niños y niñas con alteraciones neuromotoras y/o aparece en patrón alterado, con las manos insuficientemente abiertas.</p> <p>También se retrasa en los lactantes ciegos y en aquellos con un pobre nivel cognitivo.</p>	<p>Desde aproximadamente los 6 meses de vida.</p>	<p>No desaparece, dura toda la vida.</p>

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en colaboración con Dra. Verónica Delgado, Neurofisiatra Infantil, Hospital Carlos Van Buren, 2021 (118) .

Es importante que los/las profesionales de salud refuercen en las madres, padres y/o cuidadores la importancia de reconocer, interpretar y responder adecuadamente a las diferentes manifestaciones de malestar o estrés que el/la RN pueda expresar. Deben ser educados y habilitados en estrategias efectivas y oportunas de consuelo y vinculación, como cargar al niño o niña en brazos, favorecer el porteo, intencionar periodos de contacto piel con piel, amamantar a libre demanda, entre otras, desmitificando que por estas acciones pueden «malcriar al niño o niña».

Asimismo, es importante que los/las profesionales de la salud puedan fomentar la comprensión de los diferentes estados de conciencia durante el primer mes del recién nacido/a, favoreciendo la interacción, comunicación y estimulación entre el adulto significativo y el niño o niña, durante los períodos de alerta tranquila.

Figura III-4. Estados de conciencia del recién nacido/a.



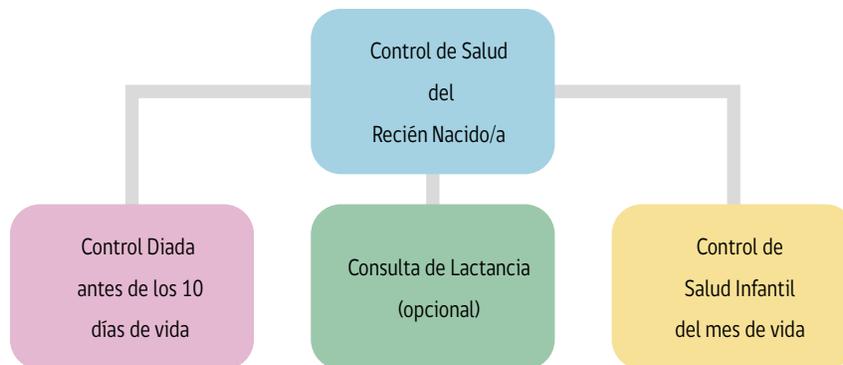
Fuente: elaborado por el Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

En este primer mes de vida, es especialmente importante acompañar a la madre en su lactancia materna y poder acogerla de manera inmediata ante cualquier consulta por dificultades relacionadas. Generalmente, los problemas de lactancia (mal acople, dolor) se inician tempranamente y pueden desalentar a una madre a continuar con la lactancia materna exclusiva si no recibe apoyo y solución oportuna, razón por la cual, ante cualquier consulta o duda de esta índole en los primeros días, debe ser considerada una consulta de urgencia.

En el primer control, la participación del padre suele ser mayor, por lo que es un buen momento para reforzar la importancia de su asistencia a los siguientes controles de salud y reforzar su rol clave y único en la crianza y cuidado de los hijos e hijas en el contexto familiar. Durante el control de salud se le debe realizar preguntas directas respecto a las acciones de cuidado que realiza e incluir en la educación. Cuando no exista un padre en la familia, es de gran importancia identificar otra figura de apoyo para involucrarle precozmente en la supervisión de salud integral los controles de salud. Se debe registrar en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM), la asistencia del acompañante al control.

Durante este primer período, se deben realizar dos controles de salud infantil de acceso universal y una consulta de lactancia según factores de riesgo y problemas detectados.

Figura III-5. Supervisión de Salud del Recién Nacido/a.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

3.2.1.1. CONTROL DE SALUD DE LA DÍADA

Período	Ideal		Tardío	
	Antes de los 10 días de vida (Idealmente entre las 48 y 72 horas post alta)		Entre 11 a 28 días de vida	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar integralmente el crecimiento, desarrollo y adaptación al entorno del recién nacido/a. • Evaluar integralmente a la madre y el bienestar e interacción familiar. • Evaluar los riesgos biopsicosociales, realizar activación de redes y seguimiento. • Evaluar la instalación de la lactancia materna. • Formular los diagnósticos correspondientes al control de salud. • Fomentar la corresponsabilidad en la crianza, cuidados, salud y desarrollo del niño o niña. • Reafirmar el vínculo de la familia con el Centro de Salud. • Entregar contenidos promocionales y preventivos concordantes con el período. 			
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Matrn/a o Médico/a. 			
Instrumento o herramienta	<ul style="list-style-type: none"> • Pauta de factores de riesgo biopsicosocial (anexo 1). • Score riesgo de morir por neumonía (anexo 22). 			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
60 minutos	Universal	Díada	<ul style="list-style-type: none"> • Libro Descubriendo juntos. • Cuaderno de Salud de niñas y niños entre 0 y 9 años • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niña.</p>	Módulo: Primer Control de Salud Infantil (ingreso)
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la pauta EPsA (aplicada durante la gestación) y plan de trabajo durante el embarazo. En caso de contar con EPsA alterado revisar monitoreo de acciones realizadas por la red social y salud, en módulo Gestión y Administración de acciones, acción gestante, en SRDM. Aplicar pauta de factores de riesgo biopsicosocial para niños y niñas. • Aplicar pauta de factores de riesgo biopsicosocial para niños y niñas y registrarla en SRDM. • Revisar Inscripción en el Registro Civil. • Si la familia recibió un set de implementos del Programa de apoyo al recién nacido (PARN). • Si le han aplicado la Ficha de Protección Social (FPS) y si recibe Subsidio Único Familiar (SUF). 			
Antecedentes de la gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Consignar problemas de salud durante la gestación y resultados de exámenes de rutina y vacunación dTpa e Influenza • Consignar uso de fármacos y/o suplementos durante el embarazo. • Evaluar cambios mamarios durante la gestación. • Indagar si la madre recibió GES "Salud Oral Integral de la Embarazada" y educación en prevención de enfermedades bucales, recordar que puede terminar su tratamiento hasta 15 meses después de la primera atención. • Indagar sobre enfermedades de base de la madre (considerar salud física y psicológica). • Indagar respecto a la experiencia de embarazo de la madre y su pareja. 			

Antecedentes del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre tipo de parto, cuidados proporcionados durante el trabajo de parto y complicaciones asociadas. • Conocer diagnósticos del RN durante y al momento del alta hospitalaria. • Explorar sobre antecedentes relevantes de la adaptación al medio extrauterino tales como: Evolución clínica durante la estadía hospitalaria, Exámenes de laboratorio realizados, necesidad de reanimación inicial o avanzada y puntaje APGAR. • Preguntar sobre datos antropométricos del nacimiento, y su adecuación para la edad gestacional del RN. • Preguntar sobre realización de contacto piel con piel y lactancia materna durante la primera hora de vida. • Valorar acompañamiento del padre o de una persona significativa durante el parto. • Preguntar sobre la experiencia de parto de la madre y su pareja.
Antecedentes de la hospitalización y alta	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar curva de peso: porcentaje de baja, incremento de peso diario, recuperación de peso de nacimiento. • Consignar si el/la RN recibió algún líquido distinto a la leche materna. • Evaluar inicio de la lactancia materna: producción de leche, frecuencia, duración de las tomas y problemas percibidos. • Evaluar cumplimiento de las indicaciones del alta de la maternidad. • Indagar estado de salud y problemas de salud del RN y de la madre en esta etapa. • Verificar que al RN se le efectuaron en la maternidad los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje de hipotiroidismo congénito (TSH). - Evaluación auditiva (EOA, si el nacimiento se realizó en el hospital con procedimiento instalado). - Toma de muestra de screening de fenilcetonuria (PKU). - Vacuna BCG. - Vacuna Hepatitis B.
Experiencia de los padres y/o cuidadores con el RN	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntarle a la familia sobre su estado emocional y capacidad de adaptación a la nueva etapa. • Evaluar instalación de rutinas y hábitos de autocuidado en los padres y/o cuidadores (alimentación, descanso, hidratación, etc.). • Indagar sobre preguntas e inquietudes respecto al cuidado y salud del RN. • Indagar si existe una red de apoyo y si la madre tiene alguna figura de apoyo en la crianza. • Indagar sobre el estilo de crianza y habilidades parentales, disposición al consuelo efectivo y al contacto físico. • Observar las actitudes de cariño de los padres y acompañantes con el niño o niña (esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla) y su disposición al amamantamiento/alimentación. • Evaluar la coresponsabilidad en los cuidados, en la crianza, en la lactancia materna y en entregar apoyo a la madre (psicológico y práctico).
Temas de salud específicos del RN	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar hábitos de alimentación: tipo de alimentación, frecuencia, factores que pueden interferir en la instalación de la LM, técnica de lactancia y transferencia de leche. • Evaluar diuresis: cantidad, frecuencia y color. Descartar presencia de cristales de urea y pseudomenstruación en el pañal. • Evaluar deposiciones: cantidad, frecuencia, color y consistencia. Descartar presencia de sangre en deposiciones o color blanco de las mismas (sospecha de atresia biliar, anexo 15). Preguntar por eliminación de meconio en las primeras 24 horas de vida. • Evaluar sueño y nivel de actividad en el RN. Preguntar sobre posición para dormir, lugar y abrigo. Atención con factores de riesgo de muerte súbita. • Preguntar sobre aseo diario, muda y aseo del cordón, frecuencia y productos. • Indagar sobre condiciones que favorecen la termoestabilidad del recién nacido tales como: número de prendas utilizadas y condiciones de habitabilidad en donde duerme el recién nacido. • Indagar acerca de la forma de transporte que utiliza y, si corresponde, acerca de uso de Sistema de Retención Infantil (SRI) y de seguridad en el hogar.

<p>Temas de salud específicos de la madre en periodo de puerperio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado general: descanso, alimentación, hidratación. • Evaluar estado emocional: nivel de estrés, labilidad, bienestar general, disponibilidad de figuras de apoyo. • Evaluar el bienestar físico de la puérpera: realizar examen físico y segmentario y todas las acciones consideradas en control de puerperio. Poner especial atención en aspectos relacionados a patologías o factores de riesgo que se desprenden de su experiencia de parto y del inicio de lactancia materna. • Consultar acerca de situaciones de salud particulares de la puérpera que se hayan presentado en este período.
<p>EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO O RECIÉN NACIDA</p>	
<p>Antropometría</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla. • Evaluar peso. • Evaluar perímetro craneano, determinar si existe sospecha de macrocefalia (corregir por talla) o de microcefalia. • Se aconseja por comodidad del RN dejar para el final esta evaluación.
<p>Evaluación general</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad, color de la piel y mucosas). • Evaluar estado de conciencia y nivel de actividad. Y considerar la evaluación de signos vitales. • Descartar malformaciones evidentes, por ejemplo: polidactilias o sindactilias.
<p>Evaluación neurológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar presencia de reflejos arcaicos: Moro, prensión palmar y plantar, marcha automática, búsqueda, etc. • Evaluar reflejo de succión, fuerza y funcionalidad. • Evaluar: tono muscular, descartar hipotonía o hipertonia marcada. • Inspeccionar: postura, descartar asimetrías evidentes. • Evaluar: tipo de llanto y consolabilidad.
<p>Evaluación de piel y fanéreos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar indemnidad e hidratación • Evaluar ictericia y su extensión. • Inspeccionar la presencia y extensión de eritema, hemangiomas o nevos. Describir apariencia, tamaño y ubicación en ficha clínica. • Inspeccionar la presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar presencia de dermatitis.
<p>Evaluación de cabeza y cuello</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar asimetrías del cráneo (plagiocefalia, braquicefalia, escafocefalia), cabalgamiento de suturas (normal hasta los 7 días) y signos de craneosinostosis (cierre prematuro de suturas). • Evaluar presencia de deformaciones plásticas (cefalohematomas y bolsa serosanguínea). • Palpar fontanelas: presencia, tamaño y tensión (deprimidas o abombadas). • Palpar ganglios. • Evaluar en zona auriculares presencia de papilomas y fistulas preauriculares (derivar a médico/a).
<p>Evaluación oftalmológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección general de la apariencia y simetría. • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Descartar estrabismo permanente. • Fijación de mirada.
<p>Evaluación de la cavidad oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua, piso de boca, frenillos labiales, mucosos y frenillo lingual. • Descartar dientes perinatales y candidiasis bucal. • Palpar indemnidad del paladar. • Evaluar reflejos de succión-deglución, coordinación, fuerza y funcionalidad.
<p>Evaluación cardio-pulmonar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Auscultación cardíaca: buscar soplos cardíacos, ritmo irregular, signos de insuficiencia cardíaca y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos).

Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar callo óseo en clavícula o dolor a la palpación. • Palpar distensión abdominal. Si presentara distensión abdominal e ictericia tardía derivar a médico/a de urgencia para descarte de atresia biliar. • Descartar masas palpables. • Descartar visceromegalia y hernias (especialmente umbilicales e inguinales). • Examinar si el muñón umbilical está presente o ausente y examinar la base del mismo buscando signos de infección (eritema, mal olor o secreción purulenta).
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar presencia de fosita pilonidal o signos sugerentes de defectos de cierre de neuroporo anterior o posterior (manchas, hemangiomas, fositas, etc. en la línea media dorso-lumbar). • Caderas: limitación en la abducción, signo de Galeazzi, evaluación con técnica de Ortolani y Barlow. • Extremidades: asimetrías en movimiento o fuerzas, malformaciones, movimientos espontáneos. • Evaluar simetrías en la fuerza y postura. • Factores de riesgo de displasia de caderas (derivar a médico/a).
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar que el ano esté perforado y que su ubicación sea normal. • Observar indemnidad de la piel (ausencia de dermatitis del pañal). • Genitales con caracteres claros femeninos o masculinos. • Caracteres Sexuales Femeninos: descartar clítoris hipertrófico, sinequia. • Caracteres Sexuales Masculinos: palpar presencia de ambos testículos en escroto (descartar criptorquidia) y descartar hipospadia o epispadia. Descartar aumento de volumen escrotal, reductible con transluminación negativa (sospecha de hernia), diferenciándolo de hidrocele fisiológico. • Evaluar diuresis: cantidad, frecuencia y color. Detectar presencia de cristales de urea y pseudomenstruación en el pañal. • Evaluar deposiciones: cantidad, frecuencia, color y consistencia. Descartar presencia de sangre en deposiciones o color blanco de las mismas (sospecha de atresia biliar).
MADRE	
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar acerca del bienestar psicoemocional de la madre desde la llegada del RN. • Evaluación del estado general de la madre (estado de conciencia, piel y mucosas). • Evaluar signos vitales (pulso, temperatura y presión arterial). • Evaluar régimen alimentario, estado nutricional, peso. • Evaluar evolución del dolor postparto. • Evaluar frecuencia y características de la diuresis y deposiciones. • Evaluar involución uterina. • Evaluar herida quirúrgica en caso de parto por cesárea. Realizar curación y/o extracción de puntos cuando corresponda. • Revisar extremidades inferiores en búsqueda de edema o várices. • Evaluar indemnidad de genitales externos y zona perianal. Evaluar estado de episiorrafia si corresponde. Observar características de loquios.
LACTANCIA MATERNA	
Aspectos generales de la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar factores de riesgo y factores protectores para el éxito de la lactancia materna. • Indagar en torno a la decisión y autoeficacia de la madre en torno al proceso de lactancia.
Técnica de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la posición de la madre y del RN, acople profundo y asimétrico de la mama, succión y transferencia de leche. • Evaluar grado de vaciamiento y estado del pezón al desacople.
Examen de mamas	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el estado general: descartar enrojecimiento local y congestión. • Evaluar el estado del pezón: descartar heridas, grietas u otras lesiones. • Indagar por problemas percibidos por la madre (dolor, baja producción de leche, etc.)

DIAGNÓSTICOS

- Incremento ponderal desde alta hospitalaria (adecuado/lento/sin incremento/pérdida de peso y porcentaje).
- Lactancia materna (instalada/en vías de instalación/con o sin dificultades).
- Problemas de salud detectados en el RN.
- Problemas de salud detectados en la madre.
- Pesquisa de riesgos biopsicosociales en la madre y/o niño o niña.
- Otros problemas detectados.

INDICACIONES, RECOMENDACIONES Y ACUERDOS GENERALES DEL CONTROL DE LA DÍADA

Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Amamantar de forma frecuente y efectiva (alrededor de 8 a 12 veces en 24 horas), cada vez que crea que el niño o niña lo necesite (educar sobre signos tempranos de hambre y libre demanda) (12). <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar el agarre profundo y asimétrico de la mama, considerando la areola y no sólo el pezón. - Educar que, en cada toma, se debe ofrecer de un pecho hasta vaciarlo y luego el otro. • Desincentivar el uso de chupete al menos hasta que la lactancia esté bien instalada (generalmente al mes de vida). Luego, el uso es opcional, sin embargo, debe ser usado de manera ocasional, incentivando otras herramientas de consuelo. • Informar a la madre sobre grupos de apoyo de pares en la comunidad. • Informar a la familia sobre instancias de apoyo a la lactancia (consultas de lactancia, talleres) y cómo acceder ante problemas o dudas.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar administración de vitamina D 400 UI al día. Número de gotas varía según marca comercial.
Cuidados del RN	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de apego y vínculo, acoger y calmar al/el RN cada vez que manifieste malestar (los niños y niñas manifiestan su malestar de diferentes formas tales como: quejidos, expresiones faciales, incomodidad corporal, etc., el llanto es una más de estas expresiones), educar sobre técnicas de consuelo efectivo. Promover llevar en contacto piel con piel cuando sea posible, fomentar el uso del Mei-tai. • Fomento de sueño seguro, prevención de muerte súbita y muerte por aplastamiento. El niño o niña deben dormir en la habitación de sus padres hasta el año de vida. La posición debe ser de espalda, en una superficie firme (sobre un colchón), sin almohadas, con los brazos descubiertos, evitando sobreabrigar, sin gorro. Reforzar el correcto uso de la cuna. • Baño, puede ser aún en presencia del cordón umbilical usando agua entre 35 °C y 37 °C (tibia). El jabón no es necesario a esta edad y si se usa debe ser neutro, sin perfumes, en pequeña cantidad y de uso ocasional. No es necesario que el baño sea diario. • Muda frecuente, realizar limpieza con agua y/o aceite, evitar uso de toallas húmedas y jabón. • Aseo del cordón umbilical no debe quedar cubierto por el pañal (dejar al aire), sólo por ropa del algodón. Se debe mantener limpio y seco. El uso de alcohol se reserva sólo cuando las condiciones ambientales del hogar no sean las adecuadas (hacinamiento, dificultad de acceso a agua potable y al lavado de manos), ya que el uso de antisépticos retrasa su caída (13). • Cuidado de la piel, no exponer al sol y no aplicar bloqueador. • Limar las uñas idealmente cuando esté dormido con lima de grano fino. • Indicar el procedimiento para registro en el Registro Civil, cuando sea necesario. • Indicar cómo utilizar el Material Educativo entregado. • Reforzar la utilización de materiales del Programa de apoyo al recién nacido (PARN): cartillas educativas, bolso, ropa, aceite para masajes, cojín de lactancia, etc. según nota metodológica correspondiente. • Reforzar lectura del Material: Descubriendo Juntos: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/03/Descubriendo-Juntos.pdf. El cual abarca todos estos contenidos.

<p>Estimulación y acompañamiento del desarrollo integral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acudir siempre al llanto y/o diferentes manifestaciones de malestar del RN, y consolar efectivamente. • Explicar al padre, madre y/o cuidadores, que el/la RN consolados rápida 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. Así como, favorece el establecimiento del vínculo seguro de apego. • Explicar la importancia de leer e interpretar las señales del RN, verbalizando lo que los padres creen que sienten y verbalizando las acciones que realizarán con él/ella. Por ejemplo: «Pedro, creo que estás incómodo porque tienes el pañal sucio. Ahora te voy a mudar». • Educar a la familia respecto a actividades de estimulación de las diferentes áreas del desarrollo del RN, puede leer y usar material de Chile Crece entregado en el control.
<p>Guías anticipatorias: Cólicos del lactante</p>	<p>Educar en los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muchos/as RN 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 niños o niñas 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 (Revisar material educativo Chile Crece Contigo, sobre manejo respetuoso de los cólicos y manejo respetuoso del llanto). • Los/las RN perciben el estado emocional de la madre, padre o cuidador significativo, por lo que es probable que si los adultos manifiestan estrés o malestar psicoemocional, los/las RN estén más irritables o inconsolables (“contagio emocional”). • De todos modos, si la familia percibe que su hijo o hija llora de forma inconsolable o de manera preocupante, deben consultar al centro de salud.
<p>Guías anticipatorias: Hipo y reflujo gastroesofágico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la familia respecto a los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa (14,15): • Hipo o singulto: es frecuente que los/las RN y lactantes. Se produce por contracciones del diafragma con el frío o con la alimentación. En algunas ocasiones puede estar asociado a llanto. • Reflujo gastroesofágico: es un proceso fisiológico que consiste en regurgitación sin esfuerzo muscular y se debe a inmadurez del esfínter gastroesofágico. Comienza a disminuir desde los 6 meses y desaparece antes de los 18 meses. Evitar realizar muda o acostarlo inmediatamente después de la alimentación, revisar que la ropa no comprima la zona abdominal.

<p>Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a factores de riesgo de contraer enfermedades, considerando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos frecuente con agua y jabón. - No estar en contacto con personas con enfermedades contagiosas. - No exponer al humo del cigarrillo. Nunca fumar dentro de la casa. Si se realiza en el exterior, cambiar de ropa y realizar lavado de manos y rostro. - No exponer a sistemas de calefacción contaminantes (parafina, leña), idealmente utilizar estufas eléctricas y si no es posible abrigar al RN (evitando el sobre abrigo). - Evitar asistir a lugares cerrados concurridos o con mala ventilación. 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). • Educar respecto a factores de riesgo de accidentes, considerando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - No beber líquidos calientes con el niño o niña en brazos. - Prevención de muerte súbita y aplastamiento: correcta posición al dormir y correcto uso de la cuna. - No poner alfileres de gancho en su ropa, cuerdas, collares o pulseras que pueden enredarse en su cuello o muñecas y provocar lesiones. • Educar respecto al traslado de los niños y niñas, según pertinencia: <ul style="list-style-type: none"> - Correcto uso del mei tai y/o coche (siempre fortaleciendo el uso del Mei tai). - Sistema de Retención Infantil (SRI): <ul style="list-style-type: none"> • El SRI debe ser de uso permanente, a contramarcha, considerando que el asiento central es más seguro si se puede instalar adecuadamente. • Evitar exceso de abrigo para la correcta sujeción del arnés. • Considerar que, si el acompañante adulto va al lado en el asiento trasero, debe usar cinturón de seguridad al igual que el conductor. • Fomentar el uso de teléfonos de emergencia y ayuda: <ul style="list-style-type: none"> - Fonoinfancia 800 200 818 en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas. - Salud responde 600 360 7777 en caso de dudas o necesidades de orientación (incluyendo urgencias) en relación con la salud del niño o niña. • Sitio web de Chile Crece Contigo www.crececontigo.gob.cl para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar "consulta a expertos" en diversas áreas. • Acudir al Servicio de Urgencia: ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar, que debe estar limpia y seca, siendo normal hasta 37,5°C), decaimiento importante o irritabilidad no consolable, rash cutáneo, tos, dificultad respiratoria (cianosis, aleteo nasal, retracciones intercostales, quejido), apnea 20-30 segundos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos o según necesidad.
<p>Derivaciones y/o exámenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frente a la detección de factores de riesgo para la instalación exitosa de la lactancia materna, derivar a Consulta de Lactancia, con carácter de urgencia indicando acciones realizadas y plan de intervención. • Derivar a control de salud del mes con médico/a.

BANDERAS ROJAS AL CONTROL DE LA DÍADA

Es fundamental que aquellos/as RN y/o madres que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendido/a por el/la 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.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Incremento ponderal menor a 20 gr/día	<ul style="list-style-type: none"> • Después del parto, es normal que los/las RN pierdan hasta el 10 % del peso hasta el tercer a cuarto día de vida y que al quinto día inicien el aumento de peso, para recuperar el peso de nacimiento entre los 10 y 15 días de vida (16). En RNpT es diferente y se estima que pierdan entre un 12 a 15%. • En el caso de niños y niñas nacidos por cesárea, es importante considerar la relación de la administración de líquido con la pérdida de peso de los RN. • Si en el control de la díada el niño o niña no ha subido de peso en relación con el peso al alta de la maternidad, evaluar sus condiciones generales en aspectos tales como: tono, actividad, hidratación, cantidad de pañales (cantidad y calidad de diuresis y deposiciones). • Si el/la RN se observa en buenas condiciones y se evidencia transferencia de leche en el control de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar técnica de lactancia. - Derivar a consulta de lactancia. • Si el/la RN tiene signos clínicos de deshidratación leve a moderada: <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar el acople (acople asimétrico y profundo), evaluar transferencia de leche. - Evaluar problemas en el establecimiento de lactancia. - Educar respecto a la técnica de lactancia: ✓ 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 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. ✓ Si existe hipotonía o succión débil, aconsejar dar apoyo a mentón con mano de bailarina y realizar compresiones mamarias. <ul style="list-style-type: none"> - Suplementar con leche materna extraída. Si lo anterior no es posible por alguna causa médicamente justificada, utilizar fórmula de inicio. - Derivar a consulta de lactancia materna en las 48 a 72 horas posteriores. • Si el niño o niña presenta signos de deshidratación severa, derivar a servicio de urgencia.
Signos de riesgo de hipoglicemia	<ul style="list-style-type: none"> • Ante síntomas y signos como temblor, sudoración, irritabilidad, palidez, taquipnea, llanto débil o anormalmente agudo, hipotonía, dificultades para la alimentación en un niño o niña con buena ingesta previa, alteración en el nivel de conciencia (letargo, coma), convulsiones (17). Derivar a Servicio de Urgencia.
Problemas de lactancia	<p>En ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indagar en 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 consulta de lactancia materna. • Educar respecto a la técnica de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado. • Derivar a médico/a en caso de requerir diagnóstico y tratamiento.
Presencia de Ictericia	<p>Ictericia bajo las rodillas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar de manera urgente para cuantificación de niveles de bilirrubina y evaluar la necesidad de fototerapia. • Considerar control para evaluar progresión según cada caso (anexo 14).

Presencia de frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar técnica de lactancia y transferencia de leche. • Examinar mama en búsqueda de lesiones asociadas. • Evaluar derivación a odontólogo/a o especialista (odontopediatra, cirujano infantil, cirujano maxilofacial).
Presencia de dientes perinatales o neonatales	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a odontólogo/a para evaluación y eventual tratamiento.
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico: los episodios de reflujo se asocian con complicaciones como esofagitis, compromiso nutricional con pérdida de peso, complicaciones respiratorias, irritabilidad, rechazo a las tomas de leche e hiperextensión cervical. En caso de sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico se debe derivar a médico/a. • Derivar a Servicio de urgencia: si existe inicio precoz antes de las 2 semanas de vida. Vómitos persistentes, vómitos en proyectil, vómitos biliosos. Distensión abdominal marcada, signos peritoneales. Mal incremento ponderal/rechazo alimentario persistente. Hematemesis o rectorragia/hematoquecia. Signos neurológicos (fontanela abombada, convulsiones, alteración de conciencia). Hepatoesplenomegalia asociada a síntomas sistémicos: fiebre, deshidratación y/o compromiso del estado general.
Sospecha de Neurofibromatosis Tipo I o Esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. • Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sécil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). • Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). • Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centrofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Sospecha de fisura labiopalatina	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar con urgencia a médico/a para confirmación o descarte diagnóstico. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 15 días siguientes, por sospecha de enfermedad GES (Ver “Guía clínica fisura labiopalatina” (18)).
Presencia de candidiasis oral	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación y tratamiento.
Colecho inseguro	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que la familia haya decidido practicar colecho, se debe educar respecto a la inseguridad y riesgo de morir por aplastamiento y/o sobreabrigo, asociada a las siguientes prácticas de colecho: <ul style="list-style-type: none"> – Que en la cama que duerme el lactante y sus padres, además duerman otros hermanos, otras personas o mascotas. – Que la cama no sea lo suficientemente grande para que duerman el padre, madre y lactante. – Padre y/o madre que refieren situaciones de cansancio. – Padre y/o madre con malnutrición por exceso (por riesgo de aplastamiento). – Padre y/o madre usuarios de medicamentos que alteren estados de conciencia (relajantes musculares, benzodiacepinas, inductores del sueño, entre otros). – Padre y/o madre con consumo de alcohol, cigarro y/o drogas. – Recién nacidos/as prematuros y/o bajo peso de nacimiento. • Educar a la familia respecto a prácticas de sueño infantil seguro. • Si el colecho se asocia a riesgos biopsicosociales, activar alertas de vulnerabilidad, evaluar caso con equipo de cabecera y considerar visita domiciliaria.

Score de IRA en puntaje moderado o grave	<p>Moderado y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derivar a talleres IRA. - Revisar registro de vacuna dTpa de la madre. - Realizar Consejo breve antibacilo si hay integrantes en la familia que fumen. - Intervenir según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestionar visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios por sala IRA. <p>Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si presentó episodio agudo, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico, para apoyar a la familia y evitar recaídas o sobreinfección.
Sospecha de BRUE	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a urgencia para estudio.
Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el control lo realice matrona o matron, derivar a médico/a para confirmar el diagnóstico. • En caso de que un médico/a confirme el diagnóstico, derivar en forma urgente a cirugía infantil.
Alteraciones del examen físico del RN	<ul style="list-style-type: none"> • Ante la presencia de tos, inestabilidad térmica (con mayor frecuencia hipotermia que fiebre), compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis, aleteo nasal, quejido respiratorio), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad detectados, derivar inmediatamente a médico/a para diagnóstico, indicación de tratamiento y/o derivación a servicio de urgencia de pediatría o neonatología según complejidad del problema detectado.
Alteraciones del examen físico de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Alteraciones emocionales madre/padre/cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Activar red Chile Crece Contigo (en adelante ChCC). • Entregar herramientas de consuelo efectivo del llanto y de fomento del vínculo de apego. • En caso de sospecha de problemas y/o trastorno de salud (incluye consumo de drogas y alcohol) mental en la madre, padre o cuidador del niño o niña, derivar asistida a consulta de salud mental. • En caso de sospecha de psicosis o ideación suicida materna, la madre debe ser evaluada en el momento por el médico/a del CESFAM para evaluar la necesidad de derivación de forma inmediata y luego ser acompañada por miembro del centro de salud a urgencia del hospital de referencia.
Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. • Destacar los beneficios de expresar afecto al RN y lo significativas que son las experiencias tempranas para el desarrollo posterior. • Reforzar el contacto piel a piel (todos los días) 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. • Derivar a un profesional, derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental, cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual. • Gestionar apoyo del equipo psicosocial del CESFAM para la elaboración de un plan familiar personalizado. • Llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para realizar un plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral.

<p>Riesgo biopsicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar en SRDM riesgos detectados. • Trabajar el caso con el equipo de cabecera para realizar un plan de cuidado consensuado con la familia y eventual visita domiciliaria integral. • Derivar a Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI). • Activar la red Chile Crece Contigo.
<p>Ingreso tardío a control de la diada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un plan de seguimiento por el equipo de cabecera. • Fomentar la adherencia al control de salud, evitando juzgar a la familia por el atraso. • Explicar los beneficios asociados al control de salud periódico.
<p>Constipación con signos orgánicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar posible Enfermedad de Hirschsprung, el niño o niña presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). • No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. • Derivar a médico/a y/o servicio de urgencia.

3.2.1.2. CONTROL DE SALUD INFANTIL DEL PRIMER MES

Período	Ideal		Tardío	
	28 días a 1 mes 5 días		1 mes 6 días a 1 mes 20 días	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. Detectar problemas del neurodesarrollo infantil, y promover su estimulación temprana. Pesquisar oportunamente anomalías o malformaciones infantiles. Formular los diagnósticos correspondientes al control y condición de cada lactante. Evaluar el proceso de adaptación del niño, niña, madre, padre y familia. Apoyar la lactancia materna exclusiva. Orientar a padres, madres y/o cuidadores y sus dudas respecto a desarrollo, salud y crianza de niños y niñas. 			
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> Médico/a. 			
Instrumento o herramienta	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo de evaluación neurosensorial (anexo 3). Score riesgo de morir por neumonía IRA (anexo 22). 			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
30 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niña.</p>	<p>Módulo digitación niños y niñas, contacto.</p> <p>Registrar control de salud y la detección de riesgos biopsicosocial y neurosensorial.</p>
ANAMNESIS: ANTECEDENTES Y ENTREVISTA				
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> En caso de niños o niñas que anteriormente fueron pesquisados con riesgo biopsicosocial revisar si las alertas generadas ya fueron resultas por la red Chile Crece Contigo, en caso de pesquisar nuevos riesgos de vulnerabilidad, levantar nuevas alertas en SRDM. Indagar si ha existido algún estresor importante o enfermedad del lactante desde el último control. Indagar sobre factores de riesgos previos que requieran seguimiento y su actual estado (riesgo biopsicosociales, visitas domiciliarias programadas, vacunaciones pendientes del lactante y la madre, etc). 			
Antecedentes de la gestación y parto	<ul style="list-style-type: none"> Indagar sobre condición y dificultades en la gestación y parto. Conocer diagnósticos de nacimiento (edad gestacional, antropometría, Apgar). Preguntar sobre realización de contacto piel con piel y lactancia materna durante la primera hora de vida. Valorar participación del padre en el proceso de gestación, parto y primer mes. 			
Antecedentes de la hospitalización y alta	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar curva de peso: incremento de peso diario, recuperación de peso de nacimiento. Evaluar inicio de la lactancia materna: producción de leche, frecuencia, duración de las tomas y problemas percibidos. Indagar estado de salud y problemas de salud del lactante y de la madre en esta etapa. 			
Experiencia de los padres y/o cuidadores con el RN	<ul style="list-style-type: none"> Preguntarle a la familia sobre su estado emocional y capacidad de adaptación a la nueva etapa. Evaluar instalación de rutinas y hábitos de autocuidado en los padres y/o cuidadores (alimentación, descanso, hidratación, etc.). Indagar sobre preguntas e inquietudes respecto al cuidado y salud del RN. Indagar si existe una red de apoyo y si la madre tiene alguna figura de apoyo en la crianza. Indagar sobre el estilo de crianza y habilidades parentales, disposición al consuelo efectivo y al contacto físico. Observar las actitudes de cariño de los padres y acompañantes con el niño o niña (esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla) y su disposición al amamantamiento/alimentación. Evaluar la corresponsabilidad en los cuidados, en la crianza, en la lactancia materna y en entregar apoyo a la madre (psicológico y práctico). 			

Temas de salud específicos del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar hábitos de alimentación: tipo de alimentación, frecuencia, factores que pueden interferir en la instalación de la LM, técnica de lactancia y transferencia de leche. • Evaluar eliminación (diuresis y deposiciones), cantidad, frecuencia, color y consistencia en 24 horas. Descartar sospecha de atresia biliar (anexo 15). • Evaluar sueño y nivel de actividad en el lactante. Preguntar sobre posición para dormir y abrigo. Evaluar factores de riesgo de muerte súbita. • Preguntar respecto a la presencia de ronquido o ruidos cuando el niño o niña duerme. • Preguntar sobre aseo diario, cuidados de la piel, muda y aseo del cordón, frecuencia y productos. • Indagar acerca de la forma de transporte que utiliza y, si corresponde, acerca de uso de Sistema de Retención Infantil (SRI). • Uso correcto de Mei tai y/o coche de paseo.
Salud mental infantil	<p>Hito: Reconocimiento y contacto inicial con figuras significativas.</p> <p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo ha sido este primer mes con su hijo(a) en casa? • ¿Cómo ha sido el proceso de amamantamiento de su hijo(a)? • Observar cómo se relaciona la madre/padre con él o la recién nacido.
Temas de salud específicos de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el bienestar físico: dolor al amamantar, dificultad al defecar, estado herida operatoria, loquios, evolución del dolor postparto, nivel de energía. • Consultar acerca de situaciones de salud particulares de la puérpera que se hayan presentado en este período. • Indagar si la madre recibió GES "Salud Oral Integral de la Embarazada" y educación en prevención de enfermedades bucales, recordar que puede terminar su tratamiento hasta 15 meses después de la primera atención.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de talla y peso. • Medición de perímetro craneano, determinar existencia de sospecha de macrocefalia (corregir por talla) o sospecha de microcefalia. • 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.
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad, color de la piel). • Evaluar estado de conciencia y nivel de actividad. Y considerar la evaluación de signos vitales. • Descartar malformaciones evidentes.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar presencia de reflejos arcaicos: Moro, prensión palmar y plantar, marcha automática, búsqueda, Babinski, etc. • Evaluar reflejo de succión, fuerza y funcionalidad. • Evaluar: tono muscular, descartar hipotonía o hipertonia marcada. • Movilidad: control cefálico, de extremidades y facial. Buscar signos sugerentes de parálisis cerebral. • Tono axilar: rotación interna de extremidades y aducción. Extensión, es normal que los recién nacidos tengan sus extremidades en flexión. • Asimetría persistente.
Evaluación de piel y fanéneos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar persistencia de ictericia y su extensión. • 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. • Descartar presencia de dermatitis.
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar asimetrías del cráneo (plagiocefalia, braquicefalia, escafocefalia), cabalgamiento de suturas (no debería persistir al mes), craneosinostosis (cierre prematuro de suturas) u otra alteración. • Evaluar presencia de deformaciones plásticas (cefalohematomas y bolsa serosanguínea). • Palpar fontanelas: presencia, tamaño y tensión (deprimidas o abombadas). • Evaluar en zona auriculares presencia de papilomas y fistulas preauriculares.

Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia y caracterización de 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, petequias o equimosis), síntomas B (fiebre, baja de peso, diaforesis / sudoración nocturna) y/o hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección general de la apariencia y simetría. • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Descartar estrabismo permanente. • Fijación de mirada.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia. • Preguntar respecto de presencia de riesgo de hipoacusia en la familia. • Evaluar sobresalto con sonidos fuertes. • Alerta al sonido.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua, piso de boca, frenillos labiales, mucosos y frenillo lingual. • Descartar dientes perinatales y candidiasis bucal. • Palpar indemnidad del paladar. • Evaluar reflejos de succión-deglución, coordinación, fuerza y funcionalidad. • Examinar orofaringe.
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Auscultación cardíaca: buscar soplos cardíacos, ritmo irregular, signos de insuficiencia cardíaca y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos).
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar visceromegalia o hernias (especialmente umbilicales e inguinales). • Evaluar distensión abdominal. • Descartar masas palpables.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar dermatitis del pañal. • Ano en posición normal. • Genitales con caracteres claros femeninos o masculinos. <ul style="list-style-type: none"> – Caracteres Sexuales Femeninos: descartar clítoris hipertrófico, sinequia. – Caracteres Sexuales Masculino: presencia de ambos testículos en escroto, descartar hipospadia o epispadia y evaluar hidrocele fisiológico.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar presencia de fosita pilonidal o signos sugerentes de defectos de cierre de európoro anterior o posterior (manchas, hemangiomas, fositas, etc. En la línea media dorso-lumbar). • Caderas: limitación en la abducción, signo de Galeazzi, evaluación con técnica de Ortolani y Barlow. • Extremidades: asimetrías en movimiento o fuerzas, malformaciones, movimientos espontáneos. • Evaluar simetrías en la fuerza y postura. • Factores de riesgo de displasia de caderas (derivar a médico/a).

Lactancia materna	<p>Lactancia materna, observar técnica de la lactancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posición y disposición en el amamantamiento, tanto de la madre como de su hija o hijo. - Acople correcto; evaluar succión y transferencia efectiva de la leche. - Evaluar frenillo sublingual en caso de problema de acople (especialmente en lactantes que presentan «chasquidos» durante la toma o se «caen» de la areola). <p>Examen de mamas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - General: enrojecimiento local y congestión. - Pezón: heridas, grietas u otras lesiones.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar señales de negligencia o maltrato físico, la que se puede sospechar ante: <ul style="list-style-type: none"> - Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. - 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. • Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre.

DIAGNÓSTICOS

- Problemas psicosociales a nivel familiar.
- Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). Incremento ponderal. Recuperación de peso de nacimiento.
- Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja).
- Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia).
- Desarrollo integral del niño o la niña (normal o anormal, especificar problema).
- Lactancia materna con o sin dificultades (estipular problemas detectados).
- Problemas de salud detectados en el niño o niña.
- Otros problemas detectados.

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES DEL CONTROL DEL MES

Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Amamantar de forma frecuente y efectiva (alrededor de 8 a 12 veces en 24 horas), cada vez que crea que el lactante lo necesita (educar sobre signos tempranos de hambre en el niño o la niña, haciendo énfasis en que el llanto es un signo tardío y en la importancia de la libre demanda) (12). En cada toma: <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar el agarre profundo y asimétrico de la mama, considerando que es de la areola y no sólo el pezón. - Para saber si existe transferencia de leche, ayudar a la madre a identificar deglución audible de forma rítmica. - Ofrecer de un pecho hasta vaciarlo y luego el otro. • No dar a beber ningún otro líquido diferente a la leche materna. • Si la lactancia aún está en vías de instalación, desincentivar el uso de chupete. Si la lactancia está instalada, su uso es opcional, incentivando su uso ocasional y otras herramientas de consuelo. • Informar a la familia sobre instancias de apoyo a la lactancia (clínicas de lactancia, consultas de lactancia) y cómo acceder ante problemas o dudas.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar administración de vitamina D 400 UI al día. Número de gotas varía según marca comercial.

Cuidados del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • 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: - Realizar higiene bucal 1 vez al día, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda o dedal de silicona.
Higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno. • Deben tener de 14 a 17 horas (0 a 3 meses de edad). • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula. • Educar respecto a la inmadurez de los ciclos circadianos y regulación del sueño. Fomentar estrategias respetuosas de regulación del sueño: porteo, cantos, amamantar, mecer, tomar en brazos, etc. Los niños y niñas se relajan en la presencia de un adulto significativo. No se recomienda dejar llorar a los niños y niñas, ni medidas de adoctrinamiento del sueño, ya que esto genera estrés, causando efectos negativos en el neurodesarrollo y en el establecimiento del apego. • Uso correcto de la cuna y co-habitación segura hasta al menos el primer año de vida. • Entregar recomendación de prevención de muerte súbita: posición supina y cabeza lateralizada al dormir, evitar el sobreaabrigo, no utilizar almohadas ni gorros, la ropa de cama no debe sobrepasar la línea intermamaria, no juguetes ni mantas alrededor al momento de dormir, evitar ambientes contaminados, en caso de dormir en cuna usar colchón firme y que no queden espacios entre el colchón y los bordes de la cuna. • Educar respecto a los posibles accidentes vinculados al sueño: los espacios entre los barrotes de la cuna deben ser menores a 6 cm (para evitar que la cabeza quede atrapada); no acostar para dormir a los NN en huevito, silla de auto, ni en sillón. • Fomentar la lactancia como un factor protector contra la muerte súbita.
Estimulación y acompañamiento del desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el cargar al lactante 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 y consolar al lactante. • 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. • Fomentar el vínculo entre el niño o niña y su madre, padre y/o cuidador, a través de miradas, hablar de cerca, sonrisas, cantar canciones, tomar en brazos, juegos acordes a la edad, regular sus ciclos fisiológicos, recomendar revisar Material Educativo Chile Crece Contigo. • Derivación a taller de promoción del desarrollo en el primer año de vida con foco en lenguaje y motor. • Destacar la importancia de expresar afecto al lactante, algunas formas pueden ser: acunarlo, acariciarlo, cantarle, masajearlo, hablarle, mirarlo. Indicar que las experiencias tempranas son significativas para el desarrollo del niño o niña, ya que a partir de ellas irá construyendo confianza en el mundo y en los otros. • Sugerir hacer de las rutinas diarias una instancia de intercambio afectivo y de estimulación para el niño o niña, como lo son el baño, muda, juego libre, la alimentación, el momento de dormir, etc. • Orientar sobre la importancia de destinar tiempo especial a la lactancia materna, en un lugar tranquilo y adecuado. • Orientar sobre el proceso de reestructuración familiar que se está viviendo, fomentar la corresponsabilidad para que la madre pueda dedicar más tiempo a las necesidades del lactante y a sus necesidades personales.

<p>Estimulación y acompañamiento del desarrollo integral (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si la madre manifiesta ansiedad ante la lactancia o por no poder calmar el llanto de su hijo o hija, señalar que están pasando por un proceso habitual de conocimiento y adaptación mutua, de manera que paulatinamente irá descubriendo las señales de su hijo o hija. • Si se observan síntomas depresivos en la madre, ofrecer ayuda y derivar a consulta de salud mental. Se sugiere aplicar la escala de Edimburgo.
<p>Guías anticipatorias: Crisis de Lactancia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos lactantes presentan períodos de alrededor de 3 a 5 días en los que abruptamente piden de mamar de forma muy frecuente. • Se cree que su objetivo es aumentar la producción de leche de la madre por un desajuste normal entre la cantidad producida y la que el lactante necesita, lo que suele suceder en períodos de rápido crecimiento. Muchas mujeres lo confunden con que la lactancia se está terminando y/o que el lactante no recibe suficiente leche, lo que puede inducir un destete precoz. • Pueden ocurrir en cualquier momento, aunque son más frecuentes en la 3ra o 6ta semana de vida, a los 3 meses, y al año de vida. • Si el lactante se observa en buenas condiciones, sube de peso y moja pañales de acuerdo a lo esperado, se recomienda normalizar el proceso, reforzar en la madre su confianza, explicar que es transitorio y que se solucionará con paciencia y estando disponible para una mayor frecuencia de mamadas.
<p>Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deben estar físicamente activos varias veces al día de diferentes formas, especialmente mediante el juego libre en el suelo, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona (boca abajo) repartidos a lo largo del día mientras estén despiertos, que favorezcan el movimiento y actividad. • Los NN menores de 2 años no deben pasar tiempos de sedentarismo frente a pantallas.
<p>Guías anticipatorias: Eliminación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a la disquécia del lactante (menores de 9 meses sanos), presenta esfuerzo de al menos 10 minutos y llanto antes de defecar, pero con deposiciones blandas, que se puede presentar por un máximo de 5 a 7 días (ver bandera roja de Enfermedad de Hirschsprung). Se debe hacer la distinción con signos patológicos tales como deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). • No se debe realizar estimulación rectal (uso de termómetros, calitas de jabón, etc), ni recomendar el uso de laxante ni de otros medicamentos. Favorecer el masaje abdominal (en el sentido del reloj) y de zona sacra; y flexión de rodillas.
<p>Guías anticipatorias: Hipo y reflujo gastroesofágico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la familia respecto a los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa (14,15): • Hipo o singulto: es frecuente que los/las RN y lactantes. Se produce por contracciones del diafragma con el frío o con la alimentación. En algunas ocasiones puede asociado a llanto. • Reflujo gastroesofágico: es un proceso fisiológico que consiste en regurgitación sin esfuerzo muscular y se debe a inmadurez del esfínter gastroesofágico. Comienza a disminuir desde los 6 meses y desaparece antes de los 18 meses. Evitar realizar muda o acostarlo inmediatamente después de la alimentación, revisar que la ropa no comprima la zona abdominal.
<p>Medidas de prevención de accidentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar utilización del Sistema de Retención Infantil (SRI) en segunda fila a contramarcha. Cuando se baje del auto la silla con el lactante, cerciorarse que tenga arnés ajustado, ya que puede caerse de la silla durante el transporte. • No usar silla del auto para dormir en casa. • No exponer al sol de forma directa, no utilizar bloqueador. • Mantener medidas de prevención de muerte súbita.
<p>Prevención de enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Según información recolectada y edad. Evitar contacto con personas enfermas y espacios cerrados muy concurridos. • Acudir al Servicio de Urgencia: ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar, que debe encontrarse limpia y seca, siendo normal hasta 37,5°C), decaimiento importante o irritabilidad no consolable, rash cutáneo, tos, dificultad respiratoria (cianosis, aleteo nasal, retracciones intercostales, quejido), apnea 20-30 segundos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos o según necesidad.
<p>Derivaciones y/o exámenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frente a la detección de factores de riesgo para la instalación exitosa de la lactancia materna, derivar a Consulta de Lactancia. • Derivar a control de salud de los 2 meses con profesional de enfermería.

BANDERAS ROJAS DEL CONTROL DEL MES

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.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar en SRDM riesgos detectados y/o monitorear las alertas resueltas. • Llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para realizar un plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. • Derivar a Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI). • Activar la red Chile Crece Contigo. • Priorizar derivación a Taller de Promoción del Desarrollo en el primer año de vida.
Incremento ponderal menor 20 gr/día	<ul style="list-style-type: none"> • Si en el control del mes el bebé no ha subido de peso en relación el último control, evaluar condiciones generales del niño o niña en aspectos tales como; tono, actividad, hidratación, cantidad de pañales (cantidad y calidad de diuresis y deposiciones). Realizar las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar el acople, evaluar transferencia de leche. - Evaluar problemas en el establecimiento de lactancia. - Educar respecto a la técnica de lactancia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 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. ✓ Si existe hipotonía o succión débil, aconsejar dar apoyo a mentón con mano de bailarina y realizar compresiones mamarias. - Suplementar con leche materna extraída como primera opción. Como segunda opción utilizar fórmula de inicio. - Derivar a consulta de lactancia materna en las 48 a 72 horas posteriores. • Si el niño o niña presenta signos de deshidratación severa, derivar a servicio de urgencia. • Sugerir contactar a grupos de apoyo como liga de la leche u otros presentes a nivel local.
Problemas de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial: <ul style="list-style-type: none"> - 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, emociones, creencias y contexto biopsicosocial. - Derivar a consulta de lactancia materna. - Sugerir contactar a grupos de apoyo presentes a nivel local. • Otros problemas: <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Controlar en consulta de lactancia materna. - Indicar diagnóstico y tratamiento, en caso de que sea necesario. • Sugerir contactar a grupos de apoyo de apoyo a la lactancia materna.

<p>Colecho inseguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que la familia haya decidido practicar colecho, de debe educar respecto a la insegura y riesgo de morir por aplastamiento y/o sobreabrigo, asociada a las siguientes prácticas de colecho: <ul style="list-style-type: none"> - Que en la cama que duerme el lactante y sus padres, además duerman otros hermanos, otras personas o mascotas. - Que la cama no sea lo suficientemente grande para que duerman el padre, madre y lactante. - Padre y/o madre que refieren situaciones de cansancio. - Padre y/o madre con malnutrición por exceso (por riesgo de aplastamiento). - Padre y/o madre usuarios de medicamentos que alteren estados de conciencia (relajantes musculares, benzodiacepinas, inductores del sueño, entre otros). - Padre y/o madre con consumo de alcohol, cigarro y/o drogas. - Recién nacidos/as prematuros y/o bajo peso de nacimiento. • Si el colecho se asocia a riesgos biopsicosociales, activar alertas de vulnerabilidad, evaluar caso con equipo de cabecera y considerar visita domiciliaria.
<p>Presencia de Ictericia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar niveles séricos de bilirrubina directa e indirecta. • En caso de ictericia bajo las rodillas, solicitar urgentemente medición de niveles de bilirrubina y evaluar la necesidad de fototerapia. En caso de presencia de ictericia tardía y distensión abdominal, derivar urgente para descartar atresia biliar. • Dejar citado a control para evaluar progresión según cada caso o realizar seguimiento en caso de hospitalización.
<p>Alteraciones del examen físico del RN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 detectados, realizar diagnóstico, indicación de tratamiento y/o derivación a servicio de urgencia de pediatría según complejidad del problema detectado.
<p>Enfermedad por reflujo gastroesofágico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico: los episodios de reflujo se asocian con complicaciones como esofagitis, compromiso nutricional con pérdida de peso, complicaciones respiratorias, irritabilidad, rechazo a las tomas de leche e hiperextensión cervical. En caso de sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico se debe derivar a médico/a. • Derivar a Servicio de urgencia: si existe inicio precoz antes de las 2 semanas de vida. Vómitos persistentes, vómitos en proyectil, vómitos biliosos. Distensión abdominal marcada, signos peritoneales. Mal incremento ponderal/rechazo alimentario persistente. Hematemesis o rectorragia/hematoquecia. Signos neurológicos (fontanela abombada, convulsiones, alteración de conciencia). Hepatoesplenomegalia asociada a síntomas sistémicos: fiebre, deshidratación y/o compromiso del estado general.
<p>Riesgo de anemia en población migrante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas migrantes con padres con antecedentes de anemia falciforme o talasemia (hemoglobinopatías), derivar a especialidad (hematología).
<p>Protocolo de evaluación neurosensorial alterado (1 a 3 pts)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que estas alteraciones generalmente corresponden a una inmadurez transitoria, pero que es necesario una reevaluación en el control de los 2 meses. • Consignar en ficha reevaluación en control de los 2 meses con profesional de enfermería entrenada/o en PENS, en caso de persistir alteración derivar a médico/a. • Derivar a ingreso a Taller de promoción del desarrollo motor (ChCC).
<p>Protocolo de evaluación neurosensorial alterado (≥ 4 pts) y/o existencia de macrocefalia o microcefalia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar derivación a neurología infantil en nivel secundario.
<p>Presencia de signos sugerentes de parálisis cerebral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar en forma inmediata a neurología infantil para confirmación diagnóstica y tratamiento.

Presencia de adenopatías	<ul style="list-style-type: none"> • Ante los siguientes signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Fiebre persistente, diaforesis y baja de peso. • Considerar estudio con exámenes y eventual derivación a nivel secundario.
Presencia de hemangiomas	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a Dermatólogo si el hemangioma es: <ul style="list-style-type: none"> - 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), línea media, 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 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. • Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). • Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). • Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas sollevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil para evaluación.
Presencia de frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar técnica de lactancia. • Evaluar derivación odontólogo/a o especialista (odontopediatra, cirujano infantil, cirujano maxilofacial).
Presencia de dientes neonatales	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a cirugía infantil dentista para evaluación y eventual tratamiento.
Sospecha de fisura labiopalatina	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 15 días siguientes, por sospecha de enfermedad GES (Ver “Guía clínica fisura labiopalatina” (18)). • Derivar a especialista para confirmación o descarte del diagnóstico.
Presencia de candidiasis oral	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamiento farmacológico de acuerdo con disponibilidad del centro.
Rojo pupilar alterado o leucocoria	<p>Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento.</p> <p>Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad GES (Cáncer en personas menores de 15 años).</p>
Presencia de estrabismo fijo	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta urgente a oftalmología infantil para confirmación diagnóstica. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad GES (Estrabismo en menores de 9 años).

Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	<ul style="list-style-type: none"> • Si existe sospecha clínica de hipoacusia o cumple con factores de riesgo. • Derivar en forma urgente a Otorrinolaringología infantil para confirmación diagnóstica.
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta a otorrinolaringología infantil, para descartar posibles malformaciones, malacias, otros.
Sospecha de disrafia espinal oculta	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta urgente a neurocirugía infantil para confirmación o descarte del diagnóstico dentro de los 90 días siguientes, procedimiento especificado en la "Guía clínica disrafia espinal" (20).
Sospecha de cardiopatía congénita	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta a cardiología infantil o pediatría 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 GES (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Signo de Ortolani Barlow positivo o factores de riesgo para displasia luxante de cadera	<ul style="list-style-type: none"> • 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 GES (Displasia luxante de cadera).
Presencia de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar en forma urgente a cirugía infantil.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar posible Enfermedad de Hirschsprung, el niño o niña presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). • No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. • Derivar a servicio de urgencia o especialidad (gastroenterología infantil), de acuerdo con el compromiso del estado general.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	<ul style="list-style-type: none"> • Moderado y grave: <ul style="list-style-type: none"> - Derivación a talleres IRA. - Consejo breve 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: <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. • Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> - Para evitar que estos lactantes se expongan a contagio, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico de episodio respiratorio agudo.
Sospecha de BRUE	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a urgencia.

Problemas vinculares o baja sensibilidad en el cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Señales de alerta: <ul style="list-style-type: none"> - El lactante no se acurruca o no responde a la madre mientras se alimenta, llora en exceso, sin consuelo y la madre manifiesta incapacidad de calmar a su hijo o hija. - La madre, padre o cuidador manifiesta sentirse incómoda sosteniendo, abrazando o alimentando al niño o niña. - La madre, padre o cuidador señala no disfrutar de pasar tiempo con su hijo o hija. • Acciones a seguir: <ul style="list-style-type: none"> - Educar a los padres y cuidadores en técnicas de manejo del llanto. - Destacar los beneficios de expresar afecto al lactante y lo significativo que son las experiencias tempranas para el desarrollo posterior. - Derivar a Taller Nadie es Perfecto, para aumentar las habilidades parentales.
Madre con síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar escala de Edimburgo y derivar según puntuación. • Derivar al equipo psicosocial del CESFAM y elaborar un plan familiar personalizado. • Activar redes de apoyo y recursos de apoyo de cada madre.
Madre con diagnóstico de sobrepeso u obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo breve sobre alimentación saludable basado en las GABA. • Derivación a Programa Elige Vida Sana, en las comunas en las que se encuentra implementado.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> - 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" (21). - 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" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
Alteraciones del calendario de vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • Si no hay registro de la vacunación en la maternidad, revisar sistema de registro nacional RNI.

3.2.2. CONTROLES DE SALUD INFANTIL Y CONSULTAS EN LACTANTES MENORES (2 A 5 MESES)

Durante el segundo y tercer mes de vida los niños y niñas estarán muy interesados en el contacto interpersonal con sus padres, familiares y cuidadores/as, sintiendo placer en la comunicación e interacción. Las personas adultas, pueden entonces aprovechar la oportunidad de estimularlos neurosensorialmente a través de miradas, gestos, sonidos, palabras, canciones, masajes, etc. Los niños y niñas cerca de los 2 meses mostrarán inicio de vocalizaciones y capacidad comunicativa intencionada (protoconversaciones), habilidades precursoras del lenguaje, por lo que deben ser reforzadas.



Cerca de los cuatro y cinco meses, los lactantes, demostrarán interés por los objetos, momento en el que deben ser expuestos a otros ambientes e interacción con diferentes estímulos sensoriales. Este cambio en el desarrollo les permitirá adquirir un juego más exploratorio y amplio.

Respecto a la evolución del desarrollo psicomotor, dentro de las primeras habilidades que aparecen, está la capacidad de fijar la mirada y seguir con la vista en línea media. Comienzan 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 les despiertan los estímulos (bucales, táctiles, sonoros, visuales, olfatorios, propioceptivos y vestibulares) (47).

El control del tronco y cabeza va siendo cada vez mayor y al final del período logran girar por sí solos.

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

Tabla III - 4. Áreas e hitos del desarrollo de los 2 a 5 meses.

Área	2 a 3 meses	4 a 5 meses
Motor grueso	<ul style="list-style-type: none"> - Prono: levanta la cabeza a 45°. - Supino: levanta sus pies y patalea. - Suspensión ventral: cabeza en línea con el tronco. - Movimientos simétricos. - Cabeza en línea media y giro libre de la misma. - Apoyo simétrico de codos en decúbito prono. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Sigue objetos pasada la línea media. - Mantiene manos abiertas, las junta en la línea media. - Inicio coordinación mano-mano-boca. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción activa. - 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 flexa sus piernas. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Sonrisa social. - Vocaliza algunos sonidos (ah, eh, ugh). - Presenta distintos tipos de llanto y actitudes (hambre, malestar, cansancio). - Llanto vigoroso y melódico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se gira hacia el cascabel y hacia la voz. Dice «agú», gorgojeo (4 meses) y hace sonidos con «rrrr» (5 meses) de manera más expresiva y variada. - Emisión de sonidos labiales. - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce y se calma al escuchar voces amables de sus cuidadores/as. - Sonríe en respuesta al estímulo de los padres. - Reconoce a su madre, padre y/o cuidadores/as. - Disfruta llevando sus manos a la boca. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonrisa espontánea y se ríe a carcajadas (risa sonora). - Se interesa por su imagen en el espejo. - Sonrisa social.

Fuente: elaborado por el Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

En este período, la familia ya conoce mejor al lactante. 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. La familia encuentra progresivamente equilibrio, organizando los tiempos de 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 lactante.

Alrededor de los 2 meses se produce una hipertonia relativa del esfínter anal y los lactantes pueden presentar una disminución muy significativa de la frecuencia de sus deposiciones.

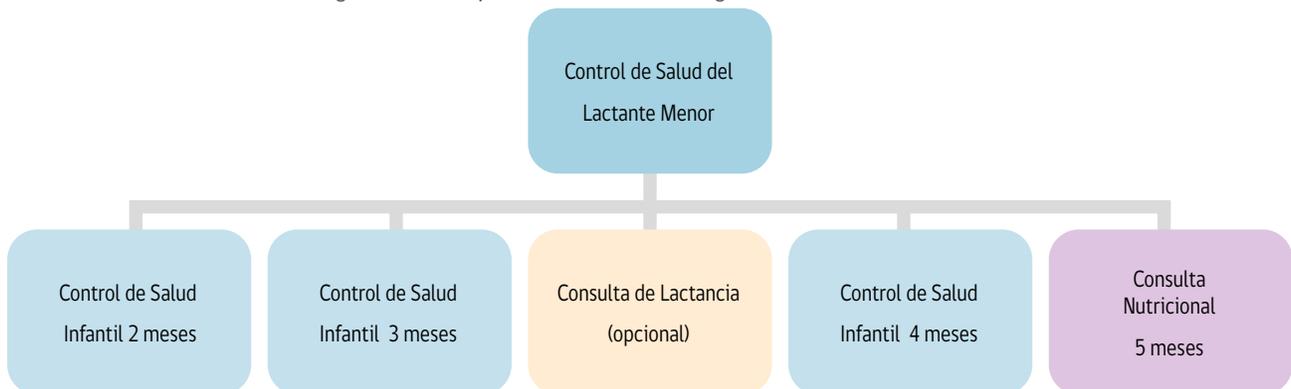
Además, en este período son frecuentes las llamadas “crisis transitorias de la lactancia”, en las cuales la madre tiene sensación de no tener suficiente leche y el o la lactante mama con más frecuencia de lo habitual. Corresponden a períodos de algunos días de duración, en el que, por el crecimiento rápido del niño o niña, 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 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 Sistema Nervioso Central (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 niño, la madre y la familia. Sin estrategias de tamizaje, es habitualmente subdiagnosticada. Es por esto que en nuestro país se aplica la escala Edimburgo de sospecha diagnóstica en el control de los 2 y 6 meses, o cuando la enfermera o enfermero considere adecuado aplicarlo. 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 al menos tres controles de salud infantil (CSI) y una consulta nutricional (CN):

Figura III - 6. Supervisión de Salud Integral en el Lactante Menor.



Fuente: elaborado por el Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

3.2.2.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 2, 3 Y 4 MESES

Período	Edad	Ideal	Tardío	
	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	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar integralmente el crecimiento y desarrollo del niño o niña, considerando su etapa, familia y ambiente. • Pesquisar precozmente factores y conductas protectoras, y de riesgo para la salud del niño o niña y su familia. • Formular los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña. • Realizar plan de intervención integral acorde a las alteraciones detectadas. • Educar a madres/padres y cuidadores/as respecto al crecimiento, desarrollo, salud y crianza positiva/respetuosa de niños y niñas. • Orientar a madres/padres y cuidadores/as sobre la prevención de enfermedades y accidentes de niños y niñas. • Educar a padres/madres y cuidadores/as respecto al autocuidado y el establecimiento de conductas que promueven una adecuada salud integral. • Realizar las derivaciones y referencias oportunas de acuerdo con la situación de salud de cada niño o niña. 		
Profesional	2 meses	• Enfermera/o o médico/a.		
	3 meses	• Médico/a.		
	4 meses	• Enfermera/o o médico/a.		
Instrumento o herramienta	2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía. • Escala de depresión postparto de Edimburgo. • Solicitar radiografía de pelvis. • Protocolo de evaluación neurosensorial (en caso de alteración al mes de vida). 		
	3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía. • Evaluar radiografía de pelvis. • Protocolo de evaluación neurosensorial (en caso de alteración al mes de vida). 		
	4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía. • Pauta breve de evaluación del DSM. • Pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso (anexo 23). • Pauta de riesgos biopsicosocial. 		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
30 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. • 4 meses: Acompañándote a descubrir 1. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de niños o niñas que anteriormente fueron pesquisados con riesgo biopsicosocial revisar si las alertas generadas ya fueron resultas por la red Chile Crece, en caso de pesquisar nuevos riesgos de vulnerabilidad, levantar nuevas alertas en SRDM. • Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior. 			

<p>Antecedentes generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar antecedentes de salud en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores. • Valorar estado de salud y capacidades de cuidado de la madre/padre y/o cuidadores/as. • 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.). • Revisar cumplimiento del calendario de inmunizaciones y efectos adversos asociados a vacunas . • Revisar en la ficha: antecedentes gestacionales, de nacimiento, morbilidades, cirugías, uso de medicamentos y/o suplementos vitamínicos/minerales. • Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores/as.
<p>Hábitos alimentarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar tipo de alimentación láctea y/u otros posibles alimentos. • Valorar la alimentación con leche materna, número de tomas (puede continuar con libre demanda), vaciamiento correcto del pecho y dificultades asociadas. • Valorar, si existe alimentación con fórmula, frecuencia y preparación de esta. Volumen y velocidad en qué el niño/niña ingiere la leche. • Indagar respecto al uso de mamadera y de chupete (tiempo y momentos de uso). • Indagar sobre uso de suplementos de vitaminas y minerales. • 4 meses: aplicar pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso.
<p>Patrones de eliminación intestinal y urinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrones de eliminación, frecuencia (número de pañales en 24 horas), características de la orina y las deposiciones. • Indagar sobre rutinas de higiene asociadas. • Preguntar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación.
<p>Patrones e higiene del sueño y descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar higiene del sueño, ambiente, horas de sueño, rutinas establecidas. Considerar sueño diurno y nocturno. • Posición al dormir, lugar en el que duerme y prevención de muerte súbita. • Indagar sobre prácticas asociadas al colecho y su seguridad. • Indagar sobre ronquidos o ruidos respiratorios. • Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en los madres/padres y/o cuidadores/as.
<p>Actividad física y/o recreativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar tipo de actividad y participación de los adultos en el juego. Posiciones de estimulación y uso de andador, saltarina u otro similar. • Preguntar por el uso de implementos de juego del ajuar y específicamente juego libre en suelo. • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, etc). • Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición y contexto.
<p>Hábitos de aseo e higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre rutinas y prácticas asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, lavado de pelo, lavado de genitales, aseo bucal, cambio de ropa, corte de uñas, lavado de manos y cara. • Indagar frecuencia y uso de productos específicos.
<p>Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre exposición solar. • Evaluar sobre las medidas de seguridad en sus actividades habituales, tanto de adaptación del entorno como de supervisión y cuidado diario de los adultos responsables. • Indagar sobre acciones asociadas a la prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas), uso de pantallas, uso de silla de autos, contacto con personas desconocidas, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, juegos peligrosos, etc.

Desarrollo integral	<p>Preguntar/indagar a la madre/padre y/o cuidadores/as respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se sienten respecto al cuidado del niño o la niña. • El temperamento y preferencias del niño o niña (solicitar que lo o la describan). • Situaciones que le causan malestar y grado de consolabilidad. • Preguntar sobre el uso de porta bebé (Mei-tai) del ajuar de Chile Crece u otro utilizado (facilitadores y obstaculizadores para el uso). • Dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo y comportamiento de su hija o hijo. • Cómo ha influido la llegada de su hijo o hija en las rutinas diarias de la familia. • Si han surgido cambios significativos en la familia tras el nacimiento de su hijo/a (pareja, padres e hijos, hermanos). • Observar si el niño o la niña se muestra dispuesto a explorar en los momentos en que disminuye el estrés en la consulta. También si mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal, buscando la interacción con ellos y les sonrío. • Observar la interacción y comunicación entre el niño o la niña con sus padres (cuando lo toman, lo desvisten, le hablan, etc.), especialmente en momentos de mayor estrés durante el control. • Evaluar si los padres le anticipan lo que ocurrirá durante la consulta, demuestran un trato sensible (lectura e interpretación de las señales del niño o niña) en la interacción socioemocional con su hijo o hija.
Proceso de reestructuración familiar	<p>Indagar sobre logros esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La familia se adecua a los cambios asociados a la llegada del nuevo miembro de la familia y surgimiento de nuevas responsabilidades y rutinas. • La pareja comparte las nuevas exigencias y experiencias asociadas a la maternidad y paternidad. Logran acordar rutinas y pautas de crianza. • Los padres logran paulatinamente ir atendiendo a las necesidades particulares de los otros hijos(as) e, idealmente, destinando tiempo para su vida de pareja. • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre, padre o cuidador/a.
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar resultados del "Protocolo neurosensorial" (anexo 3) realizado al mes de vida. En caso de alteración, verificar la derivación a especialidad, reevaluar con protocolo neurosensorial, realizar anamnesis y examen físico-neurológico.
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar de resultados del "Protocolo neurosensorial" (anexo 3) realizado al mes de vida. En caso de alteración verificar la derivación a especialidad, reevaluar con protocolo neurosensorial, realizar anamnesis y examen físico- neurológico. • Revisión de resultados de Radiografía de pelvis e indicaciones según hallazgos. • Si se encontraron signos o sintomatología depresiva en control de los 2 meses, 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. En caso de no haber acceso a tratamiento, volver a derivar a salud mental. • Indagar elección de la madre respecto a la modalidad del postnatal parental. • Si la madre retorna al trabajo o estudia, consultar si la familia cuenta con red de apoyo y si está capacitada en la técnica de extracción, conservación y transporte de leche materna, y si cuenta con acceso a sala cuna.
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Si se encontraron signos o sintomatología depresiva en la madre, en control de los 2 meses evaluar adherencia a tratamiento y revincular si fuese necesario. • Si se detectó alteración en los resultados de radiografía de pelvis en control de los 3 meses, evaluar si tuvo control con traumatología infantil, el procedimiento que se indicó, estado de controles posteriores. • Si la madre volvió a trabajar (en forma parcial a los 84 días) o estudiar, indagar sobre el proceso que ha vivido y si cuenta con alguien que cuide a su hijo o hija o asiste a sala cuna y si requiere un apoyo específico, si cuenta con red de apoyo y si está capacitada en la técnica de extracción, conservación y transporte de leche materna.

EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE LACTANTES DE 2, 3 Y 4 MESES	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar longitud. • Evaluar peso. • Evaluar perímetro cefálico, determinar la existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla) o microcefalia, y asimetrías (plagiocefalia o signos de craneosinostosis). • Evaluar simetría en general del cuerpo y cabeza. • 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.
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad, color de la piel). • Evaluar estado de conciencia y nivel de actividad. Y considerar la evaluación de signos vitales. • Descartar malformaciones evidentes.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Tono y movilidad: <ul style="list-style-type: none"> - 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 reflejos: presencia o desaparición acorde a la edad. • Descartar dificultad en la succión. • Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor, sensorial, coordinación, comunicación,
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia y extensión de ictericia (hasta los 2 meses). • Presencia de 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).
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar forma y simetría del cráneo, presencia de plagiocefalia, craneosinostosis (cierre prematuro de suturas) o alguna otra deformidad. • Palpar extensión y tensión de la fontanela anterior presente.
Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • 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 equimosis), síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis/ sudoración nocturna) y/o hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el Control de Salud es realizado por un profesional entrenado). • Evaluar que el lenguaje expresivo y comprensivo 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). • Evaluar si reacciona frente a ruido (2 meses), observa a quien le habla (3 meses) y orienta cabeza en dirección a una voz (4 meses). • Preguntar si el niño o niña está atento a los sonidos, gira la cabeza y orienta bien al sonido.

Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua, piso de boca Descartar erupción de dientes neonatales y candidiasis oral. Evaluar frenillo lingual (funcional, en relación a la lactancia materna y/o alimentación).
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar pulsos periféricos, presentes y simétricos, con énfasis en pulsos femorales. Auscultación cardíaca: descartar soplos cardíacos, ritmo regular o irregular, 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).
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Palpar presencia o ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente abdominales e inguinales). Palpar distensión abdominal. Percutir timpanismo epigástrico. Descartar presencia de masas palpables.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> Caderas: abducción completa, signo de Galeazzi, evaluación con técnica de Ortolani y Barlow. Extremidades: descartar asimetrías en movimiento o fuerzas y de pliegues, malformaciones (polidactilia, pie equino, sindactilia entre otras). Preguntar sobre resultados y revisión de la radiografía de caderas. En caso de que no se haya realizado en el control de los 3 meses, rescatar radiografía y hacer seguimiento. Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor, sensorial, coordinación.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar genitales según características femeninos o masculinos. Presencia de dermatitis del pañal. Ano en posición normal. En niños, palpar la presencia de testículos en el escroto (descartar criptorquidia), ausencia de líquido libre en escroto (hidrocele), fimosis (fisiológica hasta los cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a cirugía infantil o urología infantil, de lo contrario se considera fisiológica. En niñas, inspeccionar para descartar la presencia de sinequias, secreción y olor anormal. Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> Descartar señales de negligencia o maltrato físico, la que se puede sospechar ante: <ul style="list-style-type: none"> Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. 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. Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de familia. Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo. Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). Desarrollo integral: áreas del desarrollo (clínico o con instrumentos, según corresponda). Pesquisa de problemas de salud. Lactancia materna con o sin dificultades (normal o anormal, especificar problema). 	

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE LOS 2, 3 Y 4 MESES	
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar a sistema SRDM para levantar alarmas de vulnerabilidad. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar lactancia materna exclusiva libre demanda en base a las necesidades del niño o niña y de la madre (sin horario ni frecuencia). • Citar a consulta de lactancia en caso de dificultades con la LM. • En niños o niñas no amamantados: entregar indicaciones de preparación, frecuencia y velocidad de la administración de la mamadera. Educar en técnica de alimentación pausada, promoviendo las tomas lentas para disminuir los peak de glicemias y proteger de la malnutrición. • Educar a las familias en reconocer señales de hambre y saciedad en los niños y niñas, para respetar sus ritmos. • Entregar pautas anticipatorias respecto a crisis de lactancia, asociadas a peak de crecimiento en los niños o niñas, los que se deben manejar aumentando la frecuencia de amamantamiento. <p>Si la madre volverá a trabajar en forma parcial a los 84 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Realizar un "Consejo breve" para reforzar técnicas de extracción, conservación y transporte de leche materna. • Citar a consulta de lactancia para profundizar en técnicas de extracción, conservación y transporte de leche materna. • Educar respecto a los derechos legales asociados a maternidad y lactancia.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<p>2, 3 y 4 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener vitamina D 400 UI al día, indicar gotas según la presentación. <p>4 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicar hierro (sulfato ferroso) 1mg/kilo/día, en niños amamantados. En niños y niñas con lactancia mixta revisar si la dosis de fórmula cubre requerimiento.
Guías anticipatorias: eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a la disquecia del lactante (menores de 9 meses sanos), presenta esfuerzo de al menos 10 minutos y llanto antes de defecar, pero con deposiciones blandas, que se puede presentar por un máximo de 5 a 7 días (ver bandera roja de Enfermedad de Hirschsprung). Se debe hacer la distinción con signos patológicos tales como deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). • No se debe realizar estimulación rectal (uso de termómetros, calitas de jabón, etc), ni recomendar el uso de laxante ni de otros medicamentos. Favorecer el masaje abdominal (en el sentido del reloj) y de zona sacra; y flexión de rodillas.
Guías anticipatorias: cólicos del lactante	<p>Educar en los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos niños o niñas 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 niños o niñas en brazos o porta bebé (recomendar el uso del Mei - Tai) desde el comienzo de su vida. Es importante que al momento de las indicaciones el profesional enseñe métodos de contención del llanto (Revisar material educativo Chile Crece Contigo: manejo respetuoso de los cólicos y manejo respetuoso del llanto). • Los niños y niñas perciben el estado emocional de la madre, padre o cuidador significativo, por lo que es probable que si los adultos manifiestan estrés o malestar psicoemocional, los niños o niñas se vuelvan más irritables o inconsolables ("contagio emocional"). • De todos modos, si la familia percibe que su hijo o hija llora de forma inconsolable o de manera preocupante, deben consultar al centro de salud.

<p>Guías anticipatorias: Hipo y reflujo gastroesofágico</p>	<p>Educar a la familia respecto a los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa (14,15):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipo o singulto: es frecuente en los/las lactantes, este se produce por contracciones del diafragma con el frío o con la alimentación. En algunas ocasiones puede asociado a llanto. • Reflujo gastroesofágico: es un proceso fisiológico que consiste en regurgitación sin esfuerzo muscular y se debe a inmadurez del esfínter gastroesofágico. Comienza a disminuir desde los 6 meses y desaparece antes de los 18 meses. Evitar realizar muda o acostarlo inmediatamente después de la alimentación, revisar que la ropa no comprima la zona abdominal.
<p>Higiene del sueño y descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del niño o niña. • Educar respecto a la higiene del sueño, horarios y rutinas previas a la hora de acostarse (evitar pantallas en las habitaciones mientras los niños y niñas duermen). • Deben tener de 14 a 17 horas (0 a 3 meses de edad) o de 12 a 16 horas (4 a 11 meses de edad) de sueño de buena calidad, incluidas las siestas. • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula. • Educar respecto a la inmadurez de los ciclos circadianos y regulación del sueño. Fomentar estrategias respetuosas de regulación del sueño: porteo, cantos, amamantar, mecer, tomar en brazos, etc. Los niños y niñas se relajan en la presencia de un adulto significativo. No se recomienda dejar llorar a los niños y niñas, ni medidas de adoctrinamiento del sueño, ya que esto genera estrés, causando efectos negativos en el neurodesarrollo y en el establecimiento del apego. • Uso correcto de la cuna y cohabitación segura hasta al menos el primer año de vida. • Entregar recomendación de prevención de muerte súbita: posición supina y cabeza lateralizada al dormir, evitar el sobreaabrigo, no utilizar almohadas ni gorros, la ropa de cama no debe sobrepasar la línea intermamaria, no juguetes ni mantas alrededor al momento de dormir, evitar ambientes contaminados, en caso de dormir en cuna usar colchón firme y que no queden espacios entre el colchón y los bordes de la cuna. • Educar respecto a los posibles accidentes vinculados al sueño: los espacios entre los barrotes de la cuna deben ser menores a 6 cm (para evitar que la cabeza quede atrapada); no acostar para dormir a los NN en huevito, silla de auto, ni en sillón. • Fomentar la lactancia como un factor protector contra la muerte súbita.
<p>Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deben estar físicamente activos varias veces al día de diferentes formas, especialmente mediante el juego libre en el suelo, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona (boca abajo) repartidos a lo largo del día mientras estén despiertos, que favorezcan el movimiento y actividad. • Los NN menores de 2 años no deben pasar tiempos de sedentarismo frente a pantallas. • Pasear con el niño o niña en Mei-tai o portabebé. • Educar a la madre, padre y cuidador respecto al uso y beneficios del porteo, se puede educar de manera práctica a los padres respecto a la manera correcta de usarlo (pedirles que lo lleven al control), así como usar los videos y cartillas correspondientes, para potenciar y normalizar su uso. • Buena calidad de sueño (tiempo recomendado de 14 a 17 horas).
<p>Cuidados de la salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si no han erupcionado dientes, realizar higiene bucal 1 vez al día, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda o dedal de silicona.
<p>Hábitos de higiene y cuidado de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto al baño: frecuencia (no es necesario que sea todos los días), productos hipoalergénicos (no usar jabón/champú todos los días), horario y propósito (higiénico y como espacio de estimulación neurosensorial). • Lubricar piel con aceite neutro (indagar presencia de dermatitis atópica o malestar sensorial). Fomentar el masaje luego del baño, como instancia de vínculo, juego, estimulación y de lubricación de la piel. • Realizar higiene bucal, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda, pañal de tela o dedal de silicona. • Fomentar y educar respecto al uso adecuado de los productos entregados en el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN), que tienen continuidad en esta etapa: shampoo/jabón, crema regeneradora, etc. • Indicar no exponer directamente al sol, usar gorro y ropa adecuada. Aún no usar protector solar. • Recomendar usar ropa de algodón y sin broches de metal, el lavado debe ser con detergente hipoalergénico y sin suavizante.

<p>Medidas de seguridad y prevención de accidentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar la utilización de silla de auto en el asiento central de la segunda fila mirando hacia atrás. Nunca sacar al lactante para amamantar o consolar con auto en movimiento. • Cuidados de la piel: no exponer al sol en forma directa, ni aplicar bloqueador. Fomentar el uso de sombrero/gorro y ropa adecuada. • Entregar 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 asfixia por inmersión.
<p>Prevención de enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar en no estar en contacto con personas enfermas y favorece el lavado de manos. • Educar en 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 sobre abrigar en época de calor (solo usar una capa de ropa más que los padres). • Educación respecto de signos alarma (cuándo debe consultar con médico/a y acudir a la urgencia): <ul style="list-style-type: none"> - Ante la presencia de fiebre 37,5 °C, axilar (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar). - Signos específicos de dificultad respiratoria: apnea 20-30 segundos, polipnea, cianosis, retracción costal, sibilancia y/o aleteo nasal. - Signos sistémicos inespecíficos: decaimiento, irritabilidad, rash cutáneo, tos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.
<p>ESTIMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL</p>	
<p>Área socioemocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 niño o niña en brazos o en porta bebé (PARN). • Cuando el llanto persista, a pesar de atender adecuadamente, fomentar el consuelo efectivo: interacción cara a cara con el niño o niña, hablarle suavemente, mecerle, etc. • Aprovechar los espacios de lactancia para estimulación cara a cara, auditiva y táctil. • Fomentar uso del cuaderno descubriendo juntos el cual contiene recomendaciones para lactancia, área sociemocional, sueño, juego y estimulación entre otros.
<p>Área física</p>	<p>2 y 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 cara a cara. • 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. • Tocarlos con distintos objetos y texturas (suave, áspero o seda). • Se recomienda poner al niño o niña sobre una goma Eva, ofreciéndole juguetes grandes y vistosos para jugar, gasas o pañuelos de colores hacia él o ella. <p>4 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, con el sentido de movimiento desarrolla balance y control. • Inclinar cuidadosamente la goma eva para que el niño o la niña gire. • Mostrarle al niño o la niña objetos que llamen su atención (cascabeles, tazas de plástico sin contenido, cucharas de madera o paños de colores) a una distancia dentro del alcance de la niña o niño y motivarlo para que los tome. • Mostrarle al niño o la niña su imagen frente a un espejo. • Fomentar la asistencia al taller del primer año de vida con foco en área motora.

Área socio-
comunicativa

- Imitar los sonidos que el niño o la niña emite.
- Fomentar que el adulto se ponga cerca de su hijo/a y haga sonidos con la boca (moviendo lengua, emitiendo sonidos silbantes, guturales, gruñidos, etc), siempre mirándolo a los ojos (cara a cara).
- Aprovechar instancias como el baño, alimentación y juego para conversarle y cantarle.
- Ir describiéndole las actividades que se van realizando con el niño o niña.
- Fomentar la asistencia al taller del primer año de vida con foco en área lenguaje.
- Fomentar el uso de música y canto de canciones con movimientos corporales frente al niño o niña.

BANDERAS ROJAS EN CONTROLES DE SALUD DE LOS 2, 3 Y 4 MESES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes reaizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Incremento ponderal discrepante con la Curva OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar incremento ponderal según la curva esperada para cada niño o niña. • Corregir por edad gestacional cuando corresponda. • Educar en técnica efectiva de lactancia materna. • Si se requiere extracción de leche, educar sobre técnica y dar indicaciones de extracción de leche. • Control en consulta de lactancia o similar para asegurar buen incremento ponderal.
Malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a interpretar señales de hambre del niño o niña. • Reforzar lactancia materna exclusiva y que la alimentación complementaria debe comenzar luego de los 180 días de vida (6 meses). • Si corresponde, revisar la indicación de preparación de mamaderas y horarios de alimentación. • Educar en alimentación pausada con mamadera. • Reforzar hábitos de alimentación equilibrada para madre y familia.
Malnutrición por déficit	<p>Riesgo de Desnutrición (P/E: - 1 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/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". <p>Desnutrición (P/E: - 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para diagnóstico y tratamiento.
Problemas de lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (24). • 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. • Sugerir contactar a grupos de apoyo. Derivación a consulta de lactancia lo antes posible.
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico: los episodios de reflujo se asocian con complicaciones como esofagitis, compromiso nutricional con pérdida de peso, complicaciones respiratorias, irritabilidad, rechazo a las tomas de leche e hiperextensión cervical. En caso de sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico se debe derivar a médico/a. • Derivar a Servicio de urgencia: si existe inicio precoz antes de las 2 semanas de vida. Vómitos persistentes, vómitos en proyectil, vómitos biliosos. Distensión abdominal marcada, signos peritoneales. Mal incremento ponderal/rechazo alimentario persistente. Hematemesis o rectorragia/hematoquecia. Signos neurológicos (fontanela abombada, convulsiones, alteración de conciencia). Hepatoesplenomegalia asociada a síntomas sistémicos: fiebre, deshidratación y/o compromiso del estado general.

Colecho inseguro	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que la familia haya decidido practicar colecho, de debe educar respecto a los riesgos de morir por aplastamiento y/o sobreabrigo, asociada a las siguientes prácticas de colecho: <ul style="list-style-type: none"> - Que en la cama que duerme el lactante y sus padres, además duerman otros hermanos, otras personas o mascotas. - Que la cama no sea lo suficientemente grande para que duerman el padre, madre y lactante. - Padre y/o madre que refieren situaciones de cansancio. - Padre y/o madre con malnutrición por exceso (por riesgo de aplastamiento). - Padre y/o madre usuarios de medicamentos que alteren estados de conciencia (relajantes musculares, benzodiazepinas, inductores del sueño, entre otros). - Padre y/o madre con consumo de alcohol, cigarro y/o drogas. - Recién nacidos/as prematuros y/o bajo peso de nacimiento. • Si el colecho se asocia a riesgos biopsicosociales, activar alertas de vulnerabilidad, evaluar caso con equipo de cabecera.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar entre disquecia del lactante (proceso fisiológico) y Enfermedad de Hirschsprung. El lactante presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). • No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. • Derivar a médico/a y/o servicio de urgencia.
Presencia de candidiasis oral	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para iniciar tratamiento. • Reforzar higiene de la boca y de utensilios en el caso de niño o niña no amamantados. • Evaluar presencia de micosis del pezón de la madre y moniliasis en genitales del niño o niña.
Frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar derivación a odontólogo(a) general o especialista (odontopediatra, cirujano infantil, cirujano maxilofacial).
Riesgo de anemia en población migrante	<ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas migrantes con padres con antecedentes de anemia falciforme o talasemia (hemoglobinopatías), derivar a especialidad (hematología).
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a, para evaluación y posible interconsulta a otorrinolaringología infantil.
Retraso en calendario de vacunas (2 y 4 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar en causas que provocaron retraso del calendario. • Educar respecto a la seguridad y protección de las vacunas. • Si tiene vacunas pendientes, derivar a vacunatorio para regularizar calendario.
Alteraciones en el proceso de reestructuración familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Emergen conflictos en la pareja, que no son posibles de resolver por sí solos. • El padre y/o particularmente la madre, no es capaz de sobrellevar el cuidado de otros hijos y dar respuesta a los requerimientos del lactante. Se siente sobrepasada, sin saber cómo actuar al respecto.

<p>Madre con síntomas depresivos según Escala Edimburgo (2 meses)</p>	<p>Una puntuación de 10 o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivación asistida (el profesional toma la hora directamente) a médico/a para confirmación o descarte de depresión y eventual ingreso a GES. • Potenciar redes de apoyo de la madre. • Fomentar los tiempos de descanso, actividad física, recreativos y ayuda en labores diarias para la madre. • Vincular a la madre con otras madres, por ejemplo, en grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM), entre otros. <p>Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 (síntomas suicidas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del riesgo vital (ideación, planificación o ejecución). • Asegúrese que la mujer sea atendida en forma inmediata por médico/a 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" (23). • 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.
<p>Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. • Detección de riesgos biopsicosociales y llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. • Derivar a modalidad de estimulación por categoría normal con riesgos biopsicosociales, y monitorear las alertas generadas en el control en el SRDM. • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (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. • Indagar acerca del uso permanente y adecuado del cinturón de seguridad por los adultos y el SRI. Educar y fomentar su uso, orientados mirando hacia atrás
<p>Niño o niña difícil de consolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la madre/padre y cuidadores/as en técnicas de manejo del llanto (porteo, uso de sonidos blancos, mecer, amamantar, arrullar, cambios de posiciones, cantar, etc. todo siempre con un adecuado tono afectivo del adulto). Y evaluar acciones realizadas por la madre/padreo cuidadores/as, para detectar aquellas que puedan aumentar el estrés (dejarlo solo/a, dejarlo llorar, alejarlo, gritarle, etc). • Revisar resultados de escala de 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 consejo breve.
<p>Señales de violencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> – 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" (21). – 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" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
<p>Examen neurológico alterado (3 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ante persistencia de protocolo neurosensorial anormal o examen neurológico alterado: derivar a neurología infantil. • Derivar a Taller de promoción del desarrollo motor en el primer año.

Protocolo de evaluación neurosensorial alterado (1 a 3 ptos)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reevaluación en control de los 2 meses con profesional de enfermería entrenada/o de protocolo neurosensorial, en caso de persistir alteración derivar a médico/a. Consignar en ficha reevaluación en control de los 3 meses con médico/a y aplicación de protocolo neurosensorial, en caso de persistir alteración derivar a nivel secundario para evaluación por especialista (neurología infantil). Derivar a Taller de promoción del desarrollo motor en el primer año.
Protocolo de evaluación neurosensorial alterado (≥ a 4 ptos) y/o existencia de macrocefalia o microcefalia	<ul style="list-style-type: none"> Si en reevaluación se obtiene puntaje ≥ a 4 puntos, derivar a neurología infantil en nivel secundario. Derivar a Taller de promoción del desarrollo motor en el primer año.
Pauta breve alterada (4 meses)	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a evaluación con Test del DSM dentro de los siguientes 15 días siguientes. En caso de Test del DSM alterado seguir flujograma descrito y derivar a MADIs. Realizar seguimiento y coordinar plan de intervención.
Presencia de síntomas de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, sibilancia, cianosis, aleteo nasal), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad, derivación inmediata a médico/a para diagnóstico e indicación de tratamiento.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	<p>Moderado y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivación a talleres IRA. Consejo breve antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios, y referir a un servicio de urgencia si se estima necesario. 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.
Sospecha de BRUE	<ul style="list-style-type: none"> Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a médico/a con urgencia.
Radiografía de pelvis alterada (3 meses) o signos sugerentes de displasia luxante de cadera	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta urgente a traumatólogo/a infantil para diagnóstico. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 30 días, por sospecha de enfermedad GES (Displasia luxante de cadera).
Alteraciones oftalmológicas	<p>Rojo pupilar alterado o leucocoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar para interconsulta urgente a oftalmólogo/a para diagnóstico y eventual tratamiento. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad GES (Cáncer en personas menores de 15 años). <p>Estrabismo fijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar para interconsulta urgente a oftalmólogo/a para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad GES (Estrabismo en menores de 9 años). Presencia de factores de riesgo de patología oftalmológica (familiares o personales). Si cumple con factores de riesgo: derivar a Oftalmólogo/a para la evaluación por especialista.

Sospecha de cardiopatía congénita	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a especialidad para confirmación diagnóstica. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 21 días, por sospecha de enfermedad GES (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Ictericia persistente o tardía (2 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Si el control es realizado por médico/a, solicitar urgentemente bilirrubina total y directa para descartar patología hepática (por ejemplo: atresia biliar). • Si el control es realizado por enfermero/a, derivar a consulta con médico/a para evaluación y eventual solicitud de exámenes o derivación a servicio de urgencia.
Hemangiomas	<p>Derivar a dermatología el hemangioma cuando este es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. • Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). • Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). • Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Dermatitis atópica o alérgica	<p>Indicar medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baños cortos con agua tibia (no muy caliente). • Hidratación diaria con crema hipoalergénica o aceite neutro de origen vegetal. • Ropa 100% de algodón sin broches metálicos ni etiquetas. • Lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante. • Evitar alérgenos (perfumes, desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, barbas de los hombres, ropa de los padres, etc.).
Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar en forma urgente a cirugía infantil y/o a médico/a en caso de que el control sea realizado por profesional de enfermería.
Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	<ul style="list-style-type: none"> • Si existe sospecha clínica hipoacusia o cumple con factores de riesgo, derivar en forma urgente a otorrinolaringología infantil para confirmación diagnóstica.

3.2.2.2. CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 5 MESES

Período	5 meses a 5 meses 29 días			
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado nutricional integral del niño o la niña, considerando su estado de salud y contexto psicosocial. • Realizar la pesquisa precoz de alteraciones de la salud que se relacionen con la nutrición y los hábitos alimentarios • Fomentar y proteger la lactancia materna exclusiva hasta cumplidos los 6 meses de vida y complementada hasta los 2 años o más. • Educar a la familia respecto a 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, para la prevención temprana de enfermedades no transmisibles. • Educar a la familia en torno a estilos de vida saludable, fomento de hábitos alimentarios y actividad física. 			
Profesional	• Nutricionista.			
Instrumento o herramienta	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía (anexo 22). • Revisar aplicación y resultado de "Pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso" en control de salud del 4 mes (anexo 23). 			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material a entregar	Registro en SRDM
30 minutos	Universal	Individual	Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde.	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar en ficha clínica la información de los controles anteriores realizados al niño o niña. • Revisar relación vincular y si hubo alguna intervención, revisar resultados de este. • Revisar el registro de inmunizaciones al día, según calendario, de no estar completo derivar a vacunatorio. • Revisar historia de lactancia materna y alimentación. • Revisar alimentación de los padres y rutinas alimentarias. • Revisar el registro del retiro de alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. • Revisar si se aplicó "Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso" en control de salud del 4to mes. 			
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la presencia de factores de malnutrición por exceso. • Preguntar sobre lactancia materna (se efectúa en forma exclusiva y a libre demanda, sin restricciones). • Indagar si la familia le ha dado otro alimento o líquido que no sea leche materna o si ya han comenzado con la alimentación complementaria. • Consultar si tiene conocimiento referente a la extracción, mantención y conservación de la leche materna. • Si la madre debe reintegrarse a la vida laboral o educacional (colegio o educación superior), ya lo hizo, con el objetivo de consultar si mantiene o mantendrá la lactancia materna y si el lugar de trabajo o escuela cuenta con las condiciones (instalaciones o permisos) adecuadas para el amamantamiento. • Valorar alimentación con fórmula, frecuencia y preparación. Volumen y velocidad en qué el niño/niña ingiere la leche. Uso de chupete y mamadera. • Preguntar por quién cuidará y alimentará al niño o niña si la madre ingresa a trabajar o estudiar. • Si ya ha regresado a las actividades antes mencionadas, indagar en cómo esto ha afectado la alimentación del niño o la niña. • Indagar si ha tenido complicaciones y si desea seguir amantando y cuál es la expectativa. • Si recibe suplementación diaria: vitamina D (400UI) y hierro (1mg/kilo/día). • Consultar por intolerancias y alergias alimentarias. 			

<p>Aspectos socioemocionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a la madre/padre y/o cuidadores/as respecto a: <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se sienten respecto al cuidado del niño o la niña. • La personalidad y preferencias del niño o niña (solicitar que lo o la describan). • Situaciones que le causan malestar y grado de consolabilidad. • Preguntar sobre el uso de porta bebé (Mei-tai) del ajuar de Chile Crece (facilitadores y obstaculizadores para el uso). • Dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo y comportamiento de su hija o hijo. • Cómo ha influido la llegada de su hijo o hija en las rutinas diarias de la familia. • Si han surgido cambios significativos en la familia tras el nacimiento de su hijo/a (pareja, padres e hijos, hermanos). • Observar si el niño o la niña se muestra dispuesto a explorar en los momentos en que disminuye el estrés en la consulta. También si mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal, buscando la interacción con ellos y les sonríe. • Observar la interacción y comunicación entre el niño o la niña con sus padres (cuando lo toman, lo desvisten, le hablan, etc.), especialmente en momentos de mayor estrés durante el control. • Evaluar si los padres y/o cuidadores le anticipan lo que ocurrirá durante la consulta o bien, se demuestran un trato sensible (lectura e interpretación de las señales del niño o niña) en la interacción socioemocional con su hijo o hija. • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre para las decisiones relacionadas a la crianza y paternidad/maternidad.
<p>ANTROPOMETRÍA Y EVALUACIÓN GENERAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 MESES</p>	
<p>Antropometría</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar longitud. • Evaluar peso. • Medición de perímetro craneano, determinar existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla), microcefalia, o deformidades (plagiocefalia o craneosinostosis) • Palpar fontanela anterior (tensión y tamaño). • Observar piel y mucosas (color e hidratación). • Inspección del estado general del niño o niña
<p>DIAGNÓSTICOS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo. • Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). • Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). • Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). • Lactancia materna con o sin dificultades (normal o anormal, especificar problema). 	

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 5 MESES

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. • Fomentar la extensión de la lactancia materna hasta al menos los 2 años de vida, o hasta que la madre y la familia. • Mantener lactancia materna libre demanda, fomentando la autorregulación durante toda la duración de la lactancia. • Explicar la importancia de la incorporación de alimentos complementarios en forma adecuada en cantidades y horarios para disminuir los factores de riesgo de malnutrición por exceso en la infancia. • En el caso de niños o niñas no amamantados, promover la alimentación pausada en mamadera. • Ofrecer alimentos complementarios no lácteos a partir de los 6 meses de vida (180 días), respetando las señales de hambre y saciedad del lactante, sin forzar. • Evitar malas prácticas como alimentar al niño o niña, mientras ve pantallas, ofrecer premios, castigos, etc. Cartillas de Chile Crece Contigo de Introducción Respetuosa de los alimentos. • Fortalecer conceptos 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. • 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. • Dar consejos prácticos de cómo cocinar, almacenar y ofrecer los alimentos a un niño o niña de esta edad según la realidad de cada familia. Educar respecto al correcto uso de la silla de comer y de los utensilios apropiados (acordes al tamaño de la boca del niño o niña, idealmente de materiales no plásticos). • Educar en la manipulación de alimentos y contaminación cruzada: <ul style="list-style-type: none"> - La importancia de utilización de alimentos saludables, 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, etc. • Explicar la importancia de dar alimentos CERO SAL y CERO AZUCAR, durante al menos los 1.000 primeros días de vida (mantener esta indicación el mayor tiempo posible). • 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. • Indicar medidas promocionales y preventivas para implementar en el entorno familiar, de acuerdo con los hábitos de alimentación y los resultados del estado nutricional de los padres. • Recomendar videos y material educativo de Chile Crece Contigo, relacionados con la alimentación respetuosa (revisar sitio web).
Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Deben estar físicamente activos varias veces al día de diferentes formas, especialmente mediante el juego libre en el suelo, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona (boca abajo) repartidos a lo largo del día mientras estén despiertos, que favorezcan el movimiento y actividad. • Los NN menores de 2 años no deben pasar tiempos de sedentarismo frente a pantallas. • Buena calidad de sueño (tiempo recomendado de 12 a 16 horas).
Guías anticipatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a las madres, padres y/o cuidadores respecto al cambio de la consistencia de las deposiciones asociadas a las modificaciones alimentarias (anexo 18).

Cuidados de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la higiene bucal, para el niño o niña y para la familia. • Si no han erupcionado dientes, realizar higiene bucal al menos 1 vez al día, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda, pañal de tela o dedal de silicona. • Con la erupción del primer diente, comenzar cepillado con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor, sin enjuague posterior. • Recomendar cepillo es personal, pequeño y con cerdas suaves • Usar pasta de dientes entre 1000 y 1500 ppm de flúor, y la cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, siempre dispensada por un adulto. • Reforzar consumo de alimentos no azucarados y de agua pura (el agua en Chile esta fluorada y protege contra las caries). • Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado de dientes, cuidado en alimentación, etc.). • Reforzar la no succión de dedos como hábito.
Derivación	<ul style="list-style-type: none"> • Control de los 6 meses.

BANDERAS ROJAS EN CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 5 MESES	
SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Riesgo psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de las alertas y registro en SRDM. • Promover uso de página: www.crececontigo.cl y de cuaderno descubriendo juntos. • Derivar a MADIs. • Invitar a participar en los talleres para el fomento de competencias parentales, como (NEP) Nadie es Perfecto, en caso de no asistir a taller de promoción del primer año de vida con foco en lenguaje y motor. • Vincular a grupos comunitarios u otras iniciativas de promoción del desarrollo infantil y la crianza.
Lento incremento ponderal con desviación del rango de normalidad en curva OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar factores asociados. • Revisar técnica de lactancia materna y si requiere apoyo en educación de extracción y administración de leche. Ver manual operativo "Acompañando tu lactancia". • Si mantiene o no LME, evaluar los motivos en caso de que la madre no está amamantando de forma exclusiva. • Educar en técnica de lactancia materna. • Reevaluar en consulta de seguimiento de lactancia u otra prestación similar, para asegurar un incremento ponderal.
Problemas de lactancia, ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar dependiendo de la causa del problema, y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado (45). • Derivar a médico/a en caso de requerir diagnóstico y tratamiento. • Sugerir contactar a grupos de apoyo. • Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. • Derivar a consulta de lactancia. • Promover uso de material Chile Crece Contigo (cartilla de extracción y alimentación complementaria, videos de lactancia materna).
Mal nutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un consejo breve en estilos de vida saludable. • Elaborar un plan de trabajo de intervención individual y familiar en alimentación, 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	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). • Elaborar un plan de trabajo específico de intervención individual y familiar en alimentación y actividad física, y plan de seguimiento. • En caso de contar con el programa Elige Vida Sana, derivación cuando el niño o niña cumpla 6 meses.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	<p>Moderado y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivación a talleres IRA. • Consejo breve antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. • Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ChCC. • Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. • Derivar a médico/a para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y eventual derivación. <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la derivación a nivel secundario ante los siguientes hallazgos: - Crecimiento longitudinal (estatura) < -2 DS. - Vomitadores crónicos. - Diarrea a repetición. - Sangre en deposiciones. - Pérdida de apetito persistente. - Anomalías o dismorfias específicas en el examen físico. - Retraso del desarrollo psicomotor. - Distribución anómala de la grasa corporal. - Alteración en las proporciones corporales. - Signos carenciales. - Otros que se estimen pertinentes.
Riesgo de desnutrir	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la curva de crecimiento e incremento ponderal de acuerdo con la realidad individual: considerar carga genética, incremento mes a mes y corregir por edad gestacional al momento del nacimiento. • Derivar a profesional de nutrición. • En caso de sospechar patología asociada, derivar a médico/a.
Talla baja (≤ 2 DS)	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, déficit cognitivo, 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación existencia de signos de pubertad precoz, hiperplasia suprarrenal y/o señales de desproporciones corporales.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> - 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" (21). - 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" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>



3.2.3. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN LACTANTE MEDIO (6 A 11 MESES)

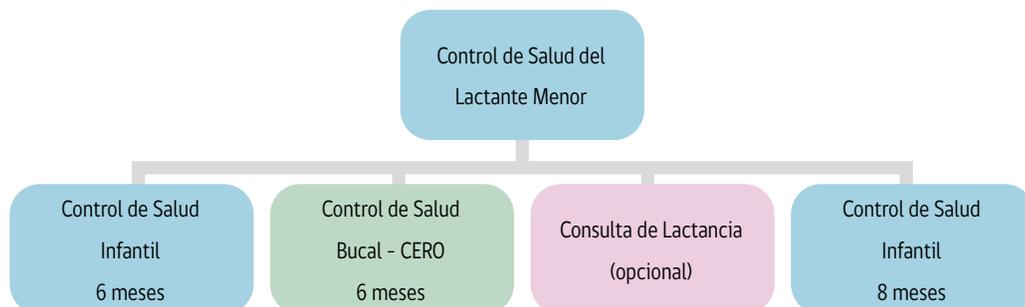
En este período, el lactante comienza a ver el mundo desde nuevas perspectivas. En este periodo generalmente comienza el desplazamiento autónomo, ya sea gateando (fase opcional del desarrollo), reptando o dando sus primeros pasos con o sin apoyo, lo que aumenta su exploración. El juego libre en suelo, así como el juego guiado por el niño o niña, donde el adulto sigue sus intereses, se convierten en una gran fuente de oportunidades y de estimulación. 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” (47).

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 lactante teme alejarse de su cuidador principal, pues aún no comprende del todo que volverá (47).

En la comunicación también existe un desarrollo considerable. Los lactantes 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.

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

Figura III - 7. Supervisión de Salud Integral para Lactante Medio.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSLA, 2021.

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, abdomen, antropometría). Explicar a los padres que es normal que a esta edad los niños y niñas lloren durante el examen.

Los hitos principales que se logran en este período son:

Tabla III - 5. Logros esperados en el desarrollo del Lactante Medio.

Área	6 a 7 meses	8 a 9 meses	10 a 11 meses
Motor grueso	<ul style="list-style-type: none"> - En prono: se mueve hacia adelante y atrás, el apoyo se encuentra en las palmas abiertas y muslos, cercanos a las rodillas. - En prono y supino: giro coordinado. - En supino: lleva los pies a la boca. Coordinación pie boca. - Paracaídas lateral - Sedestación: se sienta sin apoyo por segundos o logra sentarse en posición de trípode. - Flexa las rodillas con energía al ponerle de pie. 	<ul style="list-style-type: none"> - En prono: el apoyo se encuentra en las palmas y rodillas - Sedestación asistida (7-8 meses). - 8 meses: arrastre - 8-9 meses: podría comenzar el ganeo coordinado. - Intenta sentarse estando en supino y logra quedarse sentado/a sin apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Da sus primeros pasos con apoyo (10 meses) - Paracaídas horizontal. - Marcha lateral (en posición bípeda, afirmado de algo se desplaza lateralmente).
Motor fino	<ul style="list-style-type: none"> - Toma objetos con la palma de la mano. - Transfiere objetos de una mano a la otra. - Coordina mano - pie - boca (7 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma 2 cubos con pinza intermedia (término lateral). - Golpea objetos entre sí. - Busca un objeto que cayó en silencio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lanza objetos con intención. - Revuelve con cuchara.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Explora el mundo a través de la vista y llevándose los objetos a la boca. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla concepto de permanencia del objeto. - Aprende juegos interactivos. - Distingue continente de contenido (entienden que hay cosas dentro de otras). 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Balbucea y vocaliza. - Reconoce su nombre. - Se gira a la voz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice disílabos (da-da, pa-pa, ma-ma) inespecíficos. - Imita sonidos. - Hace adiós con la mano y aplaude (9 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice la primera palabra con intención (11 meses), dice papá específico. - Entiende concepto del "no". - Baila con rebote al son de la música.
Socio-emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Es sociable, interactúa con sus padres. - Reconoce rostros familiares. - Comienza a desconocer a extraños (7 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se muestra aprensivo con extraños, los desconoce. - Busca a sus padres como fuente de juego y resguardo. - Ansiedad de separación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siente miedo. - Mirada preferencial a su nombre. - Pide ayuda.

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSLA, 2021.

3.2.3.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 6 Y 8 MESES

Periodo	Edad	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	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar integralmente el crecimiento y desarrollo del niño o niña, considerando su etapa, familia y ambiente. • Pesquisar precozmente factores y conductas protectoras y de riesgo para la salud del niño o niña y su familia. • Pesquisar precozmente alteraciones de la salud en el niño o niña, considerando todas las áreas del desarrollo. • Formular los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña. • Detectar en la madre síntomas de depresión materna y promover un desarrollo vincular saludable. • Educar a madres/padres y cuidadores/as respecto al crecimiento, desarrollo, salud y crianza positiva/respetuosa de niños y niñas. • Apoyar a la madre/padre y familias para el retorno al trabajo. • Promover la lactancia materna complementaria. • Orientar a madres/padres y cuidadores/as sobre la prevención de enfermedades y accidentes en niños y niñas. • Educar a madres/padres y cuidadores/as respecto al autocuidado y el establecimiento de conductas que promueven una adecuada salud integral. 			
Profesional	Enfermera/o o médico/a.			
Instrumento o herramienta	6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía. • Escala de depresión postparto de Edimburgo. • Entrega de pauta de seguridad infantil. 		
	8 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía. • Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). • Revisión pauta de seguridad infantil, completada por los padres. • Revisión Pauta CERO realizada por el odontólogo/a. 		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
6 meses: 30 minutos 8 meses: 4 a 50 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior. • Revisar score de riesgo de morir por neumonía, del control anterior. • Revisar registro de inmunizaciones y calendario al día según edad. • Revisar si las alertas de vulnerabilidad psicosocial generadas en SRDM fueron resueltas. • 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 y paula CERO aplicada por odontólogo/a. 			

<p>Hábitos alimentarios</p>	<p>Evaluar continuidad de la lactancia materna, considerando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se efectúa en forma complementaria y a libre demanda (sin horario). • Dificultades asociadas: dolor, sangramiento, percepción de hipogalactia, otras molestias u otras dificultades en la lactancia. • Motivos del abandono en mujeres sin lactancia o con lactancia mixta. • Si la mujer regresó a su trabajo, preguntar si cuenta con las condiciones (instalaciones o permisos) adecuadas para el amamantamiento. Y si conoce las técnicas de extracción, traslado y conservación de la LM. • Evaluar alimentación con fórmula, en madres sin lactancia. Preguntar sobre preparación, frecuencia, velocidad y volumen ingerido. • Evaluar adaptación al inicio de la alimentación complementaria: procesos fisiológicos (neofobias, extrusión, experiencias sensoriales, etc.). Indagar en frecuencia, calidad y cantidad de las comidas sólidas (variedad, preferencias, selectividad y dificultades). • Indagar sobre el ambiente y horarios de alimentación. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc.). • Preguntar respecto al uso de mamadera y de chupete • Indagar sobre consumo de agua pura, así como por el consumo de bebidas o jugos (artificiales y de frutas). • Indagar sobre el consumo de alimentos altos en nutrientes críticos (azúcar, sal, grasas, calorías). Además, debe considerar hábitos alimenticios y preferencias del niño o niña, junto a su familia. • Realizar educación con cartillas de Crianza Respetuosa, acorde a la temática.
<p>Patrones de eliminación intestinal y urinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrones de eliminación, frecuencia (número de pañales en 24 horas), características de la orina y las deposiciones. • Indagar sobre rutinas de higiene asociadas. • Preguntar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación.
<p>Patrones e higiene del sueño y descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar higiene y patrones del sueño, ambiente, horas de sueño, rutinas establecidas, posición al dormir, ropa de cama y vestimenta. Considerar sueño diurno y nocturno. • Indagar sobre dificultades asociadas al sueño y descanso. • Indagar sobre ronquidos o ruidos respiratorios. • Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en los padres/madres y/o cuidadores/as.
<p>Actividad física y/o recreativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar tipo de actividad y participación de los adultos en el juego, la respuesta del adulto y la interacción entre ambos. • Indagar respecto al uso de andador, saltarina, estación de juego u otro similar. • Preguntar por el uso de implementos de estimulación (goma eva, libro, etc.) del ajuar y específicamente juego libre en suelo. Posiciones en prono y supino y tiempo que el niño o niña permanece y tolerancia. • Preguntar sobre el uso del set "Acompañándote a descubrir 1". • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, etc.). • Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición, tipo y contexto.
<p>Hábitos de aseo e higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre rutinas y prácticas asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, higiene bucal, lavado de pelo, lavado de genitales y muda, corte de uñas, cambio de ropa, lavado de manos y cara. Indagar frecuencia y uso de productos específicos.
<p>Salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a CERO y aplicación de la pauta CERO. • Indagar sobre forma y frecuencia de higiene oral. • Detectar factores de riesgo: consumo de productos azucarados, consumo de mamadera nocturna, succión digital.

Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre prevención a la exposición solar. • Evaluar sobre las medidas de seguridad en sus actividades habituales, tanto de adaptación del entorno como de supervisión y cuidado diario de los adultos responsables. • Indagar sobre acciones asociadas a la: prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas), uso de pantallas, uso de silla de autos, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, etc. • Indagar sobre el uso de andador, saltarina, centros de entretención, etc.
Desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a los padres/madres y/o cuidadores/as sobre dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo, y comportamiento de su hija o hijo. • Indagar sobre estado emocional de la madre y el padre, proceso de adaptación familiar, adquisición del roles y presencia de redes de apoyo. • 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. • Si la madre retorno al trabajo/estudios, preguntar relación con la persona (casa o sala cuna) que cuida al niño o niña y proceso de adaptación. • 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/a principal. Si se consuela en sus brazos, especialmente en los momentos de mayor estrés de la consulta (ej. luego de pesarlo y medirlo). • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre, en la toma de decisiones en relación con temas de crianza.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar longitud. • Evaluar peso. • Evaluar perímetro cefálico, determinar la existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla) o microcefalia, signos de craneosinosis (cierre prematuro de suturas) y deformaciones (ej. Plagiocefalia). • 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.
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad, color de la piel). • Evaluar estado de conciencia y nivel de actividad. Y considerar la evaluación de signos vitales, según pertinencia. • Descartar malformaciones evidentes.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar tono y movilidad. Simetrías en la movilización de extremidades y en los reflejos. • Descartar hipotonía o hipertonia marcada generalizada o de segmentos corporales. • Evaluar presencia de clonus y/o hiperreflexia. • Evaluar reflejos: cócleo palpebral, aquiliano simétricos, paracaidista. • Ausencia de reflejos arcaicos (Moro puede persistir en forma normal hasta los 6 meses). • Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor, sensorial, coordinación, comunicación.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la presencia de hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos. Describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Inspeccionar la presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas. Describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. • Inspeccionar estado e higiene de las uñas.

Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar y palpar cráneo, morfología, distribución del pelo (presencia de alopecia), presencia de ectoparásitos (pediculosis), presencia de plagiocefalia o alguna deformidad. • Palpar fontanela anterior presente: extensión y tensión.
Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). • Hallazgo de adenopatías: buscar otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis), síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis / sudoración nocturna) y hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Evaluar desviación ocular (Test de Hirschberg, en caso de duda realizar Cover Test). • Observar si existe secreción ocular o epífora.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el Control de Salud es realizado por un profesional entrenado). • Evaluar que el lenguaje expresivo y comprensivo 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). • Preguntar si el niño o niña está atento a los sonidos, gira la cabeza y orienta bien al sonido.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • 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 6 meses). • Revisar factores de riesgo de enfermedades bucales con componentes de pauta CERO.
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar pulsos periféricos, presentes y simétricos, con énfasis en pulsos femorales. • Auscultación cardíaca: descartar soplos cardíacos, ritmo regular o irregular, 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).
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar presencia o ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente abdominales e inguinales). • Palpar distensión abdominal. • Descartar masas palpables.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Extremidades: descartar asimetrías en movimiento o fuerzas y de pliegues, malformaciones (polidactilia, pie equino, sindactilia entre otras). • Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar ano y descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. • En niños, palpar la presencia de testículos en el escroto (descartar criptorquidia), ausencia de líquido libre en escroto (hidrocele), fimosis (fisiológica hasta los tres o cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. • Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. • En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a cirugía infantil o urología infantil, de lo contrario se considera fisiológica. • En niñas, inspeccionar para descartar la presencia de sinequias, secreción y olor anormal. • Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.

Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de lesiones más graves de lo esperado con discordancia con la historia entregada. • Evaluar la presencia de múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención en salud. • Evaluar la presencia de fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios poco habituales. • Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. • Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de familia. • Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo. • Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). • Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). • Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). • Desarrollo integral: áreas del desarrollo (clínico o con instrumentos, según corresponda). • Pesquisa de problemas de salud. • Lactancia materna con o sin dificultades (normal o anormal, especificar problema). 	
INDICACIONES Y ACUERDOS EN CONTROL DE SALUD DE LOS 6 A 11 MESES	
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar a sistema SRDM para registrar y levantar alarmas de vulnerabilidad, para posteriormente realizar seguimiento y resolución. • Derivar a equipo de cabecera para plan integral de cuidados a MADIs para su intervención preventiva y promocional del desarrollo.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar mantención lactancia materna a libre demanda como principal fuente de alimentación en este período. • En caso de lactancia parcial o sin lactancia, evaluar posibilidad de reinducción. • En niños y niñas no amamantados indicar fórmulas lácteas o de inicio, según disponibilidad. • Anticipar el retiro de la mamadera nocturna y anunciar el riesgo cariogénico de esta mamadera. • Educar respecto al correcto uso de la mamadera en niños y niñas no amamantados, fomentado alimentación pausada y/o uso de vaso en su reemplazo.
Hábitos alimentarios: hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar el consumo de agua potable pura (250 a 500cc diarios de manera gradual), evitar consumo de bebidas y jugos (artificiales y naturales). En niños y niñas amamantados el consumo puede ser menor. • Recomendar el consumo de frutas molidas y luego en trozos y no en versión jugo, ya que aumentan el índice glicémico.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas amamantados mantener hierro (sulfato ferroso) 1mg/kilo/día. En niños y niñas con lactancia mixta revisar si la dosis de fórmula cubre requerimiento. • Continuar con suplementación de vitamina D 400 UI (número de gotas acordes a la presentación).
Guías anticipatorias: eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a la disquecia del lactante (menores de 9 meses sanos), presenta esfuerzo de al menos 10 minutos y llanto antes de defecar, pero con deposiciones blandas, que se puede presentar por un máximo de 5 a 7 días (ver bandera roja de Enfermedad de Hirschsprung). Se debe hacer la distinción con signos patológicos tales como deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distención abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). • No se debe realizar estimulación rectal (uso de termómetros, calitas de jabón, etc), ni recomendar el uso de laxante ni de otros medicamentos. Favorecer el masaje abdominal (en el sentido del reloj) y de zona sacra; y flexión de rodillas.

Hábitos alimentarios: alimentación complementaria

- Indicar introducción de alimentos sólidos (no antes de los 6 meses), de acuerdo con el grado de madurez de cada niño o niña: capacidad de sostener la cabeza y el tronco, presencia de dientes, capacidad de llevar alimentos a la boca con las manos, apertura de la boca al ofrecer una cuchara, ausencia de reflejo de extrusión, presencia de masticación.
- Recomendar iniciar alimentación complementaria con alimentos en consistencia de puré, sin pedazos de sólidos, en paralelo se le puede ofrecer alimentos blandos.
- De acuerdo al nivel de madurez del niño o niña, antecedentes de salud y edad (desde los 8 meses), paralelamente a la sopa puré, se puede recomendar iniciar alimentación con trozos de frutas, verduras blandas o cocidas para que pueda masticar, comer con sus manos y practique la alimentación guiada por el niño o niña.
- Educar a la familia, respecto al proceso de alimentación como gradual y progresivo. Es importante señalar que el momento de las comidas deben ser idealmente en un ambiente grato, para alimentarse y compartir tiempo en familia. Que el niño o niña no debe recibir distracciones para que se alimente (no usar celular, tv u otros, para que abra la boca "sin darse cuenta"), debe percibir con todos sus sentidos los alimentos nuevos y que es normal el rechazo (neofobia), que se debe seguir insistiendo para que adapte a los nuevos estímulos (sabores, texturas, olores, colores, etc.), lo que hará que gradualmente aumente el volumen de comida que ingiere. Se debe ir variando los ingredientes y texturas de los alimentos, siendo recomendable los alimentos frescos y preparados el mismo día, en caso de congelar los alimentos resguardar las medidas de higiene y conservación (preferir recipientes de vidrio).
- Enseñar que la silla de comer debe ser segura y adecuada al tamaño del niño o niña, que permita poder explorar con sus manos y que de sostén y sujeción a los pies. Muchos niños o niñas que presentan rechazos pueden sentirse más seguros en brazos de la madre o padre (inicialmente). Los utensilios por utilizar deben ser libres de BPA, por lo que se recomienda el uso de materiales no plásticos. La cuchara debe ser pequeña y acorde al tamaño de la boca del niño o niña. El almuerzo y la cena puede ser acompañado de agua pura, para incentivar su consumo.
- **6 meses:** indicar iniciar almuerzo con alimentación complementaria, preparada con verduras variadas (cualquiera), carne roja magra (por ejemplo, posta), pavo o pollo, se pueden agregar cereales (sémola, arroz o fideos ¹) en forma ocasional cuidando que el estado nutricional del niño o niña permanezca eutrófico ². La comida debe ser sin sal, pero se le debe añadir una cucharadita de aceite vegetal antes de servir. De postre dar fruta de cualquier tipo, sin azúcar.
- **8 meses:** incorporar cena y postre de características similares al almuerzo.
- **10 meses:** dependiendo del nivel de maduración del niño o niña, modificar la consistencia de los alimentos a uno más sólido (molida con el tenedor).

¹ No está claro si la introducción de gluten en el periodo 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".

² Se recomienda revisar "Guía alimentaria para población chilena" (MINSAL, 2013) y "Informe Final: estudio para revisión y actualización de las guías alimentarias para la población chilena" (MINSAL, INTA y Universidad de Chile, 2013).

<p>Higiene del sueño y descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del niño o niña. • Educar respecto a la higiene del sueño, horarios y rutinas previas a la hora de acostarse (evitar pantallas en las habitaciones mientras los niños y niñas duermen). • Deben tener de 12 a 16 horas (4 a 11 meses de edad) de sueño de buena calidad, incluidas las siestas. • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula. • Educar respecto a la inmadurez de los ciclos circadianos y regulación del sueño. Fomentar estrategias respetuosas de regulación del sueño: porteo, cantos, amamantar, mecer, tomar en brazos, etc. Los niños y niñas se relajan en la presencia de un adulto significativo. No se recomienda dejar llorar a los niños y niñas, ni medidas de adoctrinamiento del sueño, ya que esto genera estrés, causando efectos negativos en el neurodesarrollo y en el establecimiento del apego. • Uso correcto de la cuna y co-habitación segura hasta al menos el primer año de vida. • Entregar recomendación de prevención de muerte súbita: posición supina y cabeza lateralizada al dormir, evitar el sobreabrigo, no utilizar almohadas ni gorros, la ropa de cama no debe sobrepasar la línea intermamaria, no juguetes ni mantas alrededor al momento de dormir, evitar ambientes contaminados, en caso de dormir en cuna usar colchón firme y que no queden espacios entre el colchón y los bordes de la cuna. • Educar respecto a los posibles accidentes vinculados al sueño: los espacios entre los barrotes de la cuna deben ser menores a 6 cm (para evitar que la cabeza quede atrapada); no acostar para dormir a los NN en huevito, silla de auto, ni en sillón. • Fomentar la lactancia como un factor protector contra la muerte súbita.
<p>Actividad física (estimulación y juego libre) /</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deben estar físicamente activos varias veces al día de diferentes formas, especialmente mediante el juego libre en el suelo, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona repartidos a lo largo del día mientras estén despiertos, que favorezcan el movimiento y actividad. • Los NN menores de 2 años no deben pasar tiempos de sedentarismo frente a pantallas. • Pasear con el niño o niña idealmente en el Mei-tai o portabebé.
<p>Hábitos de higiene y cuidado de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el baño frecuente (no es necesario que sea diario). • Usar poco jabón (opcional) y solo en algunas zonas, el champú debe ser día por medio, aunque se bañe todos los días. Usar aceite neutro para lubricar la piel luego del baño. • Fomentar el masaje infantil como instancia de vinculación, juego, estimulación y lubricación de la piel. • Indicar no exponer directamente al sol, usar gorro y ropa adecuada, usar pantalla solar diariamente (todo el año, independiente del clima) en todas las áreas foto expuestas, la pantalla solar debe ser mineral (micropigmentos) debe ser hipoalergénica y factor solar sobre 30 FPS (repetir su aplicación de acuerdo a la exposición solar, en actividades al aire libre repetir al menos cada 4 horas). • Recomendar usar ropa de algodón y sin broches de metal, el lavado debe ser con detergente hipoalergénico y sin suavizante.
<p>Cuidados de la salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si no han erupcionado dientes, realizar higiene bucal al menos 1 vez al día, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda, pañal de tela o dedal de silicona. • Si han erupcionado dientes, realizar cepillado con pasta de dientes, al menos 2 veces al día sin enjuague posterior. • Cepillo personal, pequeño y con cerdas suaves. • Pasta de entre 1000 y 1500 ppm de flúor usar cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, siempre dispensada por un adulto. • Reforzar el concepto que los dientes primarios son tan importantes como los definitivos. • Advertir el riesgo cariogénico de las mamaderas nocturnas. • Para el alivio de las molestias de la dentición usar mordedores con gel frío o cubos de leche materna congelado. • Reforzar consumo de agua pura (el agua en Chile es fluorada y protege contra las caries).

<p>Medidas de seguridad y prevención de accidentes</p>	<p>6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecto a la utilización de silla de auto, el niño o niña debe ir mirando hacia atrás, nunca debe ser sacado/a de la silla para amamantar y/o consolar con auto en movimiento. • En relación con el correcto uso de coche: siempre abrochar el cinturón de seguridad, evitar riesgos de caídos en aquellos coches que se inclinan hacia atrás; tener cuidado al desarmar el coche para evitar heridas accidentales; evitar colocar carteras o bolsos pesados sobre las manillas, ya que podría causar que el coche se diera vuelta; aplicar frenos de las ruedas cuando el coche no esté en movimiento. • Respecto al uso del mei tai, recomendar correcto uso (anudado y posición del niño) y beneficios del porteo. Indicar revisión material Chile Crece Contigo. • Entregar recomendación de prevención de muerte súbita, posición supina y cabeza lateralizada al dormir, evitar el sobre abrigo, evitar ambientes contaminados, entre otros. • 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. • Entregar Pauta de riesgo de seguridad infantil (anexo 2). Esta pauta se entrega a la madre/padre y/o cuidadores/as 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. <p>8 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 o aparatos similares (saltarinas, centros de entretenimiento, etc.) en el Cuaderno de Salud de Niños y Niñas. • Revisar, en conjunto, la pauta de prevención de accidentes y el plan de trabajo. • Programar una visita domiciliaria cuando se detecten muchos riesgos o la familia no tenga claridad de como disminuirlos.
<p>Prevención de enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar en no estar en contacto con personas enfermas y favorece el lavado de manos. • Educar en 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 sobre abrigar en época de calor (solo usar una capa de ropa más que los padres). <ul style="list-style-type: none"> - Educación respecto de signos alarma (cuándo debe consultar con médico/a y acudir a la urgencia): - Ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, preferir aparatos digitales para evitar contaminación con mercurio). - Signos específicos de dificultad respiratoria: polipnea, cianosis, retracción costal, sibilancia y aleteo nasal. - Signos inespecíficos: decaimiento o irritabilidad, rash cutáneo, tos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.

Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a vacunatorio por vacunas programática. <ul style="list-style-type: none"> – Explicar los beneficios de la vacunación, tanto programática y campañas. – Derivar a Ingreso Programa CERO con Odontólogo. – Explicar los efectos secundarios esperables. – Indagar si en vacunaciones anteriores ha presentado alguna reacción adversa. – 6 y 8 meses: derivar a campañas de vacunación en caso de que corresponda (influenza). • Derivar a control de salud infantil a los 8 meses y luego a los 12 meses. • Derivar a control de salud bucal (CERO) a los 6 meses y luego a los 12 meses. • Si ambos padres trabajan, indicar opciones de cuidado para su hijo o hija mientras asisten al trabajo, orientarse sobre las salas cunas del sector y procedimientos para ingresar. En caso de considerarse necesario, citar a consulta de lactancia para apoyar a la madre que trabaja y educar en técnicas de extracción y conservación de leche materna.
ESTIMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL	
Área socioemocional	<p>Fomento de desarrollo integral - socioemocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a la madre o el padre preguntar al niño o la niña sobre lo que necesita y lo que le pasa. • Educar a los padres que alrededor de los 6 meses los niños y niñas pueden reconocer y responder a expresiones emocionales de los padres u otras personas. Se recomienda conectar con emociones a través de gestos, contacto físico y visual. • Indicar hacer de las rutinas diarias una instancia de intercambio afectivo, por ejemplo, que, durante el baño, muda, alimentación, al hacerlo dormir, hablarle con palabras simples y si bien no responde a esta edad, comprenderá que los adultos se intentan comunicar y que es una instancia de cariño. Que lo hagan con contacto físico visual y verbal. • Desaconsejar el uso de televisión y computador hasta los dos años.
Área física	<p>Motor grueso (6 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar ropa cómoda, suelta acorde al tamaño del niño o niña, que permita el libre movimiento. • Permitirle al niño o niña estar en prono sobre una superficie firme, como la goma Eva, dejando juguetes a su alcance para que pueda tomarlos y explorarlos. Permitirle girar, ya que desde este hito irá progresivamente sentándose (no se le debe sentar, si el niño o niña, aún no ha logrado de manera espontánea). • Con los mismos objetos que el niño o niña acostumbra a jugar, se podría mover hacia un costado y luego un poco más arriba, dejando que el niño o niña disfrute de sus logros, lo que significa que una vez alcanzo su objetivo, permitirle que juegue aún más tiempo. <p>Motor grueso (8 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darle la libertad para que se desplace y explore de manera segura (ejemplo: sobre goma Eva). • Estimular el desplazamiento arrastre y gateo, estimular que pase de sedente a prono, para luego lograr el arrastre en 4 puntos de apoyo. • En lo posible crear circuitos motores para que el niño pueda arrastrarse o gatear entre ellos. <p>Motor fino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Sensorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experimentar con distintas texturas y temperaturas (hielo, agua tibia, goma, plástico, algodón).

<p>Área sociocomunicativa</p>	<p>Lenguaje (6 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitirle 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. Mostrarle el entorno sin forzar y aproveche especialmente aquellos momentos en los que el niño o niña ha mostrado interés por un objeto en específico, para describirlo y conversar entorno a este. <p>Lenguaje (8 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 preverbal.
<p>Área cognitiva</p>	<p>Juego: Concepto de permanencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE LOS 6 A 11 MESES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Mal nutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 1 mes. • Consejo breve en estilos de vida saludable familiar. • Fomentar y apoyar alimentación con lactancia materna. • Complementar información para detectar factores de salud y psicosociales que puedan explicar la condición de malnutrición e intervenir según corresponda. <p>Favorecer alimentación pausada.</p>
Mal nutrición por déficit	<p>Riesgo de desnutrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación. <p>Desnutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 y/o derivación a asistente social. • 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/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Alteraciones en la talla	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la curva de crecimiento y antecedentes gestacionales. • Evaluar Talla Diana, considerando factores genéticos y contexto psicosocial. <p>Talla baja ($\leq 2 DS$):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía; obesidad; déficit cognitivo; 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. <p>Talla alta ($\geq 2 DS$):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación señales de desproporciones corporales.

<p>Alteraciones en el Test del DSM (8 meses)</p>	<p>Normal con rezago, riesgo y retraso según Test del DSM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener consejo breve de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento. • Trabajar coordinadamente con MADIs sobre plan de intervención y seguimiento. • Recomendar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo /o escuela de lenguaje • Indicar reevaluación con test después de primera evaluación y de haber terminado tratamiento en MADIs, seguir curso según resultado de reevaluación. <ul style="list-style-type: none"> - Normal con rezago: reevaluar a los 2 meses. - Riesgo: reevaluar a los 2 meses. - Retraso: reevaluar a los 2 meses. • Registrar e informar en SRDM el resultado de reevaluación. <p>Si la reevaluación resulta con la categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal: citar al siguiente control según calendario. - Normal con rezago: hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. - Riesgo en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. • Retraso en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, realizar visita domiciliaria integral, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM.
<p>Sospecha Espectro Autista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de señales de alerta de EA en niños y niñas. • Derivar de acuerdo con flujo de en apartado "3.3.2. Abordaje de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud".
<p>Colecho inseguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que la familia haya decidido practicar colecho, de debe educar respecto a la inseguridad y riesgo de morir por aplastamiento y/o sobreabrigo, asociada a las siguientes prácticas de colecho: <ul style="list-style-type: none"> - Que en la cama que duerme el lactante y sus padres, además duerman otros hermanos, otras personas o mascotas. - Que la cama no sea lo suficientemente grande para que duerman el padre, madre y lactante. - Padre y/o madre que refieren situaciones de cansancio. - Padre y/o madre con malnutrición por exceso (por riesgo de aplastamiento). - Padre y/o madre usuarios de medicamentos que alteren estados de conciencia (relajantes musculares, benzodiazepinas, inductores del sueño, entre otros). - Padre y/o madre con consumo de alcohol, cigarro y/o drogas. - Recién nacidos/as prematuros y/o bajo peso de nacimiento. - Niños y niñas menores de 3 meses. • Si el colecho se asocia a riesgos biopsicosociales, activar alertas de vulnerabilidad, evaluar caso con equipo de cabecera y considerar visita domiciliaria.

<p>Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Activar redes familiares y/o comunitarias, para apoyo en el cuidado del niño o niña. • Detección de riesgos biopsicosociales y llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. • Derivar a modalidad de estimulación por categoría normal con riesgos biopsicosociales, y monitorear las alertas generadas en el control en el SRDM. • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Taller Nadie es Perfecto). • Derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental, cuando la intensidad de los conflictos afecta las dinámica y funcionamiento familiar.
<p>Sospecha de Violencia</p>	<p>Evaluar Riesgo del niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el maltrato grave o abuso sexual es constitutivo de delito), en ese caso es obligación proceder con denuncia a PDI, Carabineros o Fiscalía. <p>Consultar a los documentos vigentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/as" (42). • 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" (22). • Solicitar el apoyo del equipo de cabecera o multidisciplinario para contar con afrontamiento integral. <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
<p>Madre con síntomas depresivos según escala de Edimburgo (6 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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/a 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/a 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" (23)). <p>Una puntuación de 10 o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar asistidamente (el profesional toma la hora directamente) a médico/a 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. • Fortalecer redes de apoyo. • Vincular a la madre con otras madres, por ejemplo, en grupos de apoyo como la Liga de la Leche, talleres Nadie es Perfecto, entre otros. <p>Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 (síntomas suicidas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación del riesgo vital (ideación, planificación o ejecución). • Asegurar que la mujer sea atendida en forma inmediata por médico/a 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" (23). • Contactar a las personas más cercanas para activar el apoyo y acompañamiento permanente. • Asegurar 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.
<p>Síntomas de enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, Derivar inmediatamente a médico/a para diagnóstico e indicación de tratamiento, frente a los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> – Evaluar presencia de 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 a médico/a para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario, frente a las siguientes manifestaciones ganglionares: • Adenopatías con un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria, asociada a síntomas sistémicos (fiebre persistente, baja de peso, diaforesis).

<p>Score de IRA en puntaje moderado o grave</p>	<p>Moderado y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivación a talleres IRA. • Desarrollar consejo breve antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. • Realizar intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar 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.
<p>Sospecha de BRUE</p>	<p>Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a médico con urgencia.</p>
<p>Presencia de ronquido o ruido al dormir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a, para evaluación y posible interconsulta a otorrinolaringología infantil.
<p>Alteración del calendario de vacunación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a vacunatorio para actualizar calendario. • Realizar seguimiento al caso. • Indagar en causas y motivos de alteración del calendario de vacunas.
<p>Riesgo de accidente según Pauta de seguridad infantil completada por los padres (8 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve respecto a los factores de riesgo detectados. • Realizar plan de trabajo consensuado con la familia, para reducir los riesgos presentes. • En caso de múltiples riesgos y dificultad para elaborar un plan de cuidados adecuado, agendar una visita domiciliaria integral.
<p>Alteraciones oftalmológicas</p>	<p>Rojo pupilar alterado o Leucocoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta urgente a oftalmólogo/a para diagnóstico y eventual tratamiento. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad GES (Cáncer en personas menores de 15 años). <p>Estrabismo fijo (6 y 8 meses) o intermitente (8 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta urgente a oftalmólogo/a para confirmación diagnóstica. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad GES (Estrabismo en menores de 9 años). <p>Presencia de factores de riesgo de patología oftalmológica (familiares o personales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si cumple con factores de riesgo, derivar a oftalmología infantil para evaluación.
<p>Sospecha de cardiopatía congénita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta a cardiólogo/a 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 GES (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
<p>Presencia de hemangiomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a dermatólogo/a si el hemangioma es: <ul style="list-style-type: none"> – 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 neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. - Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). - Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. - Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). - Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. - Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Presencia de candidiasis oral	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación y tratamiento. • Reforzar hábito de higiene bucal.
Presencia de alteraciones al examen bucal o de factores de riesgo de enfermedades bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en Pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas. • Derivar a odontólogo para ingreso a programa CERO.
Presencia de Dermatitis atópica o alérgica	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente). • Recomendar hidratación diaria con crema lubricante hipoalérgica. • Recomendar uso de ropa 100 % de algodón sin broches metálicos. • Indicar lavado de ropa con detergente hipoalérgico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.). Considerar que la ropa de la madre/padre y/o cuidadores/as, por el contacto con el niño o niña también pueden causar reacciones alérgicas.
Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	<ul style="list-style-type: none"> • Si existe sospecha clínica hipoacusia o cumple con factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Derivar en forma urgente a otorrinolaringólogo/a para confirmación diagnóstica.
Presencia de factores de riesgo de patología oftalmológica (familiares o personales)	<ul style="list-style-type: none"> • Si cumple con factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Derivar a oftalmólogo/a para evaluación.
Sospecha de criptorquidia o hernia inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar en forma urgente a cirugía infantil.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar posible Enfermedad de Hirschsprung, el niño o niña presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). • No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. • Derivar a médico/a y/o servicio de urgencia.
Retraso en calendario de vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a vacunatorio para actualizar calendario y realizar seguimiento del caso. • Indagar en los motivos del retraso o rechazo a la vacunación.

3.2.4. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN LACTANTE MAYOR (12 A 23 MESES)



En esta etapa se logra en forma progresiva la autonomía, esto se expresa con la consolidación de la marcha, las primeras palabras con intención (mayor desarrollo cognitivo) y la expresión de sus necesidades. Niños y niñas, en esta edad, suelen buscar a sus cuidadores/as principales cuando quieren mostrar algo y disfrutan compartiendo sus logros o descubrimientos (47).

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 la madre/padre o cuidadores/as 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/as principales son una «base segura».

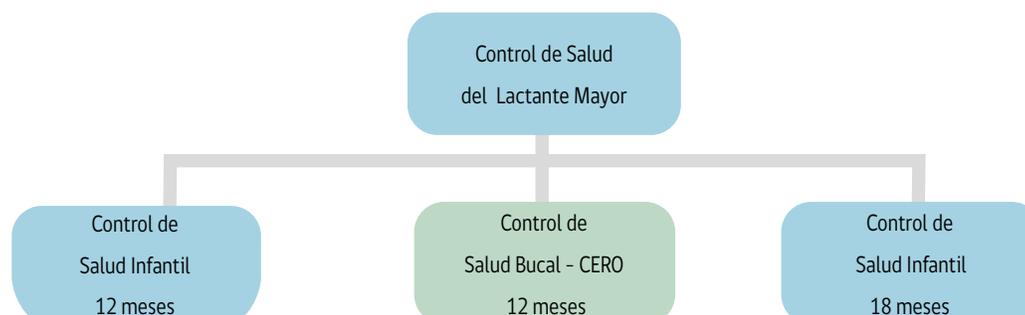
Tabla III-5. Logros esperados en el desarrollo del Lactante Mayor.

Áreas	12 a 14 meses	15 a 17 meses	18 a 23 meses
Motor grueso	<ul style="list-style-type: none"> - Marcha lateral y marcha libre. - Se sostiene de pie sin apoyo. - Camina solo o sola pero inestable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Camina más estable, se agacha y endereza. - Da pasos hacia atrás. - Comienza a correr descoordinadamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lanza la pelota estando de pie. - Sube escalones afirmado de la mano de un adulto. - Corre bien.
Motor fino	<ul style="list-style-type: none"> - Pone objetos dentro de una taza. - Da vuelta varias hojas juntas de un libro. - Pinza madura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Levanta una torre de 2 a 3 cubos. - Bebe de un vaso. - Hace rayas con un lápiz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Da vuelta una hoja a la vez de un libro. - Levanta una torre 3 a 5 cubos.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Obedece órdenes con gestos (por ejemplo: «pásame esa pelota», señalando la pelota con el dedo). - Lenguaje comprensivo o receptivo está más avanzado que su lenguaje expresivo verbal. - Identifica personas. - Imita y emite gestos frecuentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obedece órdenes simples sin gestos. - Reconoce una parte del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce 4 partes del cuerpo. - Entiende el concepto «mío». - Disfruta, escuchar cuentos y poesías cortas y sencillas. - Observa y manipula libros con imágenes.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Inicio de pensamiento simbólico domina la permanencia de objeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice de 3 a 5 palabras con sentido. - Trae objetos para mostrarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice de 10 a 15 palabras con sentido. - Imita sonidos del ambiente.
Socio-emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Persiste la ansiedad de separación. - Disfruta más jugar solo o sola que con otros niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra emociones: da besos, siente vergüenza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participa en juego de imitación con otros. - Besa con ruido.

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

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

Figura III - 8. Supervisión de Salud Integral para Lactante Mayor.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

3.2.4.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 12 Y 18 MESES

Período	Edad	Ideal	Tardío	
	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	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar integralmente el crecimiento y desarrollo del niño o niña, considerando su etapa, familia y ambiente. • Pesquisar precozmente factores y conductas protectoras y de riesgo para la salud del niño o niña y su familia. • Pesquisar precozmente alteraciones de la salud en el niño o niña, considerando todas las áreas del desarrollo. • Formular los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña. • Educar a madres/padres y cuidadores/as respecto al crecimiento, desarrollo, salud y crianza positiva de niños y niñas. • Orientar a madres/padres y cuidadores/as en relación con el desarrollo sociemocional y el adecuado acompañamiento e intervención del adulto frente a episodios de malestar psicoemocional. • Orientar a madres/padres y cuidadores/as sobre la prevención de enfermedades y accidentes en niños y niñas. • Educar a padres/madres y cuidadores/as respecto al autocuidado y el establecimiento de conductas que promueven una adecuada salud integral. 			
Profesional	Enfermera/o o médico/a.			
Instrumento o herramienta	12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía. • Pauta breve de evaluación del DSM (EEDP). • Revisión Pauta CERO realizada por el odontólogo/a. • Pauta de riesgos biopsicosociales. 		
	18 meses	Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material a entregar	Registro en SRDM
<p>12 meses: 30 minutos</p> <p>18 meses: 40 a 50 minutos</p>	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. • 12 meses: Acompañándote a descubrir 2. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.

ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES

Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Revisar antecedentes de salud en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores. • Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior. • Valorar estado de salud y capacidades de cuidado de la madre/padre/o cuidadores/as. • 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.). • Revisar cumplimiento del calendario de vacunación y reacciones adversas a vacunas. • Preguntar sobre asistencia a sala cuna y/o cuidado del niño o niña en casa. • Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores/as. • Revisar en SRDM, si recibió las atenciones en MADIs, si asistió a taller de promoción o derivaciones que se realizaron.
------------------------	--

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre el ambiente y horario de alimentación. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc). • Evaluar continuidad de la lactancia materna, considerando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> – Si se efectúa en forma complementaria y a libre demanda (sin horario). – Dificultades asociadas: dolor, sangramiento, percepción de hipogaláctea, otras molestias u otras dificultades en la lactancia. – Motivos del abandono en mujeres sin lactancia o con lactancia mixta. • Evaluar lactancia artificial, en niños o niñas sin lactancia materna. Preguntar sobre preparación, frecuencia, velocidad y volumen ingerido. Si usa mamadera o vaso. • Evaluar frecuencia, horarios, calidad y cantidad de la alimentación complementaria: variedad, preferencias, selectividad, consistencia (molido, picado o entero), texturas y dificultades. • Preguntar sobre los utensilios y materiales asociados a la alimentación: uso de cuchara adecuada, uso de vaso o mamadera, silla de comer, etc. • Indagar sobre consumo de agua pura, así como por el consumo de bebidas o jugos (artificiales y de frutas). • Indagar sobre el consumo de alimentos chatarra, golosinas o altos en grasas y sodio (sal), frecuencia y contexto del consumo.
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrones de eliminación, frecuencia y características de la orina y deposiciones. • Indagar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación.
Patrones e higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar higiene y patrones del sueño, ambiente, horas de sueño, rutinas establecidas, ropa de cama y vestimenta. Considerar sueño diurno y nocturno. • Indagar sobre dificultades asociadas al sueño y descanso. • Indagar sobre ronquidos o ruidos respiratorios. • Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en la madre/padre y/o cuidadores/as.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar tipo de actividad y participación de los adultos en el juego, la respuesta del adulto y la interacción entre ambos. • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, etc). • Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición y contexto.
Hábitos de aseo e higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre rutinas, prácticas y productos asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, higiene bucal, lavado de pelo, lavado de genitales y muda, corte de uñas, cambio de ropa, lavado de manos y cara. Indagar frecuencia y uso de productos específicos.
Cuidados de la Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO. • Indagar sobre forma y frecuencia de higiene oral. • Detectar factores de riesgo: consumo de productos azucarados, consumo de mamadera nocturna, succión digital.
Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre prevención a la exposición solar y uso de protector solar. • Evaluar sobre las medidas de seguridad en sus actividades habituales, tanto de adaptación del entorno como de supervisión y cuidado diario de los adultos responsables. • Indagar sobre acciones asociadas a la: prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas o agua en recipientes aunque sea de poca altura), uso de pantallas, uso de silla de autos, uso de coche, uso de transporte público, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, etc. • Indagar sobre el uso de implementos que pueden significar un riesgo de accidente y alteran el desarrollo: andador, saltarina, centros de entretenimiento, etc. • Por los límites establecidos en relación con la seguridad del niño o la niña y evaluando que no sean excesivos o insuficientes y que haya consenso entre ambos padres en relación con los límites.

Desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a la madre/padre y/o cuidadores/as sobre dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo, y comportamiento de su hija o hijo. • 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. • Indagar sobre estado emocional de la madre, proceso de adaptación familiar y presencia de redes de apoyo. • 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 hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre. • Consultar por actividades que le interesa realizar al niño/a, se interesa por su entorno. • Preguntar si el niño o niña a esta edad logra imitar sonido y acciones (como hablar por teléfono y mover la mano para despedirse). Si el niño o niña se comunica para que le pasen un objeto, por ejemplo, busca la mirada del adulto, luego mira el objeto que desea y hace un gesto de alcanzarlo, se sonríe ante su imagen en el espejo. Además, si intenta desplazarse o gatear.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar longitud. • Evaluar peso. • Evaluar perímetro cefálico, determinar la existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla) o microcefalia. • 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.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar tono y movilidad. Simetrías en la movilización de extremidades y en los reflejos. • Evaluar presencia de clonus y/o hiperreflexia. • Evaluar desaparición de los reflejos primitivos. • Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor, sensorial, coordinación, comunicación.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la presencia de hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos. Describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Inspeccionar la presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas. Describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. • Inspeccionar estado e higiene de las uñas.
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar y palpar cráneo, morfología, distribución del pelo (presencia de alopecia), presencia de ectoparásitos (pediculosis), presencia de plagiocefalia, o alguna deformidad. • Palpar fontanela anterior presente: extensión y tensión, hasta los 18 meses.
Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). • Hallazgo de adenopatías: buscar otras adenopatías, síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis / sudoración nocturna) y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis) y hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Evaluar desviación ocular (Test de Hirschberg, en caso de duda realizar Cover Test). • Observar si existe secreción ocular o epífora.

Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el Control de Salud es realizado por un profesional entrenado). Evaluar que el lenguaje expresivo y comprensivo 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). Preguntar si el niño o niña está atento a los sonidos, gira la cabeza y orienta bien al sonido. Preguntar respecto de la presencia de riesgo de hipoacusia en la familia.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> 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). Valorar factores de riesgo de enfermedades bucales con Pauta CERO.
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar pulsos periféricos, presentes y simétricos, con énfasis en pulsos femorales. Auscultación cardíaca: descartar soplos cardíacos, ritmo regular o irregular, 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).
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Palpar presencia o ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente abdominales e inguinales). Palpar distensión abdominal. Descartar masas palpables.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar marcha sin claudicación. Evaluar genu varo fisiológico, sin asimetrías.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar ano y descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. En niños, palpar la presencia de testículos en el escroto (descartar criptorquidia), ausencia de líquido libre en escroto (hidrocele), fimosis (fisiológica hasta los cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a cirugía infantil o urología infantil, de lo contrario se considera fisiológica. En niñas, inspeccionar para descartar la presencia de sinequias, secreción y olor anormal. Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de lesiones más graves de lo esperado con discordancia con la historia entregada. Evaluar la presencia de múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención en salud. Evaluar la presencia de fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios poco habituales. Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre y en el niño o niña.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de familia. Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo. Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). Desarrollo integral: áreas del desarrollo (clínico o con instrumentos, según corresponda). Pesquisa de problemas de salud. Lactancia materna con o sin dificultades (normal o anormal, especificar problema). 	

INDICACIONES Y ACUERDOS EN CONTROL DE SALUD DE LOS 12 A 18 MESES	
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar a sistema SRDM para levantar alarmas de vulnerabilidad y realizar seguimiento durante los próximos controles. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento.
Hábitos alimentarios: alimentación láctea	<p>Niños y niñas con LM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar mantención lactancia materna (a libre demanda), hasta al menos los dos años de vida y luego lo que cada madre, niño o niña y familia lo deseen. • Algunos niños y niñas pueden invertir sus lactancias, presentando una disminución del número de tomas en el día y un aumento durante la noche. <p>Niños y niñas sin LM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas no amamantados indicar fórmulas lácteas (Leche purita al 10% en 2 tomas). • Educar sobre el retiro de la toma nocturna y anunciar el riesgo cariogénico de esta mamadera. • Fomentar alimentación pausada y transición a uso de vaso/taza con asa.
Hábitos alimentarios: alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar dos comidas diarias (almuerzo y cena, ambos con postres + ensalada), comida de la casa, siempre que ésta sea saludable, sin alimentos o snacks con símbolos "ALTO EN..." (ya no necesitan una preparación especial, ni de consistencia diferente). • El postre debe ser de preferencia fruta (dar frutas enteras que puedan masticar y sin azúcar añadida), los postres de leche deben ser usados excepcionalmente y no remplazan la fruta (pueden eventualmente remplazar un lácteo), sin embargo, se debe controlar su consumo. Desincentivar el consumo de golosinas y comida chatarra. • Aconsejar ofrecer comidas variadas y saludables, incorporando ensaladas (pueden variar las verduras y preparaciones). Es recomendable que la comida sea sin sal. • Incentivar la autonomía e incentivar a que coma solo o sola, aunque utilice sus manos, derrame o se ensucie. El niño o niña deben participar de las alimentaciones familiares, no comer aislados. Se debe desaconsejar el uso de distractores para que el niño o niña coma (uso de pantallas, etc). • Educar respecto a los signos de hambre y saciedad (ayudarlos a reconocer los mensajes internos) cuando el niño o niña diga que no o mueva su cabeza, desincentivar la asociación de los alimentos con castigos y premios. • No requieren colación, evitar las comidas a deshora pues aumentan el riesgo de caries y de malnutrición. • Derivar a taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física. • Elaborar un plan trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Hábitos alimentarios: hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar el consumo de agua potable pura (1500 cc diarios de manera gradual), evitar consumo de bebidas y jugos (artificiales y naturales). En niños y niñas amamantados el consumo puede ser menor. • Recomendar el consumo de frutas en trozos y no en versión jugo, ya que aumentan el índice glicémico.
Higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del niño o niña. • Deben tener de 11 a 14 horas de sueño de buena calidad, incluidas las siestas, con horarios regulares para dormirse y despertarse. • Educar respecto a la higiene del sueño, horarios y rutinas previas a la hora de acostarse (evitar pantallas en las habitaciones mientras los niños y niñas duermen). • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula.
Hábitos de higiene y cuidado de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el baño frecuente (no es necesario que sea diario). • Usar poco jabón (opcional) y solo en piel, no mucosas, el champú debe ser día por medio, aunque se bañe todos los días. Uso de aceite neutro para lubricar la piel. • Reforzar muda, lavado de caras y manos frecuentes. • Fomentar el masaje infantil como instancia de vinculación, juego, estimulación y lubricación de la piel. • Indicar no exponer directamente al sol, usar gorro y ropa adecuada, usar bloqueador solar diariamente (todo el año, independiente del clima) en todas las áreas foto expuestas, el bloqueador debe ser hipoalérgico y factor solar sobre 30 FPS (repetir su aplicación de acuerdo con la exposición solar, en actividades al aire libre repetir al menos cada 4 horas).

Cuidados de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar higiene bucal frecuente al menos 2 veces al día, para el niño o niña guiado por un adulto. • Realizar cepillado (cepillo personal y con cerdas suaves) con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor, sin enjuague posterior. Usar cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, siempre dispensada por un adulto. • Reforzar el concepto que los dientes primarios son tan importantes como los definitivos. • Advertir el riesgo cariogénico de las tomas de leche nocturnas y de los alimentos azucarados. • Reforzar consumo de agua pura (el agua en Chile es fluorada y protege contra las caries). • Reforzar la no succión digital. • Entregar orientaciones en caso de traumatismo dentoalveolar y GES Urgencia odontológica ambulatoria.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la realización de masajes infantiles, en la goma eva o en la cama antes de dormir. • Adecuar espacios para que el niño o niña se mueva seguro y libremente, pueda ejercitar sus destrezas motoras. • Proveer espacio seguro, poner a disposición materiales y objetos del hogar para que el niño o niña descubra por sí mismo, observando lo que el niño o niña hace e ir introduciendo interacciones, donde el adulto se muestra disponible para responder, hablarle respecto a lo que está haciendo, lo que fomenta el lenguaje activo. Valorar y reforzar los esfuerzos del niño(a). • Fomentar horas de movimiento y actividad de acuerdo con las horas recomendadas. Deben pasar al menos 180 minutos realizando diversos tipos de actividad física de cualquier intensidad, incluida la actividad física de intensidad moderada a elevada, distribuidos a lo largo del día; cuanto más mejor. • Los NN menores de 2 años no deben exponerse de manera directa a pantallas (televisión, celulares, tablets, computador hasta los dos años), ni indirecta mientras los adultos las utilizan. • Si el ambiente es seguro promover que el niño o niña camine descalzo.
Medidas de seguridad y prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a las características de los niños y niñas de esta edad y lo propenso que son a los accidentes. Destacando la importancia de la supervisión y monitoreo constante. • 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 el patio, cautelar que se arme en un lugar seguro, visible y apropiado para la supervisión constante del niño o niña. • Desaconsejar el ingreso a la cocina y evitar elementos pequeños que puedan ser aspirados. • No dejar solo o sola en lugares donde pueda trepar o en cercanía de ventanas sin protección (malla) y poner rejas en escaleras. • Uso adecuado y permanente de su SRI, mirando hacia atrás. No sacar de la silla para amamantar, alimentar o consolar con auto en movimiento, si es necesario hacerlo se debe detener el automóvil en un lugar seguro. • En el transporte público, intentar evitar estar de pie con el niño o niña, preferir sentarse. En caso de ser necesario solicitar ayuda. • Frente al uso de coche, procurar ajustar cintas de seguridad.
Prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Educar en no estar en contacto con personas enfermas y favorecer el lavado de manos. • Educar en 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). • Educación respecto de signos alarma (cuándo debe consultar con médico/a y acudir a la urgencia): • Ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar). • Signos específicos de dificultad respiratoria: polipnea, cianosis, retracción costal, sibilancia y aleteo nasal. • Signos inespecíficos: decaimiento importante o irritabilidad, rash cutáneo, tos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.

<p>Derivaciones y/o exámenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar vacunas del PNI a los 12 y 18 meses y derivar al vacunatorio para que se le administren las vacunas según calendario vigente, explicar los beneficios y efectos secundarios de éstas. • Derivar a campañas de vacunación en caso de que corresponda (Influenza). • Derivar a control CERO (control al año de edad por odontólogo/a). • Citar a control de salud infantil los 18 meses y luego a control de salud infantil una vez al año.
<p>ESTIMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL</p>	
<p>Área socioemocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Fomentar el establecimiento de habilidades socioemocionales que favorezcan el desarrollo mental. Herramientas para que los niños desarrollen destrezas y capacidad para manejar con flexibilidad situaciones exigentes, frustraciones, desarrollar autorregulación, autocontrol.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frente a situación de malestar, el adulto debe intentar interpretar el estado afectivo en el que se encuentra el niño o niña, asimismo debe intentar averiguar qué siente él frente al estado emocional de su hijo/hija. Para luego conectar emocionalmente con el niño o niña. • El adulto debe tratar de comprender que causa el malestar, más que centrarse en la conducta o consecuencia. • El adulto puede intentar poner nombre a los sentimientos y acciones que el niño o niña manifiesta. Debe hablar con voz calmada pero lo suficientemente fuerte para que el niño o niña lo escuche, si es que está llorando. • Ponerse a la altura del niño o la niña, e intentar mirarlo a los ojos al momento de hablarle. • Evitar usar frases incomprensibles para menores, como "córtala" o "¿por qué hiciste eso?". • Reforzar y estimular los esfuerzos del niño o niña, 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. • 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. <p>Recordar que el castigo físico (ejemplo: palmadas) y/o verbal 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.</p> <p>Evitar celebrar o dar señales positivas ante conductas desadaptativas o inadecuadas que no se desean en el niño o en la niña.</p> <p>Evitar contradicciones entre las reglas, explicaciones e instrucciones entre padre y madre, o padres y abuelos u otros cuidadores/as.</p> <p>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 lo acompañen e intenten pedirle que diga lo que quiere, hablarle, sacarlo del lugar en donde está, distraer activamente su atención, proponer otra actividad o ayudarlo a calmarse.</p> <p>Autoayuda:</p> <p>Enseñarle a sonarse, a lavarse la cara y las manos, que se vista y desvista con prendas fáciles.</p> <p>Permitir que haga la mayor cantidad de tareas solo, aunque se demore. Entregándole instrucciones fáciles y directas de comprender.</p>

<p>Área física</p>	<p>Desarrollo psicomotor motor grueso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar elementos interesantes y seguros para exploración colocar ropa que permita el movimiento experimentar con varios materiales, de diferentes texturas, dar experiencias en posturas variadas estimules diferentes destrezas sobre la marcha, subir, iniciar el trepar. • Realizar una pista de obstáculos: colocar cajas/ objetos en el piso y pedirle que salte o pase por sobre los objetos <p>Desarrollo psicomotor motor fino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Promover a través del juego que el niño o niña logre lanzar y agarrar distintos objetos. • Promover a través del juego que el niño o niña logre cortar con las manos tiras largas o cuadrados de papel de diario, ensartar el tenedor en comidas blandas (por ejemplo, un plátano). • Derivar a taller de estimulación motora en el primer año, en caso de que no haya asistido.
<p>Área cognitiva</p>	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/a 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). <p>Juego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar juegos de imitación, que simule leer un libro, pasarle una escoba pequeña para que barra. • Fomentar que el juego sea con niños y niñas de su edad. • Si tiene hermanos, favorecer el juego entre ellos y no tomar parte. • Dejar que 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 con sus propios intereses, siempre resguardando su seguridad. Por ejemplo, permitir que elija los objetos que va a manipular y ayudarlo sólo cuando sea necesario.
<p>Área socio-comunicativa</p>	<p>Lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/a (por ejemplo, si él dice "agua" completar con "mamá quiero agua"). Evitar corregirle. • Estimularlo a pedir las cosas con palabras y no con gestos. • Al dormir leerle cuentos y cantarle canciones.

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE LOS 12 A LOS 18 MESES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Estilos de vida NO saludables (alimentarios o actividad física)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve con enfoque familiar, evaluando etapas del cambio ³. Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad (GABA).
Mal nutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve en estilos de vida saludables con enfoque familiar. Derivar a nutricionista para la atención en un plazo no mayor a 1 mes. Derivar a programa Elige Vida Sana en caso de estar implementado en el centro de salud.
Mal nutrición por déficit	<p>Riesgo de desnutrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación. <p>Desnutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: <ul style="list-style-type: none"> 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 ChCC. Analizar la historia de salud 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/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando es necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Alteraciones de talla	<p>Talla baja (≤ 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> Corregir por edad gestacional al momento del nacimiento. Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, déficit cognitivo, 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), o alteración de las proporciones corporales. Consignar talla diana. <p>Talla alta (≥ 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación la existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales. Consignar talla diana.

³ 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).

Alteraciones oftalmológicas	<p>Rojo pupilar alterado o Leucocoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta urgente a oftalmólogo/a 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). <p>Estrabismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta a oftalmólogo/a 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).
Presencia de alteraciones al examen bucal y/o factores de riesgo de enfermedad bucal examen bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Si no está en control odontológico, derivar. • Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en Pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas. • Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales y antes de dormir. • Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, reforzar razones para iniciar el retiro. • Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta. • Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas, debe Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.
Dermatitis atópica o alérgica	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente), hidratación diaria con crema hipoalérgica, ropa 100% de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalérgico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.).
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. • Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). • Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil para evaluación. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). • Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil para evaluación.
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a, para evaluación y posible interconsulta a otorrinolaringología infantil.
Alteraciones zona genital	<p>Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia (12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar en forma urgente a cirugía infantil. <p>Fimosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. • En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a cirugía o urología infantiles, de lo contrario se considera fisiológica.
Constipación	<ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas mayores de 9 meses, ante deposiciones duras, dificultad para defecar, sangrado, disminución en la frecuencia deposiciones, derivar a médico para evaluación y eventual tratamiento. • Un caso de un niño o niña con historia de constipación que presente: vómitos, distensión abdominal, fiebre, decaimiento, compromiso del estado general, derivar a servicio de urgencia.

<p>Factores de riesgo para anemia (12 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Población en riesgo: 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 hematocrito y hemoglobina. • En caso de confirmar anemia, iniciar tratamiento con hierro.
<p>Pauta Breve de DSM alterada (12 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a evaluación con Test del DSM dentro de los siguientes 15 días siguientes. • En caso de Test del DSM alterado seguir flujo de plazos para reevaluación.
<p>Alteraciones en el Test del DSM (18 meses)</p>	<p>Normal con rezago, riesgo y retraso según Test del DSM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener consejo breve de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento. • Trabajar coordinadamente con MADIs sobre plan de intervención y seguimiento. • Recomendar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo /o escuela de lenguaje • Indicar reevaluación con test después de primera evaluación y de haber terminado tratamiento en MADIs, seguir curso según resultado de reevaluación. <ul style="list-style-type: none"> - Normal con rezago: reevaluar a los 2 meses. - Riesgo: reevaluar a los 3 meses. - Retraso: reevaluar a los 4 meses. - Solo en MADIs modalidad servicio itinerante (revisar los tiempos de reevaluación en apartado "2.2.1. Desarrollo integral de niños y niñas"). • Registrar e informar en SRDM el resultado de reevaluación. <p>Si la reevaluación resulta con la categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal: citar al siguiente control según calendario. - Normal con rezago: hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. - Riesgo en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. • Retraso en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, realizar visita domiciliaria integral, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM.
<p>Sospecha Espectro Autista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de señales de alerta de EA en niños y niñas. • Alteraciones de evaluación del desarrollo psicomotor en áreas de lenguaje y social, aplicar encuesta de M-CHAT-R/F. • Aplicar entrevista de seguimiento en casos de resultado riesgo moderado M-CHAT-R/F. • Derivar de acuerdo con flujo de en apartado "3.3.2. Abordaje de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud".
<p>Si el niño o niña NO camina a los 18 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a nivel secundario a neurología infantil.

<p>Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Nadie es Perfecto). • Dar consejo breve para manejo de frustración o pataletas.
<p>Alteraciones vinculares y socioemocional</p>	<p>Sospechar de alteraciones vinculares cuando el niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa "desconectado(a)", no sonríe, no gorjea, no responde a las caras, voces ni hace contacto visual. Se observa indiferente cuando se le acurruca o sostiene. - Tiene poca o ninguna reacción cuando los padres salen por un tiempo o cuando se reencuentran. - No interactúa con familiares, no busca con la mirada a los padres para consolarse o sentirse más seguro(a). - Los padres no intentan consolar a su hijo(a) cuando llora. <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a salud mental para evaluación de psicopatología materna y vincular. • Fomentar interacciones positivas y manejo adecuado de las situaciones de estrés o malestar psicoemocional en el niño o niña.
<p>Señales de violencia</p>	<p>Determinar riesgo vital del niño o la niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> - 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" (21). - 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" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>

3.2.5. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN 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 autonomía, resolución de problemas y exploración del entorno. Mejoran las habilidades de juego y de comunicación, lo que les permite interactuar con otros niños y niñas, y relacionarse en entornos fuera del hogar, como por ejemplo en el jardín infantil.

Se observan nuevos logros como una mayor capacidad de pensamiento, mayor capacidad lingüística, mejor desarrollo de la memoria y una aumentada capacidad para organizar conductas complejas asociadas al desarrollo de las funciones ejecutivas y cognitivas superiores. En esta etapa se comienza a desarrollar el sentido del logro, la iniciativa, así como la conciencia moral. La adquisición de la Teoría de la mente, le permiten al niño o niña preescolar comunicar sus deseos, creencias y estados internos, a la vez ir gradualmente comprendiendo las ideas, creencias y emociones de las otras personas, proceso que le facilitará la comunicación y la negociación de sus iniciativas e intereses con otros (25).

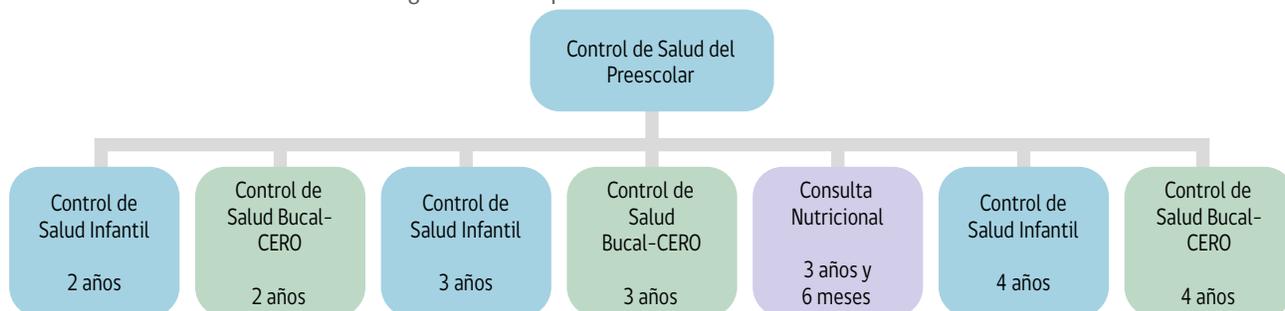


Los primeros años de esta etapa, pueden resultar especialmente desafiantes para algunos padres y/o cuidadores, puesto que algunos niños y niñas entre los 2 y 3 años, ya que han logrado grandes habilidades psicomotoras, cognitivas y exploratorias, pero aún no han adquirido la suficiente habilidad de autorregulación emocional, lo que puede provocarles frustración y malestar cuando no logran sus metas o ideas. La aún inmadura capacidad de mentalizar, les impide comprender completamente el impacto de sus acciones en los otros. He ahí la importancia de que los padres ayuden a que sus hijos a que cuenten sus historias, para entender sus propias emociones, a conectar con ellos, redirigir, poner un nombre a la emoción, se debe usar las señales no verbales (abrazos y expresiones faciales) para mostrar que lo entienden. Entre los 4 y 6 años los niños y niñas irán adquiriendo Teoría de la mente, lo que les permitirá comprender e interactuar mejor con su entorno, así como con sus propias emociones y creencias (26).

El crecimiento físico se hace más lento, lo que se acompaña de una disminución del apetito (proceso conocido como “anorexia fisiológica”). El cuerpo del preescolar se hace cada vez más esbelto, perdiendo el abdomen abultado del período anterior. La actividad física aumenta y se reduce la necesidad de sueño, dejando progresivamente las siestas. También se adquiere el control de esfínteres y la adquisición de hábitos como horarios de sueño, alimentación e higiene.

Durante este período se deben realizar al menos (ver figura III - 9):

Figura III - 9. Supervisión de Salud en el Preescolar.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

Tabla III - 6. Áreas e hitos del desarrollo de 2 a 4 años.

Área	2 años	2 ½ años	3 años	4 años
Motor grueso	<ul style="list-style-type: none"> - Lanza la pelota. - Salta con dos pies. - Chutea la pelota. 	<ul style="list-style-type: none"> - Salta en el lugar. - Se para en un pie con apoyo. - Salta sobre una línea. - Sube escaleras afirmado y alternando pies. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Levanta una torre de seis cubos. - Copia una línea horizontal. - Come con cuchara y tenedor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Copia una línea vertical. - Levanta una torre de ocho cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Copia un círculo. - Corta con tijeras (mal). - Hila cuentas de collar (bien) o fideos (tubo) en un cordel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dibuja la figura humana en tres partes. - Copia una cruz. - Copia un cuadrado. - Amarra con nudo simple. - Escribe parte de su nombre.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vacío 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Nombra y apunta a cinco partes del cuerpo. - Usa 50 palabras. - Frases de dos palabras. - Sabe su nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprende y siente miedo a los fenómenos naturales. - Ansiedad de separación en disminución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comienza a compartir. - Teme a cosas imaginarias. - Juego imaginativo. - Describe pensamientos ajenos (por ejemplo: ella pensó que tenía pena). 	<ul style="list-style-type: none"> - 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).

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL. 2021.

3.2.5.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 2, 3 Y 4 AÑOS

Período	Edad	Ideal	Tardío	
	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	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar integralmente el crecimiento y desarrollo del niño o niña, considerando su etapa, familia y ambiente. • Pesquisar precozmente factores y conductas protectoras y de riesgo para la salud del niño o niña y su familia. • Pesquisar precozmente alteraciones de la salud en el niño o niña, considerando todas las áreas del desarrollo. • Formular los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña. • Educar a padres y cuidadores respecto al crecimiento, desarrollo, salud y crianza positiva de niños y niñas. • Orientar a padres y cuidadores en relación con el desarrollo emocional y el adecuado acompañamiento e intervención del adulto frente a episodios de malestar psicoemocional. • Orientar a padres y cuidadores sobre la prevención de enfermedades y accidentes en niños y niñas. • Educar a padres y cuidadores respecto al autocuidado y el establecimiento de conductas que promueven una adecuada salud integral. 			
Profesional	Enfermera/o o médico/a.			
Instrumento o herramienta	2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pauta de riesgos biopsicosociales (anexo 1). • Pauta breve de evaluación del DSM (anexo 4). • Revisar pauta CERO realizada por el odontólogo/a. 		
	3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pauta de riesgos biopsicosociales (anexo 1). • Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor (anexo 7). • Revisar pauta CERO realizada por el odontólogo/a. • Test de Tumbling E o Snellen. • Toma de presión arterial. • Pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso (anexo 23). 		
	4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pauta de riesgos biopsicosociales. • Revisar pauta CERO realizada por el odontólogo/a. • Test de Tumbling E o Snellen. • Toma de presión arterial. 		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
<p>2 y 4 años: 30 minutos</p> <p>3 años: 60 a 70 minutos</p>	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. • 2 años: Acompañándote a descubrir 3. • 3 años: Set ¡Contemos una historia!. • 4 años: Juego Descubriendo mis emociones. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
<p>Bienvenida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saludar al niño o niña por su nombre (disponerse a su altura, favoreciendo un adecuado contacto visual, evitando un trato intrusivo), y a su familia. • Identificarse (nombre, apellido y profesión) y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día. • Demostrar una actividad de respeto, cercanía y amabilidad hacia el niño o niña y su familia. 				

Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Revisar antecedentes de salud en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores. • Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior. • Revisar cumplimiento del calendario de vacunas. • Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores. • Valorar estado de salud y capacidades de cuidado de los padres y/o cuidadores.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia, calidad y cantidad de las comidas (variedad, preferencias, selectividad y dificultades). • Indagar sobre el ambiente y horarios de alimentación. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc.). • Evaluar alimentación láctea, frecuencia, preparación y volumen de leche ingerido. En el caso de persistir lactancia materna, preguntar sobre el número y contexto de las tomas. • Valorar si existe uso de mamadera y de chupete. • Indagar sobre el consumo de agua pura, así como por el consumo de bebidas o jugos (artificiales y de frutas). • Indagar sobre el consumo de alimentos chatarra, golosinas o altos en grasas y sodio (sal), frecuencia y contexto del consumo).
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrones de eliminación, control de esfínter anal y vesical. Adquisición de autonomía para ir al baño. • Preguntar sobre las características de la orina y deposiciones. • Indagar sobre rutinas de higiene asociadas. • Indagar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación. • Indagar sobre la presencia de enuresis y encopresis.
Patrones e higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar higiene del sueño, ambiente, horas de sueño, rutinas establecidas. Considerar sueño diurno y nocturno. Evaluar presencia de ronquidos y/o apneas. • Indagar sobre dificultades asociadas al sueño y descanso (iniciar el sueño, despertares nocturnos, cansancio matutino, etc.). • Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en los padres y/o cuidadores.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia y tipo de actividad física en el día. Participación de talleres y/o actividades deportivas o recreativas. • Valorar tipo y horas de juego e indagar sobre participación y/o supervisión de los adultos en el juego. • Evaluar horas de inactividad o sedentarismo en la rutina diaria, por ejemplo, en tiempos asociados al uso de pantallas, actividades de escritorio, etc. • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, ciclovías, etc.). • Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición y supervisión parental.
Hábitos de aseo e higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre rutinas y prácticas asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, lavado de pelo, lavado de genitales, cambio de ropa, lavado de manos y cara. Indagar frecuencia y uso de productos específicos. • Indagar sobre prácticas de autocuidado y autonomía adquiridas por el niño o niña.
Cuidados de la Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO, anterior. • Indagar si los padres y/o cuidadores, lavan y/o supervisan la higiene dental de los niños o niñas. • Preguntar sobre: número de lavados de dientes al día, higiene previa a la hora de dormir, momentos de ingesta de alimento y/o líquidos azucarados, uso de mamadera o vaso, consumo nocturno de mamadera, succión digital, uso de chupete y presencia de mala oclusión.

Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre las medidas preventivas utilizadas para la protección solar, sobre el uso y tipo de bloqueador solar a diario. • Evaluar sobre las medidas de seguridad en sus actividades habituales, tanto de adaptación del entorno como de supervisión y cuidado diario de los adultos responsables. • Indagar sobre acciones asociadas a la: prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas); uso y supervisión de pantallas; uso, posición y tipo de silla de autos, contacto con personas desconocidas, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, juegos peligrosos, etc.
Desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar directamente al niño o niña cómo se siente emocionalmente y si tiene alguna duda (en lenguaje amigable, cercano y adecuado a su edad). • Preguntar a los padres y/o cuidadores respecto a las características y personalidad de hijo o hija (solicitar que lo o la describan). • Preguntar a los padres y/o cuidadores sobre dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo, autonomía y comportamiento de su hija o hijo. • Indagar cómo manejan los padres y/o cuidadores la frustración y malestar socioemocional del niño o la niña. • Indagar sobre la forma de poner límites y normas dentro de la convivencia de la familia y si existe acuerdo entre los miembros de ésta. • Observar si el niño o la niña se muestra autónomo y dispuesto a explorar en los momentos en que disminuye el estrés en la consulta. • Observar la interacción y comunicación entre el niño o la niña con sus padres (cuando lo toman, lo desvisten, le hablan, etc.), especialmente en momentos de mayor estrés durante el control. • Consultar sobre asistencia a jardín infantil, especialmente sobre adaptación al entorno, interacción y juego con grupo de pares. • Evaluar si los padres y/o cuidadores explican y le anticipan lo que ocurrirá durante la consulta o bien, se demuestran un trato sensible en la interacción socioemocional con su hijo o hija. • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla. • Evaluar peso. • 2 y 3 años: evaluar perímetro craneano, determinar existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla) o microcefalia. • 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. • Considerar uso de Talla Diana.
Presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • 3 y 4 años: medición 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).
Evaluación del estado general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado de ánimo y nivel de energía. • Evaluar tono muscular y postura. • Evaluar marcha y movimientos.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar marcha (simetría caminando y corriendo). • Evaluar asimetrías en la movilización de extremidades o en los reflejos.
Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar e inspeccionar 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: buscar presencia de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis), síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis / sudoración nocturna) y/o hepato o esplenomegalia.

Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la presencia de hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos. Describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Inspeccionar la presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas. Describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. • Inspeccionar estado e higiene de las uñas. • Buscar olor axilar, debe estar ausente en este grupo etario. • Inspeccionar y palpar cabeza: morfología, distribución del pelo (presencia de alopecia) y/o presencia de ectoparásitos (pediculosis).
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Realizar Test de Hirschberg, en caso de 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.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el Control de Salud es realizado por un profesional entrenado). • Evaluar que el lenguaje expresivo y comprensivo 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).
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. • Evaluar tipo y evolución de dentición. • Evaluar presencia de lesiones de caries. • Evaluar el estado de las encías. • Revisar factores de riesgo de enfermedades bucales con Pauta CERO.
Evaluación cardio-pulmonar	<p>Si el control es realizado por un profesional entrenado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar sistemas cardiaco y pulmonar. • Palpar botón mamario (debe estar ausente en este grupo). • Indagar sobre presencia de 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.
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar abdomen en búsqueda de masas abdominales, visceromegalias y hernias.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar ano y descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. • En niños, palpar la presencia de testículos en el escroto, ausencia de líquido libre en escroto, fimosis (fisiológica hasta los cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. • En niñas, inspeccionar para descartar la presencia de sinequias, secreción y olor anormal. • Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar marcha: simétrica y estabilidad, descartar claudicación, marcha en punta de pie (marcha equina) o en talones (posición talo). • Evaluar presencia de genu valgo fisiológico (simétrico). • Evaluar pie en búsqueda de presencia de pie plano flexible fisiológico y descartar pie plano rígido o pie plano flexible doloroso.

Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de lesiones más graves de lo esperado con discordancia con la historia entregada. • Evaluar la presencia de múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención en salud. • Evaluar la presencia de fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios poco habituales. • Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. • Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre y en el niño o niña.
----------------------	---

DIAGNÓSTICOS

- Diagnóstico de familia.
- Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo.
- Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad).
- Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja).
- Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia).
- Desarrollo integral: áreas del desarrollo (clínico o con instrumentos, según corresponda).
- Pesquisa de problemas de salud.

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE LOS 2 A LOS 4 AÑOS

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la lactancia materna si la madre y niño o niña aún continúan con esta alimentación (la OMS actualmente la recomienda hasta los 2 años de vida, y luego tanto como la madre y el niño o niña lo deseen). Se puede realizar una guía anticipatoria respecto al destete respetuoso. • En niños y niñas no amamantados, indicar dar leche del Programa de Alimentación, u otra leche de vaca de preferencia, si es el polvo diluir al 10%, 500 cc al día aproximados, repartidos en dos tomas diurnas. • Fomentar el consumo de agua pura como acompañamiento de las comidas y para manejo de la sed (al menos 1 litro al día). • Educar en alimentación lenta y pausada, lo que se asocia con menores índices de glicemia y malnutrición. • Fomentar el uso de vaso o tasa, en caso de usar mamadera o chupete educar en un retiro respetuoso. • Preferir comidas saludables y variadas, y en general aconsejar evitar o disminuir consumo de cualquier alimento con símbolo "ALTO EN..."; bajas en grasas, sodio y azúcar, y desincentivando el consumo de golosinas y comida chatarra. • Establecer horarios de comidas: desayuno, almuerzo, once y cenas. Preferir alimentación en familia, educar respecto a la adquisición de conductas por imitación. • Educar en torno a no premiar o castigar con alimentos, orientar a los padres respecto a como relacionarse saludablemente con los alimentos. • En el almuerzo y cena fomentar ofrecer las porciones indicadas según Guía de Alimentación para cada grupo de alimentos,, postre fruta, para la sed agua pura (fruta idealmente debe ser comida y no bebida, siempre favoreciendo que el niño o niña mastique). • 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). • También a esta edad se debe incentivar la autonomía en la alimentación, aun cuando utilice sus manos, derrame o se ensucie.
----------------------	---

<p>Higiene del sueño y descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del niño o niña. La siesta se irá suspendiendo de acuerdo a las necesidades de descanso del niño o niña. El sueño es una necesidad biológica por lo que no se debe privar al niño o niña del descanso si lo necesita. • Deben tener de 10 a 13 horas de sueño de buena calidad, que pueden incluir una siesta, con horarios regulares para dormirse y despertarse • Educar respecto a la higiene del sueño, horarios y rutinas previas a la hora de acostarse (evitar pantallas en las habitaciones mientras los niños y niñas duermen). • Establecer rutinas de relajación que faciliten el descanso: baño, bajar la intensidad de las luces, masaje infantil, lectura de cuentos (que no tengan mucha acción para que el niño no quede sobre-estimulado) y evitar acciones como ver pantallas antes de dormir y comer tarde. • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula. • Hablar sobre la aparición de los terrores nocturnos y la enuresis como procesos fisiológicos y propios de la etapa. Es fundamental acoger los niños y niñas y no usar medidas de castigo. • Educar respecto a los ciclos circadianos y regulación del sueño. Y estrategias respetuosas de regulación del sueño: cantos, amamantar, tomar en brazos, etc. Los niños y niñas se relajan en la presencia de un adulto significativo.
<p>Actividad física y/o recreativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar que los niños y niñas deben pasar al menos 180 minutos realizando diversos tipos de actividad física de cualquier intensidad, incluidos al menos 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a elevada, distribuidos a lo largo del día; cuanto más mejor. • Realizar en familia paseos al aire libre y juegos que utilicen la fuerza del niño o niña (por ejemplo: uso de bicicleta, monopatín, juegos modulares, realizar saltos, equilibrio, 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, para fomentar la caminata. • 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. • Fomentar posturas correctas para sentarse en silla y en el suelo (preferir postura a lo indio o no con piernas en W), correcto uso de la mochila (en niños pequeños preferir mochilas con ruedas y con poco peso).
<p>Hábitos de higiene y cuidado de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar 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. Y fomentar el uso de gorro y ropa adecuada. • Evitar exposición al sol entre las 11 y 16 horas. • Educar sobre correctas prácticas de higiene personal: baño frecuente con uso ocasional de jabón y champú hipoalergénico, nunca dejar solo en la tina por el riesgo de asfixia por inmersión, en preescolares mayores incentivar el baño con ducha no con tina, lo que favorece la autonomía y limita el contacto de los genitales con el jabón y el champú. • Incentivar el lavado de manos previo a comidas, posterior al juego y antes y después de ir al baño. • Recordar que los niños y niñas de esta edad, utilizan la imitación como una de las formas de aprendizaje, por lo que se debe educar con el ejemplo, al momento de adquirir prácticas y hábitos saludables.

<p>Cuidados de la salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la higiene bucal frecuente al menos 2 veces al día (siempre antes de dormir), fomentar la autonomía, para luego ser revisado y reforzado por un adulto, para asegurar un buen cepillado. • Realizar cepillado con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor dispensada por un adulto y sin enjuague posterior. Usar cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, cuando el niño(a) no sepa escupir los restos de pasta, y aumentar la cantidad de pasta, similar a una arveja, cuando ya pueden escupir los restos de pasta. • Recomendar el uso de un cepillo pequeño de cerdas suaves. • Reforzar consumo de alimentos no azucarados y de agua pura (el agua en Chile está fluorada y protege contra las caries). • Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado de dientes, cuidado en alimentación, etc.). • Reforzar la no succión digital como hábito y la onicofagia. • Recomendar la eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad. • Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar.
<p>Ortopedia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar calzado adecuado para caminar y jugar. • Fomentar adecuadas formas de sentarse en silla y en el suelo (preferir postura de indio, no con piernas en W), correcto uso de la mochila (en niños y niñas pequeños preferir mochilas con ruedas y con poco peso).
<p>Eliminación y retiro de los pañales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar 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: <ul style="list-style-type: none"> - Orina en forma más regular mayor cantidad de una vez y menos cantidades pequeñas al día. Puede permanecer seco, al menos dos horas. - Tiene movimientos intestinales regulares y predecibles. - El adulto parece percatarse que quiere orinar o eliminar deposiciones (ciertas caras, posturas o sonidos). <p>Cuando ya es capaz de obedecer instrucciones simples y quiere aprender.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 en una pequeña pelela por períodos cortos. • Probar inicialmente el retiro del pañal en horario diurno, (idealmente primavera, verano), entendiendo que es un proceso paulatino y no usar castigos o amenazas para lograrlo. Normalmente el control nocturno se logra meses o incluso años después del control diurno. • Reforzar con cariñosamente cuando el niño comienza a avisar. • Favorecer la autonomía en los procesos de eliminación en niños y niñas mayores.

Medidas de seguridad y prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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 y si las tiene nunca al alcance de los niños. • 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. • Recomendar el uso de cascos y otras medidas de protección (coderas y rodilleras) para el uso de bicicletas, patines, scooter, rodados u otros similares. • Cruzar calles de la mano de un adulto/a y siempre por un paso de peatones o con luz verde del semáforo y enseñar a mirar que no se aproxime algún vehículo (recordar que los adultos son el modelo a seguir). • Usar silla de auto acorde al peso y edad del niño o niña. Nunca sacarlo para alimentarlo y/o consolar con auto en movimiento, recuerde que todos los pasajeros deben viajar seguros con cinturón de seguridad o SRI, como mecanismo de protección.
Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Control de salud infantil una vez al año. • Control de salud bucal una vez al año.
ESTIMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL	
Área socioemocional	<p>Sugerir a los padres y cuidadores estimular, motivar y enseñar a su hijo o hija a tener conductas de autonomía y autocuidado, otorgar espacios y oportunidades para practicar tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a sonarse, lavarse los dientes, vestirse, orinar, comer solo, etc. (aun cuando tome tiempo). • 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. • Recomendar a los padres no transmitir inseguridad cuando intenta hacer algo, es importante transmitir confianza en el niño o la niña. Además, no transmitir ansiedad al niño o niña cuando quede a cargo de otra persona de confianza. • Fomentar actividades sociales en la casa o en el barrio con otros niños y niñas de su edad. • 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.
Área socio-comunicativa	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar estimular la conversación espontánea con preguntas abiertas: ¿cómo te fue hoy?; ¿cómo te sientes?; ¿qué fue lo que más te gustó?, no corregirlos demasiado; aprovechar cada oportunidad para enseñarles nuevas palabras; enseñarles nuevas canciones y hablarles claramente, modulando las letras. Recordar que se debe fomentar la conversación y no un cuestionario o interrogatorio, en las conversaciones ambos interlocutores preguntan y responden. • Se ha comprobado que, en esta etapa, la lectura en voz alta con el niño o niña (leer frente a los hijos) estimula el hábito lector y las habilidades verbales generales.
Actividades lúdicas y recreativas	<ul style="list-style-type: none"> • 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 o niñas y estimulantes como: correpassillos, triciclo, con caballito, cajas con arena, burbujas, disfraces, puzle de 3 a 4 piezas, cuentos, mostrar figuras, pelotas, autos, muñecas, cantar, etc. • Enseñar a lanzar, atrapar y chutear la pelota, saltar como conejo, caminar en punta de pies como pajarito, bambolearse como pato, deslizarse como serpiente, etc. • Permitir inclusión en los juegos, no identificación de género en ellos y que permita que los juegos sean espontáneos. • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Nadie es Perfecto).

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE LOS 2 A 4 AÑOS

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Malnutrición por exceso	<p>Mal nutrición por exceso</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve para mejorar hábitos alimentarios, en caso de ser necesario, citar a consejo breve para profundizar y entregar herramientas prácticas (ver guías "Recomendaciones para la práctica de actividad física según curso de vida" (27)). Derivar a taller grupal de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 1 mes. Educar en estilos de vida saludable, considerar contexto, creencias y prácticas individuales y familiares. Complementar información para detectar factores de salud y psicosociales que puedan explicar la condición de malnutrición e intervenir según corresponda.
Malnutrición por déficit	<p>Riesgo de desnutrir</p> <ul style="list-style-type: none"> Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso/edad en $-1DS$ en forma sistemática luego de y antecedentes familiares de delgadez constitucional. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará al niño o niña PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación. <p>Desnutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para la elaboración de un plan de trabajo consensuado con la familia y, cuando sea necesario, realizar reunión del equipo de cabecera, derivación a Asistente social y/o vinculación con la red ChCC. Analizar la historia de salud 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 al niño o niña a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Alteraciones en la talla	<ul style="list-style-type: none"> Analizar curva de crecimiento y antecedentes gestacionales. Evaluar Talla Diana, considerando factores genéticos y contexto psicosocial. <p>Talla baja (T/E = $\leq 2 DS$):</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario si hay sospecha de talla baja secundaria. <p>Talla alta (T/E = $\geq 2 DS$):</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a cuando la carga genética con la talla alta es discordante, si hay existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales, o dismorfias.

Sospecha de Presión arterial elevada (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial elevada, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. • Si se confirma presión arterial elevada, derivar a Médico/a de APS, indicar tratamiento no farmacológico (alimentación saludable, actividad física, manejo del sobrepeso u obesidad) y re-evaluar en 6 meses por método auscultatorio. • Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 6 meses. • Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, derivar a especialista en nivel secundario (nefrología infantil). • Si PA se normaliza, volver a evaluación anual de PA en CSI.
Sospecha de Hipertensión arterial Etapa I (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa I, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño o niña se encuentra asintomático, iniciar tratamiento no farmacológico y re-evaluar PA en 1 a 2 semanas. - Si el niño o niña se encuentra sintomático, derivar a Servicio de Urgencia para descartar crisis hipertensiva. • Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 1 o 2 semanas), la PA persiste en Etapa I, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 3 meses. • Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 3 meses), la PA persiste en Etapa I, derivar a especialista (nefrología infantil). • En nivel secundario, realizar confirmación diagnóstica y evaluar iniciar tratamiento farmacológico.
Sospecha de Hipertensión arterial Etapa II (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa II, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño o niña se encuentra asintomático, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, iniciar tratamiento no farmacológico y derivar a médico/a para derivar de forma inmediata a especialista del nivel secundario (nefrología pediátrica) en un plazo máximo de 1 semana. - Si el niño o niña se encuentra sintomático, o PA 30mmHg por sobre p95 derivar inmediatamente a Servicio de Urgencia.
Alteración del desarrollo psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> • Pauta de DSM 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 flujo.

<p>Alteraciones en el Test del DSM (3 años)</p>	<p>Normal con rezago, riesgo y retraso según Test del DSM (3 años):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener consejo breve de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento (revisar apartado "2.2.1. Desarrollo integral de niños y niñas"). • Trabajar coordinadamente con MADIs sobre plan de intervención y seguimiento. • Recomendar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo /o escuela de lenguaje • Indicar reevaluación con test después de primera evaluación y de haber terminado tratamiento en MADIs, seguir curso según resultado de reevaluación. <ul style="list-style-type: none"> - Normal con rezago: reevaluar a los 2 meses. - Riesgo: reevaluar a los 4 meses. - Retraso: reevaluar a los 6 meses. • Registrar e informar en SRDM el resultado de reevaluación. <p>Si la reevaluación resulta con la categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal: citar al siguiente control según calendario. - Normal con rezago: hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. - Riesgo en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. - Retraso en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, realizar visita domiciliaria integral, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM.
<p>Sospecha espectro autista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de señales de alerta de EA en niños y niñas. • Derivación a médico/a para evaluación de la condición y derivación a nivel secundario. • Derivar de acuerdo con flujo de en apartado "3.3.2. Abordaje de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud".
<p>Alteraciones en el ámbito socioemocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a consulta de salud mental, frente a: <ul style="list-style-type: none"> - La existencia de trastorno de lenguaje, mala calidad de contacto visual, conductas bizarras y estereotipias. - Padres o cuidadores, con baja o nula capacidad para permitir exploración y autonomía en el niño o niña. <p>Derivar a médico/a por sospecha de EA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la autonomía: • Frente a excesiva preocupación o ansiedad por el alejamiento o ausencia de los cuidadores principales. • Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc.) • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Taller Nadie es perfecto).
<p>Sintomatología de enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar inmediatamente a médico/a para diagnóstico e indicación de tratamiento, frente a los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar presencia de 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 a médico/a para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario, frente a las siguientes manifestaciones ganglionares: <ul style="list-style-type: none"> - Adenopatías con un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria:

Constipación	<ul style="list-style-type: none"> En niños y niñas mayores de 9 meses, ante deposiciones duras, dificultad para defecar, sangrado, disminución en la frecuencia deposiciones, derivar a médico para evaluación y eventual tratamiento. Un caso de un niño o niña con historia de constipación que presente: vómitos, distensión abdominal, fiebre, decaimiento, compromiso del estado general, derivar a servicio de urgencia.
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a, para evaluación y posible interconsulta a otorrinolaringología infantil.
<p>Sintomatología obstructiva</p> <p>Signos de asma bronquial (sibilancias u otro)</p>	<p>Sospecha de Asma Bronquial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a 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/a 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/a APS. <p>Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar si duran más de 15 segundos, en caso de ser confirmatorio, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación.
Sospecha de cardiopatía congénita	<p>En caso de sospecha de cardiopatía congénita:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingresar el caso a Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, (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). Derivar a interconsulta a cardiología infantil o pediatría con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica.
Alteraciones oftalmológicas	<p>Alteración en Test de Tumbling E o Snellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para eventual derivación a oftalmólogo. <p>Estrabismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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). <p>Rojo pupilar alterado o leucocoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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).
Presencia de alteraciones al examen bucal y/o detección de factores de riesgo de enfermedades bucales	<ul style="list-style-type: none"> Si no está en control odontológico, derivar. Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas a cuidadores y familiares, y reforzar hábitos: <ul style="list-style-type: none"> No succión de dedos y de no onicofagia. Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales y antes de dormir. Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, reforzar razones para el retiro. Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta. Incentivar consumo de agua potable (Chile tiene agua fluorada). Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas, debe Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.

Alteraciones de la piel	<p>Sospecha de dermatitis atópica o alérgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación en medidas generales de cuidado de la piel: baños cortos con agua tibia, no usar jabón en genitales, hidratación diaria con crema hipoalérgica, ropa 100 % de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalérgico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombras, etc.). Si las lesiones persisten derivar a médico/a. <p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Pie plano patológico	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para eventual derivación a Traumatólogo infantil.
Alteraciones en la marcha	<p>Asimetría o claudicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar si la cojera es de reciente inicio, realizar una evaluación médica inmediata y eventual derivación a urgencia.
Alteraciones en zona genital	<p>Sospecha de criptorquidia o hernias inguinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para confirmar diagnóstico y derivación a cirugía infantil o urología infantil. <p>Fimosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación en desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, derivar a médico/a y posterior evaluación por Cirujano o Urólogo infantil. Evaluar al control de los 4 años persistencia de fimosis, en caso de mantenerse derivar a médico/a de APS para tratamiento.
Padres o cuidadores principales con dificultades para entregar cuidados	<ul style="list-style-type: none"> 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. Derivar a un profesional o derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental, cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, Entregar consejo breve para manejo de frustración o pataletas, derivar a taller de habilidades parentales: Nadie es perfecto.
Sospecha de Violencia	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. Determinar el riesgo vital del niño o la niña. Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> 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” (21). 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” (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>

3.2.5.2. CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 3 AÑOS 6 MESES

Período		42 a 47 meses (3 años 6 meses - 3 años 11 meses y 29 días)		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado nutricional integral del niño o la niña, considerando su estado de salud y contexto psicosocial. • Pesquisar factores de riesgo para una malnutrición por exceso o déficit en la infancia. • Pesquisar alteraciones de la salud que se relacionen con la alimentación y nutrición. • Ejecutar las medidas e intervenciones necesarias orientadas a lograr un estado nutricional integral saludable. • Promover un estilo de vida saludable, fomentando hábitos alimentarios y actividad física en el niño o niña y su entorno. • Realizar las derivaciones oportunas y seguimientos de acuerdo con la situación de cada niño o niña. 			
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Nutricionista. 			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
30 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Revisar antecedentes de salud en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores. • Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior. • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO. • Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores. • Valorar estado de salud y capacidades de cuidado de los padres y/o cuidadores. 			
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar dirigidamente sobre la alimentación del niño o la niña: <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia, horarios, composición, consistencia y variedad de las comidas. Especificar comidas dentro y fuera del hogar. - Alimentación láctea, frecuencia, preparación y volumen de leche ingerido. En el caso de persistir lactancia materna, preguntar sobre el número y contexto de las tomas. - Cantidad y frecuencia de grupos de alimentos (frutas y verduras, carnes, etc.) - Si aún usa mamadera o chupetes. Velocidad y volumen ingerido. - Si toma de agua pura, así como por el consumo de bebidas o jugos (artificiales y de frutas). - Si consume alimentos chatarra, golosinas o altos en grasas y sodio (sal). - Preferencias, selectividad y dificultades en la alimentación. • Indagar sobre los hábitos alimenticios de la familia, qué es lo que comen habitualmente y en qué horarios. • Si realizan los momentos de alimentación como instancias familiares. 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. • Preguntar si el momento de la alimentación es estresante o difícil y por qué, cuáles son las estrategias que utiliza la familia. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc.) • Si la comida se utiliza como premio o castigo. • Antecedentes en la familia de obesidad, sobrepeso, diabetes, rechazo a la comida, etc. 			

<p>Actividad física, sedentarismo y actividades recreativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si realiza juegos o talleres de actividad física entre 30 a 60 minutos al día. • Evaluar frecuencia y tipo de actividad física en el día. Participación de talleres y/o actividades deportivas o recreativas. • Valorar tipo y horas de juego e indagar sobre participación y/o supervisión de los adultos en el juego. • Evaluar horas de inactividad o sedentarismo en la rutina diaria, por ejemplo, en tiempos asociados al uso de pantallas, actividades de escritorio, etc. • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, ciclo vías, etc.) • Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición y supervisión parental.
<p>Cuidados de la Salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO. • Indagar si los padres y/o cuidadores, lavan y/o supervisan la higiene dental de los niños o niñas. • Preguntar sobre: número de lavados de dientes al día, higiene previa a la hora de dormir, momentos de ingesta de alimento y/o líquidos azucarados, uso de mamadera o vaso, consumo nocturno de mamadera, succión digital, uso de chupete y presencia de mala oclusión.
<p>EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 AÑOS 6 MESES</p>	
<p>Antropometría</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla. • Evaluar peso. • Registrar los puntos de peso y talla en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva. • Evaluar la presión arterial.
<p>Antropometría de la madre, padre y/o cuidadores principales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla, peso y calcular IMC. • Realizar la calificación nutricional de los padres. • Realizar talla diana (TD).
<p>Cavidad oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. • Evaluar tipo y evolución de dentición. • Evaluar presencia de lesiones de caries. • Evaluar el estado de las encías. • Revisar factores de riesgo de enfermedades bucales con Pauta CERO.
<p>Signos de carencias específicas (anemia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar palidez de mucosas y/o taquicardia.
<p>DIAGNÓSTICOS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). • Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). • Factores de riesgo de enfermedades bucales. • Problemas psicosociales detectados a nivel familiar. • Otros diagnósticos. 	

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA CONSULTA NUTRICIONAL DE 3 AÑOS Y 6 MESES

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la lactancia materna si la madre y niño o niña aún continúan con esta alimentación (la OMS actualmente la recomienda hasta los 2 años de vida, y luego tanto como la madre y el niño o niña lo deseen). Se puede realizar una guía anticipatoria respecto al destete respetuoso. • En niños y niñas no amamantados, dar leche de vaca semidescremada o descremada 500 cc al día aproximados, repartidos en dos tomas diurnas. • Educar en alimentación lenta y pausada, lo que se asocia con menores índices de glicemia y obesidad en edad preescolar. • Fomentar el uso de vaso o tasa, en caso de usar mamadera o chupete educar en un retiro respetuoso. • Preferir comidas saludables y variadas, bajas en grasas, sodio y azúcar, y desincentivando el consumo de golosinas y comida chatarra. • Establecer horarios de comidas: desayuno, almuerzo, once y cenas. Preferir alimentación en familia, educar respecto a la adquisición de conductas por imitación. • Educar en torno a no premiar o castigar con alimentos, orientar a los padres respecto a cómo relacionarse saludablemente con los alimentos. • 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, siempre favoreciendo que el niño o niña mastique). • 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). • También a esta edad se debe incentivar la autonomía en la alimentación, aun cuando utilice sus manos, derrame o se ensucie.
Actividad física y recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar realizar al menos 180 minutos de actividad física al día, de los cuales son 60 minutos deben ser de actividad física moderada o vigorosa. Se pueden fomentar realizar paseos al aire libre en familia, juegos que utilicen el equilibrio, coordinación, salto, desplazamiento, lanzamiento, giro, recepción de balón, etc. • 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. • Evitar tiempos sedentarios: 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. • Indicar medidas de seguridad al realizar actividad física (uso de casco, elementos de protección personal, supervisión constante de adultos, entre otros).
Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la higiene bucal al menos 2 veces al día, para el niño o niña y para la familia y siempre antes de dormir. • Realizar cepillado con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor dispensada por un adulto y sin enjuague posterior. Usar cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, cuando el niño o la niña no sepa escupir los restos de pasta, y aumentar la cantidad de pasta, similar a una arveja, cuando ya pueden escupir los restos de pasta. • Recomendar el uso de un cepillo pequeño de cerdas suaves. • Reforzar consumo de alimentos no azucarados y de agua pura (el agua en Chile está fluorada y protege contra las caries). • Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado de dientes, cuidado en alimentación, etc.). • Reforzar la no succión de dedos y no onicofagia, como hábito. • Recomendar la eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad. • Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Proponer un plan de acción que involucre a los padres/cuidadores para incorporar hábitos de higiene, Medidas de seguridad y prevención de accidentes y alimentación saludable en los niños y familia. • 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.
Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Control de salud infantil una vez al año. • Control de salud bucal una vez al año.

BANDERAS ROJAS EN CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 3 AÑOS 6 MESES	
SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Madre, padre o cuidador principal de 20 a 45 años con sospecha de síndrome metabólico	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar 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 (dislipidemia), hipertensión arterial, 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/a para descarte o confirmación diagnóstica de síndrome metabólico. En caso de confirmación, el médico/a será el responsable de derivar al Programa de Vida Sana (Ver anexo 24 "Componentes del Programa vida sana") u otro programa o profesional según la oferta local. • Derivar a EMP si no se ha realizado el examen.
Mal nutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • 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/a al igual si se encuentran los siguientes factores: talla baja, retraso del DSM, dismorfia, hirsutismo, sospecha de otro problema médico. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable. • Elaborar un plan trabajo específico de intervención individual y familiar en la alimentación y actividad física y plan de seguimiento. • Derivar a sesiones educativas. • Derivar a consulta nutricional dentro de los siguientes 30 días.
Niño o niña eutrófico con dos o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Estilos de vida no saludables (alimentarios o actividad física)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve familiar, evaluando etapas del cambio. • Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad.
Manipulación incorrecta de los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve respecto a la correcta manipulación, preparación y refrigeración de los alimentos. • Educar respecto a medidas para evitar la contaminación cruzada.
Riesgo de desnutrir	<ul style="list-style-type: none"> • 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/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación.
Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ChCC. • Ingresar a PNAC de refuerzo. • Derivar a médico/a 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación, para derivación a nivel secundario. Especialmente 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.
Sospecha de anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a de APS para evaluación, solicitud de exámenes, confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento.

Presencia de alteraciones al examen bucal y/o detección de factores de riesgo de enfermedades bucales

- Si no está en control odontológico, derivar.
- Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas a cuidadores y familiares, y reforzar hábitos:
- No succión de dedos como hábito y no onicofagia.
- Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales y antes de dormir.
- Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, reforzar razones para el retiro.
- Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta.
- Reforzar consumo de alimentos no azucarados y de agua pura (el agua en Chile esta fluorada y protege contra las caries).
- Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas, debe Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.



3.2.6. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN ESCOLAR (5 A 9 AÑOS)

La etapa escolar es el periodo comprendido entre los 5 a los 9 años. Configurándose en una etapa fundamental en la que niños y niñas van experimentando cambios en su desarrollo físico, motor, cognitivo, psicológico, emocional y social, adquiriendo cada vez una mayor independencia. A pesar de que la velocidad de crecimiento continúa siendo lenta y gradual, y existen diferencias entre niños y niñas de igual edad, sus habilidades físicas, de coordinación y motoras experimentan cambios que contribuyen a que estos se sientan más competentes, permitiendo que puedan participar en actividades de mayor complejidad motora, como deportes, danza o gimnasia. Comienza un periodo de recambio dentario, apareciendo las primeras piezas dentales definitivas.

Desde el punto de vista cognitivo, existe una evolución del pensamiento, el que de ser un pensamiento mágico pasa a un proceso cognitivo lógico. Adquiere progresivamente mayor lenguaje básico, percepción y abstracción pudiendo leer, escribir y comunicar sus pensamientos con complejidad y creatividad creciente (25).

Entre los 5 y 10 años es un periodo exigente para el desarrollo personal para el niño o niña escolar, la que es determinante para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Estos cambios pueden ser afrontados con mayor o menor facilidad, dependiendo de las características personales, familiares y ambientales, entre los que se incluyen los del ambiente escolar.

En el desarrollo socioemocional, el autoconcepto se hace más estable y la interacción social y con grupos de pares es más intensa y de mayor complejidad. Se va consolidando el autoestima, la independencia y la autonomía, adquiriendo la capacidad de saber qué hacer y la seguridad y habilidad para lograrlo.

El grado de madurez y el desarrollo de una comprensión más completa de estados y motivaciones psicológicas de los demás genera un mayor interés por el entorno más amplio, favoreciendo la superación del egocentrismo que los caracterizaba en la etapa anterior, logrando un mayor desarrollo de la empatía y la aparición de sentimientos superiores como la solidaridad, cooperación, lealtad, entre otros. 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. Así mismo, 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 mayor importancia y aparecen nuevas figuras de autoridad como los profesores (26).

En la edad escolar mejora la capacidad inmunitaria, por lo que las morbilidades son cada vez menos frecuentes, la mortalidad es muy baja, siendo el principal motivo las causas externas como los accidentes en distintas esferas, generalmente fuera del hogar. Los problemas de salud que aquejan, 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, por su impacto en la calidad de vida y pronóstico.

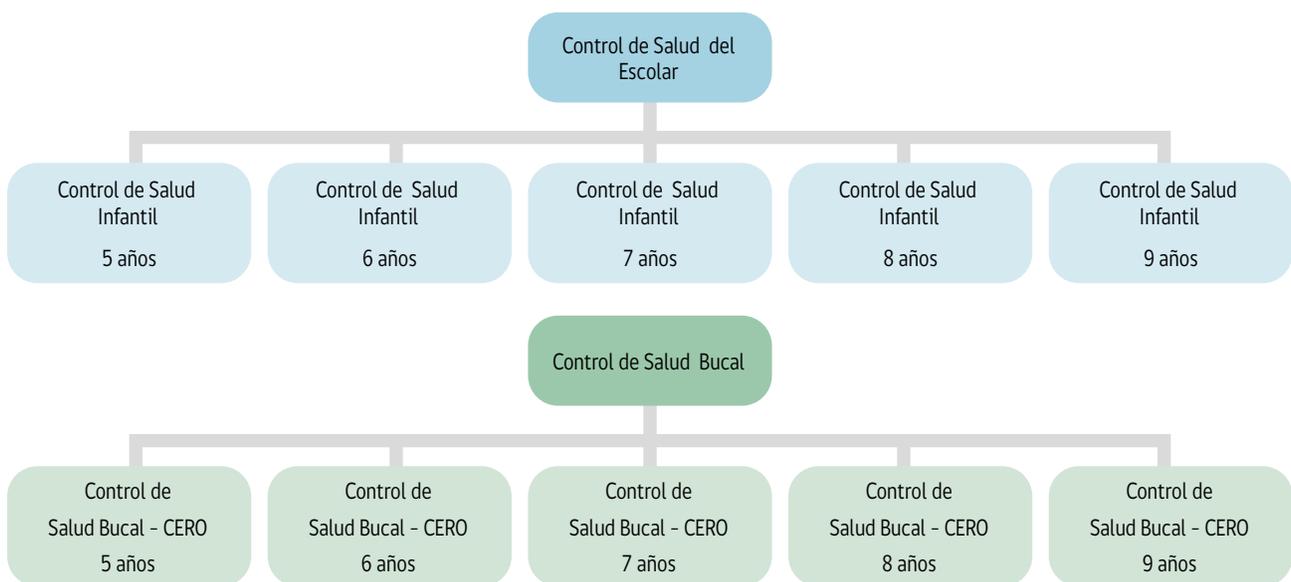
En este período los controles de salud pueden ser realizados en el centro de salud o en el establecimiento educacional. En ambos casos, es importante fortalecer las habilidades maternas y parentales, respondiendo dudas o anticipando necesidades, para el ejercicio de una crianza positiva que potencie el desarrollo integral del niño o niña. También es importante el reconocimiento y fortalecimiento de factores protectores biopsicosociales.

La realización del control de salud escolar en el establecimiento educacional es una práctica que permite identificar a esta población más fácilmente, considerando que es un grupo que tiene baja adherencia a los controles en los centros de salud, y cada establecimiento educacional es una población cautiva del territorio. Es importante que existan acuerdos formales entre la Escuela y el Centro de Salud para dicha atención, para cautelar por la permanencia de la actividad. Cuando el control es realizado en ausencia de madre, padre o cuidador, será necesario que el tutor 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 padres o cuidadores responderán con anticipación.

Cuando el control es realizado en presencia de madre, padre o cuidador, la anamnesis será a través de una entrevista que complementa 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, explicando las razones de cada evaluación y resguardando la privacidad del niño.

Durante este período se deben realizar los siguientes controles de salud:

Figura III - 10. Supervisión de Salud en el Escolar.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

Tabla III - 7. Áreas e hitos del desarrollo de 5 a 9 años.

ÁREA	LOGROS ESPERADOS	
Crecimiento y desarrollo físico	<ul style="list-style-type: none"> • 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 6 años, es normal la adrenarquía, que se puede manifestar por olor axilar. • Desde los 7 años, comienzan a perder la dentadura temporal y comienza a aparecer la definitiva. • Desde los 8 años, (niñas) es normal la aparición de botón mamario. • Desde los 9 años, (niños) es normal el crecimiento testicular. 	
Desarrollo cognitivo y destrezas	<ul style="list-style-type: none"> • 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, practica deportes, toca instrumentos musicales. • Los intereses y competencias empiezan a ser divergentes entre los niños y las niñas. 	
Desarrollo emocional y social	5 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene grupos de amigos o amigas. • Son capaces de disculparse por errores y felicitar a otros por sus logros.
	7 a 8 años	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Demuestra progresivamente la capacidad de tomar decisiones responsablemente. • Experimenta sensación de bienestar, de seguridad en sí mismo y de esperanza en el futuro.

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021..

3.2.6.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 5, 6, 7, 8 Y 9 AÑOS

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	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar integralmente el desarrollo y crecimiento del niño o la niña, considerando su etapa, familia y ambiente. • Identificar factores y conductas protectoras y de riesgo para el desarrollo físico, cognitivo, psicomotriz, afectiva-emocional y social del niño o niña en el contexto escolar y familiar - comunitario. • Pesquisar precozmente signos y síntomas de ECNT u otras alteraciones de salud. • Evaluar hábitos y conductas de autocuidado en alimentación, hidratación, actividad física, sedentarismo, higiene bucal y corporal, eliminación, prevención de riesgos y peligros para la vida. • Establecer los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña. • Orientar a los padres y/o cuidadores en respecto a los resultados y dudas de la evaluación del crecimiento y desarrollo integral del niño o niña y sus respectivas intervenciones. • Promover salud y prevenir enfermedades bucales. • Derivar oportunamente según la situación de salud biopsicosocial de cada niño o niña. 			
Profesional	En establecimiento educacional	• Enfermera/o más un Técnico de Enfermería de Nivel Superior o Médico/ca.		
	En establecimiento de salud	• Enfermera/o o Médico/a.		
Consentimiento informado	En establecimiento educacional y en ausencia de los padres solo se puede realizar el control de salud con el documento firmado.			
Instrumentos a aplicar	Todas las edades	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de pauta CERO realizada por cirujano dentista. • Cuestionario de Salud Infantil (anexo 25). 		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Contexto	Material a entregar
30 minutos	Universal	Individual	<p>En presencia de los padres o cuidador/a (en centro de salud o escuela).</p> <p>En ausencia de los padres o cuidador/a (en establecimiento educativo).</p>	Material educativo
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
En el centro de salud:				
<ul style="list-style-type: none"> • Llamar al niño o la niña a la sala de espera, saludarlo por su nombre (disponerse a la altura del niño o niña, para poder saludar con un adecuado contacto visual), saludar a la familia e identificarse (nombre, apellido y profesión) y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día. • Demostrar una actitud de respeto, cercanía y amabilidad hacia el niño o niña y su familia. 				
En el establecimiento educacional:				
<ul style="list-style-type: none"> • Constatar firma de consentimiento informado e ir a buscar al niño o la niña a la sala de clases, saludarlo por su nombre (disponerse a la altura del niño o niña, para poder saludar con un adecuado contacto visual) e identificarse (nombre, apellido y profesión) y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día, consultando previamente con docente la presencia de algún tipo de discapacidad o condición de salud que sea pertinente de considerar durante el control de salud resguardando la confidencialidad de la información. • Demostrar una actitud de respeto, cercanía y amabilidad hacia el niño o niña. En la edad escolar es importante incorporar al niño o niña, conociendo sus dudas y opinión en los distintos temas. • Si cuenta con apoyo de un Técnico de Enfermería de Nivel Superior, puede buscar hasta un máximo de 3 niños, resguardando la individualidad, intimidad y confidencialidad en la realización del control. 				

<p>Antecedentes generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar antecedentes en la ficha clínica de los controles de salud anteriores y cumplimiento del calendario de inmunizaciones en el RNI. • Revisar resultados de Cuestionario de Salud Infantil en conjunto con el niño o niña y/o los padres según el contexto en que se realiza el control (anexo 25) identificando las principales alteraciones: tos o dificultad para respirar o silbidos en el pecho (sibilancia) durante el ejercicio físico, presencia de antecedentes familiares de asma, sensación de pecho apretado, ronquidos o pausas respiratorias (mayores a 15 segundos) durante el sueño presenta o tos nocturna por períodos prolongados. • Indagar las características de la familia y otras personas que vivan en la misma vivienda, relaciones, roles. Solicitar al niño o niña comente su relación con su familia y otras personas que vivan en su casa, utilice esta instancia para valorar cómo se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia. • Indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Indagar la presencia de algún tipo de limitación o discapacidad permanente o transitoria física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional. • Consultar al niño o niña y padres o cuidadores por dudas referentes a salud o al control de salud. • Valorar asistencia a establecimiento educacional y el nivel que cursa (rendimiento académico, relación con pares, bullying).
<p>Hábitos alimentarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia, composición, calidad y cantidad de las comidas (variedad, preferencias, selectividad y dificultades). • Evaluar alimentación láctea (leche, yogurt, queso, quesillo, etc.), composición (entera, semidescremada, descremada) frecuencia y volumen de leche ingerido, uso de saborizantes y edulcorantes, tipo y cantidad. • Indagar sobre consumo de agua pura, así como por el consumo de otros líquidos como bebidas o jugos (artificiales y de frutas), frecuencia y tipo de edulcorante. • Indagar sobre el consumo de alimentos chatarra, golosinas o altos en calorías, azúcar, grasas y sodio (sal), frecuencia y contexto del consumo. • Indagar sobre el ambiente y horarios de alimentación. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc.). • Indagar creencias y dudas asociadas a la alimentación en la etapa.
<p>Patrones e higiene del sueño y descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar higiene del sueño, ambiente (habitación sola, compartida, presencia de dispositivos electrónicos, tipo de decoración, distractores, etc.), horas de sueño, rutinas establecidas. • Indagar sobre dificultades asociadas al sueño y descanso (iniciar el sueño, despertares nocturnos, cansancio matutino, alteración del estado de ánimo, etc.). • Indagar sobre ronquidos o ruidos respiratorios. • Indagar presencia de ronquidos, apneas, respiración bucal, bruxismo, terrores nocturnos y enuresis. • Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en el escolar, padres y/o cuidadores.
<p>Patrones de eliminación intestinal y urinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrones de eliminación, control de esfínter anal y vesical, presencia de enuresis y encopresis. • Preguntar sobre las características de la orina y deposiciones. • Indagar sobre rutinas de higiene asociadas y grado de autonomía en su realización. • Indagar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación.
<p>Actividad física, sedentarismo y actividades recreativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia y tipo de actividad física en el día. Participación de talleres y/o actividades deportivas o recreativas. • Valorar tipo y horas de juego e indagar sobre participación de cuidadores en alguno de estos (baile, canto, lectura de cuentos, etc.). • Evaluar horas de inactividad o sedentarismo en la rutina diaria (uso de pantallas, actividades de escritorio, etc.). • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, ciclo vías, etc.). • Preguntar respecto al uso de pantallas (televisión, teléfonos inteligentes, Tablet, computadoras), tiempo de exposición. y supervisión parental, uso de estrategias de control parental en los distintos dispositivos.

Hábitos de aseo e higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre rutinas y prácticas asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, lavado de pelo, lavado de genitales, cambio de ropa, lavado de manos y cara. • Indagar frecuencia y uso de productos específicos. • Indagar sobre prácticas de autocuidado y autonomía adquiridas por el niño o niña e identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos.
Cuidado de la Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO, anterior. • Indagar nivel de autonomía en la realización de la higiene dental. • Indagar si los padres y/o cuidadores supervisan la higiene dental de los niños o niñas. • Preguntar sobre: tipo de cepillo, uso de pasta dental, tipo de pasta utilizada, frecuencia de lavado de dientes al día, higiene previa a la hora de dormir, momentos de ingesta de alimento y/o líquidos azucarados. • Indagar presencia de succión digital y onicofagia. • Para profundizar revisar pauta CERO.
Ámbito socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la interacción y comunicación del niño o niña con padres y/o cuidadores, con el resto de los compañeros y otros adultos en el contexto escolar. • Observar grado de autonomía y comportamiento del niño o niña en la consulta, forma de relacionarse con evaluador, si manifiesta inquietudes, la manera de seguir instrucciones durante la realización del control, resguardando la comodidad y confort del niño o niña durante éste. • Preguntar a niño o niña sobre dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo, autonomía y comportamiento de ellos mismos y a los padres y/o cuidadores con relación a éste. • Indagar nivel de adaptación al entorno escolar, participación en grupo de pares, relaciones entre los compañeros en el aula y durante los recreos. Preguntar al niño si tiene amigos tanto fuera o dentro del colegio. • Preguntarle al niño o niña preferencias de las distintas asignaturas y su rendimiento escolar en general • 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. • Preguntar respecto a utilización de redes sociales (Tik Tok, Instagram, Facebook, Twitter, etc.), tiempos de uso, medidas de seguridad establecidas para su uso, dudas al respecto, situaciones que lo han puesto incómodo. • Preguntar directamente al niño o niña cómo se siente emocionalmente (en lenguaje amigable, cercano y adecuado a su edad). • Indagar respuesta emocional del niño o niña ante situaciones difíciles y la manera en que los padres y/o cuidadores las abordan. • Observar interacción familiar y estilos parentales, la forma en que se establecen los límites y normas dentro de la convivencia de la familia y si existe acuerdo entre los miembros de ésta. • Indagar respecto a distribución de responsabilidades o tareas dentro del hogar, si estas son consensuadas y cuáles realiza el niño o niña, preguntando a éste o ésta cómo se siente al respecto. • Indagar cómo manejan los padres y/o cuidadores en aquellas situaciones en que el niño o la niña no respeta normas o límites preestablecidos. • Identificar si la crianza es respetuosa y si se utiliza disciplina negativa. • Preguntar al niño o niña a quién recurre cuando tiene dudas, miedos, malestares, etc. y el nivel de receptividad de esta persona.
Medidas de seguridad y/o prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre las medidas preventivas utilizadas para la protección solar, uso frecuencia, tipo de bloqueador solar y FPS. • Indagar sobre acciones asociadas a la: prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas, uso de flotadores), uso de pantallas, acceso a internet, tipo de juegos, uso butaca o alzador u otro sistema de retención infantil, uso de casco en bicicleta, contacto con personas desconocidas, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, juegos peligrosos, etc. • Indagar respecto a dudas, conocimientos, creencias, valores y grado de intención para iniciar consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. • Preguntar a padres acerca de medidas preventivas cuando el niño o niña está fuera de la casa o en casa de otras personas. • Indagar si los padres o profesores, tienen alguna duda sobre su visión o audición.

EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS

Independiente del contexto en que se realice el control, es importante resguardar la privacidad y respetar la intimidad del niño o niña durante la examinación, explicando las razones de cada procedimiento, desvistiendo por partes o pedirle que se coloque una bata de examinación.

En el colegio el niño o niña, debe quedar con ropa interior y una camiseta y sobre esta, en caso de ser posible una bata de examinación, en donde no hayan más de 2 adultos ni otros escolares. Resguarde la comodidad del niño colocando un calefactor en caso de bajas temperaturas y un cubrepiso cuando le pida al niño que se coloque de pie durante el examen físico.

Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla. • Evaluar peso. • Calcular IMC, ajustado a los grados Tanner (observado o reportado por los padres) en niñas de 8 o 9 años (puesto que se consideran los grados de Tanner entre los 10 y 15 años en niños y entre 8 y 14 años en niñas, usando edad biológica cuando la diferencia entre la edad biológica y cronológica es mayor o igual a 1año). • Evaluar perímetro de cintura desde los 6 años. • Registrar los puntos de peso y talla en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar la progresión de la curva. <p>Considerar cálculo de talla diana.</p>
Presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • 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, uso de esfigmomanómetro validado por organismos internacionales). • Uso de técnica estandarizada, con reposo previo, vejiga vacía, espalda apoyada en respaldo, sin piernas cruzadas.
Evaluación del estado general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado de ánimo y nivel de energía. Forma de relacionarse con examinador y compañeros. Contacto visual, presencia de estereotipias, entre otras.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar marcha (simetría caminando y corriendo). • Evaluar asimetrías en la movilización de extremidades o en los reflejos.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar y palpar cabeza: morfología, distribución del pelo (presencia de alopecia) y/o presencia de ectoparásitos (pediculosis), alopecia areata (no presenta descamación), dermatitis seborreica (más difusa y la descamación es adherente al pelo, pero no lo fractura), psoriasis (no hay pelos rotos) y tricotilomanía. • Inspeccionar presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas. Describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Inspeccionar presencia de acantosis nigricans, especialmente en niños y niñas con malnutrición por exceso. • Evaluar olor axilar. • Descartar lesiones autoinfligidas. • Inspeccionar estado e higiene de las uñas. • Descartar afecciones de piel y mucosas. De etiología viral (molusco contagioso, verrugas, herpangina, etc.), bacteriana (impétigo), micótica (tiña, onicomicosis, etc.), parasitarias (escabiosis, pediculosis), dermatitis de contacto, dermatitis atópica (especialmente en pliegues de codos, rodillas y cuello), hemangiomas, prurigo insectario u a otros alérgenos, etc. • Descartar infección o reacciones alérgicas en caso de que existen tatuajes o piercing.
Evaluación ganglionar	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar e inspeccionar 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: buscar presencia de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis), síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis / sudoración nocturna) y/o hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar agudeza visual ⁴ con Cartilla en E abreviada. • Evaluar presencia y simetría de rojo pupilar. • Realizar Test de Hirschberg, en caso de que exista duda de estrabismo realizar Test de Cover. • Observar si hay secreción ocular o epífora.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el control de salud es realizado por un médico/a o profesional entrenado). • Evaluar presencia de alteración auditiva.

⁴ Según recomendaciones del documento: "COMPONENTE DE SALUD OFTALMOLÓGICA EN PEDIATRÍA, CONTROL DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA: Principios Básicos y Protocolos de examen, diagnóstico y tratamiento Oftalmología Pediátrica para la Atención Primaria, 2017"

Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. • Evaluar tipo y evolución de dentición: • 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 permanente • Evaluar presencia de lesiones de caries, y/o de maloclusión. • Evaluar el estado de las encías del niño o niña. • Revisar factores de riesgo de enfermedades bucales con Pauta CERO.
Evaluación cardio pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Si el control es realizado por un médico/a o profesional entrenado: • Auscultar sistema cardiaco, descartando presencia de soplos, alteraciones del ritmo y otros. • Auscultar sistema pulmonar, descartando sibilancias, crépitos u otros ruidos agregados. • Descartar sospecha de asma. Preguntar sobre presencia de 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.
Evaluación abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar abdomen con piernas flectadas en búsqueda de masas abdominales, visceromegalias y hernias.
Evaluación del desarrollo puberal	<p>En ausencia de los padres o cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o cuidadores. <p>En presencia de los padres o cuidadores y con consentimiento del escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores. • Evaluar directamente el grado Tanner: <ul style="list-style-type: none"> - En niñas: inspeccionar presencia de botón mamario (normal en niñas desde los 8 años) y extensión, densidad y características del vello púbico. - En niños: evaluar el desarrollo puberal y peneano y extensión, densidad y textura del vello púbico.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el Test de Adams, y evaluación de actitud postural de columna, descartando alteraciones posturales y estructurales de la columna. • Evaluar simetría de extremidades inferiores: Evaluar simetría en la altura de ambas rodillas con piernas flectadas y medir la longitud de ambas extremidades inferiores desde la espina iliaca anterosuperior hasta borde inferior del maléolo interno. • Evaluar pie en búsqueda de presencia de pie plano flexible fisiológico y descartar pie plano rígido o pie plano flexible doloroso o pie cavo en caso de contar con podoscopio. • Evaluar desgaste en suela del calzado (lugar, asimetrías, etc.) • Evaluar marcha: simetría, estabilidad, movimientos rítmicos y coordinados del tronco. Descartar alteraciones del movimiento o estructurales, claudicación, marcha en punta de pie (marcha equina) o en talones (posición talo), marcha bamboleante (mueve pelvis), marcha stepagge: pie cae sin secuencia talón punta (no hay fuerza para hacer el movimiento de flexo-extensión del tobillo), marcha en aducción o abducción, variaciones rotacionales y presencia de dolor. • Evaluar genu valgo fisiológico (simétrico). Descartar genu valgo patológico (distancia intermaleolar es mayor a 8 cm) o genu varo (si distancia intercondílea es mayor a 2 cm).
Evaluación genitourinaria y anal	<p>En presencia de los padres o cuidadores y con consentimiento del escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar zona anal y descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. <ul style="list-style-type: none"> - En niños: descartar fimosis e inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. - En niñas: descartar sinequias y secreción anormal, descartar masas inguinales. • Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.

Señales de Violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de lesiones más graves de lo esperado con discordancia con la historia entregada. • Evaluar la presencia de múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención en salud. • Evaluar la presencia de fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios poco habituales. • Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. • Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre y en el niño o niña.
----------------------	---

DIAGNÓSTICOS

- Nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso obesidad, obesidad severa).
- Talla (talla baja, normal baja, normal, normal alta, talla alta).
- Desarrollo socioemocional (estipular problemas detectados).
- Problemas de salud detectados.
- Factores de riesgo de enfermedades bucales.
- Problemas y dificultades en la estructura y tareas de la etapa del ciclo vital familiar y en la dinámica familiar.
- Problemas psicosociales y/o determinantes sociales detectados a nivel familiar, escolar, social, entre otros.

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE LOS 5 A LOS 9 AÑOS

Según el contexto en que se realice el control, adapte las indicaciones según la edad del niño o niña.

En el caso de control de salud en el establecimiento educacional, enviar la información pertinente a padres o cuidadores: diagnósticos, problemas identificados e indicaciones con letra clara y legible.

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.

Entregar indicaciones promocionales y preventivas en forma grupal en conjunto con el profesor de acuerdo con el rango etario y a los problemas más prevalentes detectados, según recomendaciones entregadas en este documento y otras normativas u orientaciones vigentes incluyendo guías anticipatorias para cada edad que incluyan cambios esperados en las áreas física (incluir cambios puberales), emocional y cognitivo: Que esperar en lo físico, emocional y cognitivo. Incluir cambios puberales.

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar en las intervenciones modelo de creencias y cambio de conducta. • Educar a padres respecto a la importancia del ejemplo como la mejor estrategia de inculcar hábitos y costumbres en los niños y las niñas. Oriente en estrategias para que la madre, padre o adultos significativos puedan modelar sus propias conductas en relación con las que esperan ver en los escolares. • Reforzar todos los hábitos saludables valorados en el niño o niña. • Educar en la importancia de una alimentación lenta y pausada y la incorporación de alimentos ricos en fibra, lo que se asocia con menores índices de glicemia y obesidad, junto con preferir comidas saludables y variadas, y en general aconsejar evitar o disminuir consumo de cualquier alimento con símbolo "ALTO EN..." bajas en grasas, sodio y azúcar, y desincentivando el consumo de golosinas y comida chatarra. • Educar en torno a no premiar o castigar con alimentos, orientar a los padres respecto a cómo relacionarse saludablemente con los alimentos. • Establecer horarios de las 4 comidas del día: desayuno, almuerzo, onces y cena. Incorporar una colación saludable si pasan más de 4 horas entre el desayuno y almuerzo, tales como frutas, lácteos descremados o panes pequeños. Preferir alimentación en familia, por su importancia como factor protector psicosocial y adquisición y/o mantención de conductas por imitación. <ul style="list-style-type: none"> - Educar respecto a la importancia del desayuno a esta edad y debe incluir un lácteo sin adición de azúcar, pan (una rebanada con acompañamiento) y una fruta. - En almuerzo y cena, fomentar ofrecer las porciones indicadas según Guía de Alimentación para cada grupo de alimentos. - Evitar la "onces-comida" en reemplazo de la cena. - Educar respecto al consumo de agua sin agregado de azúcar o endulzantes artificiales, evitando el jugo de fruta por su mayor índice glicémico al extraer la fibra, bebidas y otros líquidos.
----------------------	--

Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar la realización de 60 minutos de actividad física moderada a vigorosa, cada día (28). • Si es posible, favorecer la participación del escolar en actividades físicas estructuradas (talleres deportivos u otros), propiciar el juego activo con su grupo de pares y el desarrollo de actividades cotidianas que impliquen movimiento (caminar a comprar, ayudar a ordenar la casa, etc.). • Recomendar la realización de paseos al aire libre en familia y juegos que utilicen la fuerza del niño o niña (por ejemplo: bicicleta, monopatín, etc.). • Limitar el tiempo de exposición a pantallas (televisión, computador, teléfonos, etc.) a no más de dos horas al día, seleccionando programas o juegos adecuados a la edad y siempre acompañados por un adulto responsable.
Higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a aquellos aspectos de la higiene del sueño que deban ser modificados (dispositivos electrónicos, tipo de decoración, distractores, iluminación, rutinas, actividades previas a la hora de dormir, tipo de alimentación, etc.) • Incentivar aproximadamente entre 10 a 11 h de sueño, logrando que el niño esté en sueño profundo cerca de medianoche por la secreción de hormona del crecimiento.
Higiene y cuidado de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar el uso de bloqueador solar todo el año, independiente del clima, en todas las áreas foto expuestas, hipoalérgico 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. • Educar sobre correctas prácticas de higiene personal: <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar progresivamente la autonomía durante la ducha. Resguardar y promover las medidas de seguridad en el cuarto de baño (antideslizante, alfombra de baño, no pisar con pies mojados sobre la cerámica, etc.). - Recordar el lavado de manos previo a comidas y posterior al juego. • Educar respecto a la prevención de infecciones o contagios de enfermedades como VIH, hepatitis B u otras en la realización de procedimientos como tatuajes, instalación de aros, aros, piercings u otras técnicas invasivas con fines cosméticos: <ul style="list-style-type: none"> - Acudir a 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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, explicar a los niños y las niñas qué les puede ofrecer tabaco, alcohol o drogas y enseñar las consecuencias del consumo y cómo decir que no. En caso de que el niño o niña haya iniciado el consumo de estos, realizar consejo breve y derivar para intervención interdisciplinaria.
Cuidados de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la higiene bucal al menos 2 veces al día, para el niño o niña y para la familia. • Realizar cepillado con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor, sin mojar el cepillo, ni enjuague posterior al cepillado. Usar cantidad similar a un grano de arveja o disminuir cantidad en caso de que el niño/a no sepa escupir. • Recomendar el uso de un cepillo pequeño de cerdas suaves. • Reforzar consumo de alimentos no cariogénicos y de agua pura ya que el agua en Chile está fluorada y protege contra las caries. • Desincentivar la onicofagia o succión digital como hábito. • Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar • A los 6 años derivar a atención Odontológica (GES - Salud oral integral para niños de 6 años).

<p>Cuidados ortopédicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar calzado adecuado para caminar y jugar. • Fomentar posturas correctas para sentarse en silla y en el suelo (preferir postula a lo indio o no con piernas en W), correcto uso de la mochila (en niños pequeños preferir mochilas con ruedas y con poco peso).
<p>Medidas de prevención de accidentes y de seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto al adecuado volumen al escuchar música: 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. • Fomentar el uso adecuado y seguro de pantallas: mantener televisor, computadoras y los equipos de juego fuera de la habitación del niño o la niña, instalarlos en zonas comunes y/o con control parental, donde puedan ser vistos mientras los utilizan. No superar las 2 horas diarias y establecer horarios de exposición lejanos a la hora de dormir. • Educar a niños, niñas y padres, respecto a los riesgos y uso seguro de sitios web y aplicaciones. Educar sobre importancia de la confianza entre padres e hijos, conocimiento de sitios en los que acceda el escolar y personas con las que se contacte, protección de información personal y publicación de fotografías, ciberbullying o ciberacoso, grooming (personas adultas que simulan serlo para acercarse y obtener información o fotografías sexualmente explícitas de ellos o ellas), entre otras. Advertir sobre la presencia de páginas engañosas que llevan a contenidos inapropiados o riesgosos. • Enseñar que toda información publicada online puede ser vista, adulterada y utilizada eventualmente por cualquiera. • Educar al niño y niña que cada vez que quiera conocer a amigos o amigas virtuales, debe estar 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. • Educar a los padres sobre la importancia de la comunicación entre padres e hijos o hijas. En caso de que el niño o niña de vele algún problema asociado al uso indebido de redes sociales, se sugiere contener emocionalmente, evitar sancionar y reforzar positivamente el hecho de que el niño o niña haya comentado la situación. • Educar respecto al uso de sistemas de retención infantil (SRI) apropiado a edad, talla y peso del niño según normativa vigente y recomendaciones complementarias, de los niños hasta 9 años (o estatura de 135 cm y 33 kg) e ir en el asiento trasero hasta los 12 años. • SRI debe cumplir con normativa de seguridad vigentes en Europa y Estados Unidos y contar con sistema de anclaje. • Niños deben ir mirando hacia adelante y en el asiento de atrás. • Utilizando arnés interno en silla convertible (18 a 29 kg) o combinada (18 a 36 kg). • Utilizando cinturón de seguridad del auto en butaca con respaldo (29-40 kg) o alzador (29 -40 kg). • Educación del adecuado transporte en vehículos motorizados. Uso de casco en ciclos, luces adecuadas en ellos y uso de ropas reflectantes si andan al atardecer y en la noche, deben estar acompañados siempre de un adulto. Precauciones para cruzar en las calles, en lugar señalizado y posterior a verificación a ambos lados de la calle, que no vienen vehículos y siempre acompañados por un adulto. • Educar respecto a la seguridad en rodados (bicicletas, skates) fomentando el respeto por normas del tránsito, uso de cascos, rodilleras, cintas reflectantes, evitar conductas peligrosas, etc.) • Educar respecto a otros temas que sean atinentes a las necesidades del niño o niña o familia en particular.

Área
socioemocional

- Promover la importancia del juego libre y compartido como actividad que potencia el desarrollo socioemocional. Incentivar a madres, padres o cuidadores a que jueguen con sus hijos o hijas.
- Incentivar la socialización con su grupo de pares 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.
- Educar a los padres o cuidadores respecto a la importancia de dedicar tiempo diariamente para conversar con los niños y niñas sobre actividades, anécdotas, conflictos, dificultades, dudas, preocupaciones, entre otros, que se sientan escuchados y acompañados/as. 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. También es importante considerar sus opiniones en la toma de decisiones. El momento de la cena y los fines de semana, puede ser una buena instancia para realizar esta actividad, en el caso de situaciones que lo requieran, conversar con el niño o niña en privado, resguardando la confidencialidad.
- Educar al niño o niña la importancia de no guardar secretos u ocultar información a sus padres o cuidadores principales, y que lo refuercen constantemente en el niño o niña.
- 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.
- Educar a niños, niñas y padres o cuidadores que las medidas preventivas, de protección o restricciones no tienen género, por lo que deben ser las mismas para las hijas y los hijos, independiente del sexo.
- Incentivar a padres a acompañar a su hijo o hija en la resolución de conflictos con compañeros o amigos, ya sea conversando con el niño o niña sobre posibles formas de resolverlos, cumpliendo el rol de mediador de conflictos del niño o niña con otros compañeros o amigos, si las estrategias que ha utilizado el niño o niña no han dado resultado o conversando directamente con los otros padres o profesores. Para ello se debe escuchar las versiones de todas las partes, validar las necesidades de quienes ha 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 y respetuosa del 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.
- Educar a niños, niñas y padres o cuidadores, en la importancia de establecer de respetar las normas y reglas orientadas a promover la salud, el bienestar, la seguridad, la buena convivencia, el respeto y el adecuado crecimiento y desarrollo. Reforzar que niños y niñas se sienten más seguros si saben que existen límites, reglas y si éstas están claras.
- Educar a padres o cuidadores la importancia de otorgar progresivamente más autonomía y responsabilidades en la medida de que en niño o la niña vaya Avanzando en las etapas del desarrollo.
- Educar en estrategias respetuosas de crianza incentivando el uso de disciplina positiva.
- Reforzar que los actos de violencia como golpear, tironear, empujar, gritar, insultar, amenazar, burlarse, entre otros, tienen consecuencias negativas en el desarrollo y bienestar de niños y niñas, siendo necesario que los padres o cuidadores logren regular y expresar adecuadamente sus propias emociones, con el objetivo de mentalizar y contener afectivamente a sus hijos o hijas. De esta manera, se ayuda a los niños y niñas a gestionar de mejor manera sus emociones.
- Se debe considerar que ante el uso de disciplina coercitiva, el niño o la niña puede desarrollar emociones de enojo y/o miedo hacia la persona que le agrede, lo cual impacta en el desarrollo integral y a nivel relacional puede afectar el vínculo, causar 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.
- Educar sobre estrategias para la promoción del bienestar emocional
- Educar respecto a la importancia de reconocer los recursos del niño o niña al realizar diferentes tareas, colocado mayor énfasis en el proceso que en el resultado. Recomendar utilizar frases como: yo confío en ti, estoy orgulloso(a) de que lo hayas intentado, entre otras.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si existen abuelos u otras personas adultas que queden al cuidado del niño o la niña, es necesario compartir los aspectos relevantes para el cuidado del niño o niña y unificar los límites que ellos establecerán con el niño o la niña. • Recomendar estrategias para establecer hábitos de estudio, tales como tener un lugar bien iluminado y cómodo, libre de distracciones como la televisión y apoyarlo cuando lo requiera, idealmente no sobre la cama. Establecer rutinas para realizar las tareas. • Fomentar asertivamente las condiciones relevantes para el aprendizaje, 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/as, ya que estas estrategias intensifican la asociación negativa hacia las actividades de aprendizaje escolar. • Anticipar y responder dudas respecto al desarrollo puberal: <ul style="list-style-type: none"> - Niñas: 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. - Niños: 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. - Puede importarle más su cuerpo y su imagen corporal. - Consultar las dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales respecto al desarrollo puberal del niño o niña.
<p>Actividades lúdicas y recreativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover actividades lúdicas y recreativas según los intereses y horarios de cada niño o niña. • Fomentar la participación en actividades grupales que permita conocer a otros niños y desarrollar habilidades de colaboración, trabajo en equipo, escucha activa, resolución de conflictos, reconocimiento, cuidado de otros, diálogo, respeto ante la diversidad, entre otros. • Fomentar la realización y/o participación en actividades que promuevan la salud mental y generen hábitos de escucha y atención interna como: descanso, focalización, mandalas, yoga, meditación, etc.
<p>Derivaciones y/o exámenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de salud una vez al año. • Control de salud bucal una vez al año.

BANDERAS ROJAS DEL CONTROL DE SALUD INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS

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.

SEÑAL DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Eutrófico con 2 o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Malnutrición por exceso	<p>Control de 5 años:</p> <p>Sobrepeso y obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable • Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). • Derivar a Nutricionista para una atención en un plazo no mayor a 1 mes. <p>Control de 6 años o más:</p> <p>Sobrepeso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable • Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). <p>Obesidad y/o perímetro de cintura \geq p90 y/o acantosis nigricans sin factores de riesgo familiar (antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos: obesidad, dislipidemia, DM2, IAM o ACV antes de los 55 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable • Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). • Derivar a médico/a para evaluación y solicitud de exámenes (perfil lipídico y glicemia en ayunas) orientados a descartar síndrome metabólico. <p>Obesidad y/o perímetro de cintura \geq p90 y/o acantosis nigricans con factores de riesgo familiar (al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos: obesidad, dislipidemia, DM2, IAM o ACV antes de los 55 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable • Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). • Derivar a médico/a 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.

<p>Malnutrición por déficit</p>	<p>Riesgo de desnutrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a en un plazo de 1 mes para evaluación de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento en -1DS para el diagnóstico de riesgo de desnutrir en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. • Descartar patología orgánica. • Descartar conductas de riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria. • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Generar eventuales derivaciones a atención psicosocial, nutricional y/o a nivel secundario. • En menores de 6 años 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. <p>Desnutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a, recolectando la siguiente información para anexar a la derivación: <ul style="list-style-type: none"> - 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 ChCC. - Historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. • En menores de 6 años: derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará a PNAC de refuerzo (menores de 6 años) y elaborará un plan de intervención. • En menores de 6 años: derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
<p>Alteración en la Talla</p>	<p>Talla baja (≤ 2 DS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a 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 o alteración de las proporciones corporales. <p>Talla alta (≥ 2 DS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación la existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.
<p>Sospecha de Presión arterial elevada (anexos 16 y 17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial elevada, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. • Si se confirma presión arterial elevada, derivar a Médico/a de APS, indicar tratamiento no farmacológico (alimentación saludable, actividad física, manejo del sobrepeso u obesidad) y re-evaluar en 6 meses por método auscultatorio. • Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 6 meses. • Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, derivar a especialista en nivel secundario (nefrología infantil). • Si PA se normaliza, volver a evaluación anual de PA en CSI.

Sospecha de Hipertensión arterial Etapa I (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa I, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño o niña se encuentra asintomático, iniciar tratamiento no farmacológico y re-evaluar PA en 1 a 2 semanas. - Si el niño o niña se encuentra sintomático, derivar a Servicio de Urgencia para descartar crisis hipertensiva. • Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 1 o 2 semanas), la PA persiste en Etapa I, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 3 meses. • Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 3 meses), la PA persiste en Etapa I, derivar a especialista (nefrología infantil). • En nivel secundario, realizar confirmación diagnóstica y evaluar iniciar tratamiento farmacológico.
Sospecha de Hipertensión arterial Etapa II (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa II, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño o niña se encuentra asintomático, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, iniciar tratamiento no farmacológico y derivar a médico/a para derivar de forma inmediata a especialista del nivel secundario (nefrología pediátrica) en un plazo máximo de 1 semana. - Si el niño o niña se encuentra sintomático, o PA 30mmHg por sobre p95 derivar inmediatamente a Servicio de Urgencia.
Estilos de vida no saludables	<p>Alimentarios o actividad física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve familiar, evaluando etapas del cambio⁵ y modelo de creencias en salud. • Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad.
Presencia de alteraciones al examen bucal y/o detección de factores de Riesgo de enfermedades bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Si no está en control odontológico, derivar. • Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en Pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas a cuidadores y familiares, y reforzar hábitos: <ul style="list-style-type: none"> - No succión de dedos, no onicofagia. - Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales y antes de dormir. - Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, reforzar razones para el retiro. - Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta. - Incentivar consumo de agua potable (Chile tiene agua fluorada). - Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas, debe Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.
Alteraciones de la visión o audición	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a en caso de alteración de la agudeza visual (2 o más líneas de diferencia en ambos ojos y/o 5 años menor a 20/40 o 6 a 9 años menor a 30/30), rojo pupilar alterado (leucocoria o asimetría), sospecha de estrabismo, ptosis. • Derivar a médico/a en caso de sospecha de alteración en la audición
Alteraciones ámbito socio emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar indicaciones del ámbito socioemocional, según área detectada. • Si se sospecha que la alteración del desarrollo socioemocional está asociada a problemas o trastornos de salud mental, seguir las acciones para la bandera roja de problemas de salud mental.

⁵ 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).

<p>Problemas de salud mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar si el niño o niña se encuentra en tratamiento por salud mental en la red asistencial. • Derivar a consulta de Salud Mental ante la sospecha de alguno de los siguientes problemas de salud mental comunes en este período: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de conducta - Trastorno de ansiedad de separación. - Trastorno de ansiedad generalizada. - Bullying y matonaje. - Trastornos del Espectro Autista o profundos del desarrollo - Trastornos de la conducta alimentaria. - Otros problemas de salud mental. • Derivar a control de salud mental cuando el PSC se encuentre alterado. <ul style="list-style-type: none"> - Ante sospecha de problemas o trastornos de salud mental se puede derivar al Programa de Apoyo a la Salud Mental infantil en las comunas donde se implementa para realizar evaluación diagnóstica integral (EDI) y valorar pertinencia de intervención de salud mental en la APS.
<p>Consumo de alcohol y/o drogas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para confirmación diagnóstica. El médico/a 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.
<p>Presencia de síntomas de enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a ante cualquier sospecha de enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> - Afecciones respiratorias: Tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad. - Alteraciones genitourinarias y genitanales: enuresis, encopresis, vulvovaginitis, balanitis, dolor al orinar, sospecha de parasitosis, picazón anal o genital, deposiciones o escurrimiento fecal, criptorquidia o hernias o fimosis - Presencia de adenopatías: si 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/a para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario. - Nevos adquiridos: si es asimétrico, con bordes irregulares, color heterogéneo o diámetro mayor a 6 mm o va acompañado de picazón o sangrado, derivar a médico/a para eventual derivación a dermatología. - Signos de infección, inflamación o reacciones granulomatosas de zona de tatuajes, aros y/o piercing.
<p>Signología obstructiva</p>	<p>Sibilancias u otro signo de asma bronquial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a de APS para confirmación diagnóstica dentro de los siguientes 20 días. Inicio del tratamiento dentro de los 30 días siguientes luego de la confirmación diagnóstica. • El médico/a 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/a APS. <p>Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si duran más de 15 segundos, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación.
<p>Constipación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas mayores de 9 meses, ante deposiciones duras, dificultad para defecar, sangrado, disminución en la frecuencia deposiciones, derivar a médico para evaluación y eventual tratamiento. <p>Un caso de un niño o niña con historia de constipación que presente: vómitos, distensión abdominal, fiebre, decaimiento, compromiso del estado general, derivar a servicio de urgencia.</p>

Sospecha de cardiopatía congénita	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta a cardiología infantil o pediatría 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 AUGÉ (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. • Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). • Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). • Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas sollevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Alteraciones musculoesqueléticas	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación a médico/a o traumatólogo infantil en caso de: <ul style="list-style-type: none"> – Pie plano patológico, pie cavo, genu valgo patológico o genu varo. – Alteraciones estructurales de columna. – Asimetría o claudicación en la marcha: Si la cojera es de reciente inicio, evaluación médica inmediata y eventual derivación a urgencia. • Indicar en realización de ejercicios isométrico, para fortalecimiento de grupos musculares relacionados a la alteración pesquisada. • Educación para la corrección de posturas viciosas.
Pediculosis	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar tratamiento: a la familia (todos los que viven bajo el mismo techo), aunque no tengan parásitos evidentes. • Utilizar como primera línea una loción de permetrina al 1% durante 6 horas, eventualmente si no estuviera disponible se puede usar un champú de dimeticona al 4 %, seguir instrucciones de aplicación del producto del fabricante. • Como complemento, se puede enjuagar el cabello con una mezcla de 1 cucharada sopera de vinagre disuelta en un litro de agua y pasar un peine metálico especial para desprender liendres. • Cambiar y lavar la ropa de cama, peines y peluches con agua caliente (sobre 60 grados). • Repetir la aplicación después de 7 días. • Indicar NO utilizar lindano, parafina, bencina, aguarrás, repelente de insectos, etc., porque estos productos son tóxicos para el niño o la niña y pueden tener efectos adversos.
Dermatitis atópica o alérgica	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia, hidratación diaria con crema hipoalérgica, idealmente ropa 100% de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalérgico y sin suavizante, con buen enjuague, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.).
Desarrollo puberal precoz	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para confirmación diagnóstica y derivación a nivel secundario. <p>Presencia de olor axilar antes de los 6 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para confirmación diagnóstica de adrenarquia precoz y eventual derivación a nivel secundario.

<p>Inasistencia permanente al colegio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar en las razones y cuáles serían los factores que facilitarían su incorporación al sistema escolar • Contactar a Asistente Social del CES para vinculación alertar al Departamento de Educación Municipal respecto al caso.
<p>Señales de violencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> - 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" (21). - 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" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
<p>Calendario de vacunas atrasadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene vacuna de 1º básico (niños y niñas que cursan 2º básico): <ul style="list-style-type: none"> - Consejo breve respecto a los beneficios individuales y responsabilidad social asociada a la vacunación. - Derivar al vacunatorio del Centro de Salud para administración de vacuna.
<p>Otros problemas psicosociales - determinantes sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con el equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc.) en caso de pesquisar o sospechar: <ul style="list-style-type: none"> - Violencia Intrafamiliar. - Pobreza. - Hacinamiento. - Problemas de salud mental en los padres - Consumo de alcohol y drogas en miembros de la familia. - Miembro de la familia con enfermedad grave/discapacidad. - Problemas judiciales en miembros de la familia. - Cesantía. - Ausencia de uno de los padres. - Baja Escolaridad de los cuidadores. - Delincuencia en el barrio. - Convivencia con adultos externos al grupo familiar. - Redes de apoyo social escasas.



3.3. SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL EN SITUACIONES ESPECIALES

3.3.1. ABORDAJE DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS

En Chile, la mortalidad infantil ha ido disminuyendo en forma considerable gracias a los avances en salud y a la mejoría en condiciones y calidad de vida de la población; urbanización, acceso a agua potable, educación y cuidados profesionales durante la gestación. Sin embargo, hoy se vuelve más difícil disminuir la mortalidad infantil, dada la complejidad asociada de los problemas de salud y prematuridad que afectan a los niños y niñas que fallecen.

Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que se refleja no solo en el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros (29). La prematuridad se asocia a mayor riesgo de secuelas biopsicosociales, lo que implica realizar estrategias no solo en la disminución de la morbimortalidad de este grupo, sino en mejorar su calidad de vida y disminuir las secuelas.

i. Clasificación de niños y niñas de pretérmino

Un niño o niña prematuro/a, es aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación. Los/las RN pueden clasificarse de acuerdo con variables como el peso y la edad gestacional. En Chile, aproximadamente el 10% de los/las RN son prematuros, de los cuales el 90% posee un peso adecuado, un 6% es Recién Nacido de Bajo Peso de Nacimiento (RNBPN), un 1% es Recién Nacido de Muy Bajo Peso de Nacimiento (RNMBPN) y un 0,4% es de Extremo Bajo Peso de Nacer (EBPN) (30).



Fuente: Manual Operativo de Lactancia Materna, MINSAL, 2018

Tabla III - 8. Clasificación de recién nacido/a según edad gestacional.

CLASIFICACIÓN	EDAD GESTACIONAL
Recién Nacido/a Prematuro Extremo	< 32 semanas
Recién Nacido/a Prematuro Moderado	32 a 33+6 semanas
Recién Nacido/a Prematuro Tardío	34 a 36+6 semanas

Fuente: Perret & Cols, 2020 (30).

Tabla III - 9. Clasificación de recién nacido/a según peso de nacimiento.

CLASIFICACIÓN	PESO DE NACIMIENTO
Recién Nacido/a con Extremo Bajo Peso de Nacimiento (EBPN)	< 1.000 gramos
Recién Nacido/a de Muy Bajo Peso de Nacimiento (RNMBPN)	< 1.500 gramos
Recién Nacido/a con Bajo Peso de Nacimiento (RNBPN)	< 2.500 gramos

Fuente: Perret & Cols, 2020 (30).

Tabla III - 10. Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional según curva de crecimiento intrauterina.

CLASIFICACIÓN	CURVA DE CRECIMIENTO INTRAUTERINA
Recién Nacido/a Grande para la Edad Gestacional (GEG)	> p90
Recién Nacido/a Adecuado para la Edad Gestacional (AEG)	Entre p10 y p90
Recién Nacido/a Pequeño para la Edad Gestacional (PEG)	< p10

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL (31).

Los prematuros PEG tienen peor pronóstico que los AEG. A largo plazo, presentan mayores problemas de crecimiento, desarrollo y riesgo de enfermedades crónicas en la etapa adulta.

Para la clasificación de los niños y niñas de pretérmino se ha determinado modificar la definición de prematuro extremo ya que, a nivel internacional, esta nomenclatura se usa para los menores de 28 semanas o para los menores de 1.000 g.

De esta forma, la definición sería acorde a lo descrito en la tabla III - 11:

Tabla III - 11. Clasificación según edad y peso en prematuros.

CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN
RN de Muy Bajo Peso de Nacimiento	Niños y niñas menores de 1.500 g o de 32 semanas de edad gestacional.
RN Prematuro Moderado	Niños y niñas \geq de 1.500 g, nacidos entre 32 y 33+6 semanas de edad gestacional.
RN Prematuro Tardío	Niños y niñas \geq de 1.500 g, nacidos entre las 34 y 36+6 semanas de edad gestacional.

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL (31).

RN de Muy Bajo Peso de Nacimiento

Los RN prematuros extremos y menores de 1.500 g representan entre el 1 al 2% de los nacimientos en Chile y constituyen la población incorporada al "Programa de seguimiento del prematuro y al Plan de alimentación complementaria del prematuro". Este grupo presenta mayor riesgo de secuelas, tales como: displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, hemorragia intraventricular y problemas del neurodesarrollo como parálisis cerebral, retraso mental, trastornos sensoriales aditivos o visuales, entre otros (32).

El subgrupo menor de 28 semanas de gestación concentra mayor morbilidad y alto riesgo de secuelas neurológicas y sensoriales. Su hospitalización es prolongada, generalmente más de 2 meses. En ellos, es más frecuente la displasia broncopulmonar y, algunos de ellos (entre el 10 y el 15%), requieren oxígeno domiciliario. Los RNMBP presentan mayor riesgo de hospitalización por cuadros respiratorios en el primer año de vida (32).

Alcanzar lactancia exclusiva o predominante, es una intervención clave para prevenir la morbilidad en este grupo. Para lograrla se debe evaluar de manera integral al niño o niña, lo que permitirá diseñar un plan de acción individualizado. Las acciones iniciales deberán estar focalizadas en el contacto piel con piel o técnica canguro y en la estimulación de la secreción y extracción precoz de leche en la madre.

Este grupo de niños y niñas tienden a tener problemas nutricionales, siendo estos con mayor frecuencia por déficit. Para prevenir problemas del neurodesarrollo, se recomienda realizar habilitación temprana e intervención oportuna en caso de requerirlo. Algunos necesitarán rehabilitación con terapia neurokinésica y un seguimiento más estrecho luego del alta.

El subgrupo entre 28 y 31 semanas de gestación, tiene importante morbilidad intrahospitalaria, menor mortalidad y riesgo moderado de secuelas neurológicas y sensoriales, comparado con el subgrupo anterior. También presentan alto riesgo de hospitalización post alta por cuadros respiratorios.

Las intervenciones orientadas a optimizar la lactancia materna, resultan más exitosas. Este grupo evoluciona muy variable en lo nutricional, dependiendo del peso de nacimiento. Los RN pequeños para la edad gestacional (PEG), tienen más riesgo por déficit y los adecuados para la edad gestacional (AEG) más riesgo por exceso durante el desarrollo. En todos ellos, el aporte nutricional debe ser vigilado estrechamente (33).

RN Prematuros Moderados y Tardíos

Los RN prematuros moderados y tardíos requieren de una estrategia de seguimiento diferente a la de los niños y niñas de término, que debe ser realizado por médico o un equipo de salud capacitado en control de recién nacidos/as en la APS. De esta manera, se podrá diagnosticar oportunamente problemáticas tales como; insuficiente incremento ponderal, ictericia o cardiopatías, entre otros.

Edad Corregida en Niños y Niñas de Pretérmino

Dado que los prematuros presentan 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.

Para distinguir las acciones que deben realizar los equipos de salud, se utilizará la clasificación que se describe a continuación (tabla III - 12).

Tabla III - 12. Clasificación de niños y niñas prematuros/as y corrección de edad.

CLASIFICACIÓN	CRITERIO	CORRECCIÓN DE EDAD ⁶
RN Muy Bajo Peso de Nacimiento	Menor de 1.500 g o menor de 32 semanas de gestación	Hasta los 24 meses de edad corregida
RN Prematuro Moderado	32 a 33+6 semanas y > 1500 g	Hasta los 12 meses de edad corregida
RN Prematuro Tardío	34 a 36+6 semanas y ≥1500 g	Hasta los 6 meses de edad corregida

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL, 2021 (31).

El cálculo para corregir edad en prematuros consiste en restar a la edad cronológica (edad que tiene desde que nació), el número de semanas de diferencia entre el nacimiento y la fecha probable de parto (FPP), la que se calcula estimando las 40 semanas de edad gestacional.

Para corregir la edad de un prematuro, es necesario tener un calendario para contar los días precisos que el niño o la niña ha cumplido. Los cálculos de edad corregida se realizan en días, pero su interpretación se hace en semanas cumplidas.

Ejemplo: RN que nace entre las 31+1 hasta las 31+6 semanas se considera de 31 semanas

⁶ Cumplida la edad corregida máxima, los CSI se realizan de acuerdo a la edad cronológica del niño o niña.

ii. Seguimiento en APS

En el caso de los RNMBPN, su seguimiento se realiza en los niveles primario y secundario de manera articulada. Para los RN moderados y tardíos, se realizan los controles habituales en APS con consideraciones particulares para este grupo de la población.

Visitas domiciliarias integrales (VDI)

Se recomiendan visitas domiciliarias integrales a RNMBPN y a casos particulares de los moderados y tardíos, los cuales estarán a cargo de la atención primaria.

Las VDI deben ser indicadas según los riesgos detectados y requerimientos de la familia. Sin embargo, es de vital importancia que, de forma previa al alta de la Neonatología, el equipo de APS visite a la familia, por lo que se requiere articulación con las unidades Neonatales. De esta forma, es posible evaluar las condiciones del grupo familiar y del hogar para recibir al niño o niña prematuro y así orientar y asesorar a la familia en las medidas de cuidado. Los hallazgos de la VDI deben ser reportados a la asistente social del nivel terciario y al equipo tratante en nivel secundario.

Control de Salud de Ingreso

Los RNMBPN deben ser ingresados a control en el nivel secundario dentro de las 48 a 72 horas post alta del hospital, mientras que 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.

Los niños y niñas prematuros moderados deben ser ingresados a APS 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. Sin embargo, podrían presentar dificultades que no están presentes en los RN de término, tales como: dificultades en la instalación de la LM, hipoalimentación, hiperbilirrubinemia, entre otros.

Una vez realizado el control de ingreso, los controles de salud 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.

Si bien la pesquisa de enfermedades metabólicas debe realizarse en forma universal, para el control de ingreso de los niños de pretérmino, es importante que el equipo de salud se encuentre al corriente de la toma de muestra de Fenilquetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC).

En los prematuros de 36 o 37 semanas de gestación, la muestra de sangre se debe tomar al séptimo día de edad, siempre que se encuentre con alimentación por leche materna o fórmula artificial por al menos 24 horas previo al examen. No se debe esperar al momento del alta.

En las/los recién nacidos/as de 35 semanas de gestación o menos, se deberán recolectar dos muestras, la primera a los 7 días y una segunda muestra a los 15 días de vida, 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. Recordar que en recién nacidos/as de 37 semanas, la muestra debe ser tomada desde las 40 horas de vida cumplida, idealmente a partir de las 48 horas. El examen debe ser recolectado lo más cercano al momento del alta y en lo posible antes del 7º día de vida.

Controles de Salud de Seguimiento

A partir de las 40 semanas de edad gestacional corregida, los controles de salud programados para el RNMBPN están diseñados para que los niños y niñas sean evaluados en paralelo, pero coordinadamente, 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, incorporando complementariamente algunas evaluaciones o considerando antecedentes específicos para este grupo.

Hasta los 24 meses, los RNMBPN deben ser evaluados por edad corregida. Sin embargo, existen algunas actividades de la Supervisión de Salud, que deben ser realizadas según edad cronológica, las cuales se detallan en la tabla III-13.

Tabla III - 13. Actividades de la Supervisión de Salud a niños y niñas prematuros, según edad corregida o cronológica.

ACCIÓN		EDAD	CORREGIDA/CRONOLÓGICA
Vacunación APS		Según calendario PNI	Edad cronológica, con consideraciones particulares
Protocolo de evaluación neurosensorial		1 mes	Edad corregida
Radiografía de pelvis		3 meses	Edad corregida
Escala Edimburgo (Madre)		2 y 6 meses	Edad cronológica
Test del DSM	De los 8 meses	8 meses	Edad corregida EEDP
	De los 18 meses	18 meses	Edad corregida EEDP
	De los 36 meses	36 meses	Edad cronológica TEPSI
Entrega de material educativo Chile Crece Contigo		Según calendario de controles	Edad cronológica
Incorporación de alimentación complementaria		6 meses	Edad corregida
Consulta nutricional		5 meses	Edad corregida
Inicio de suplementación con vitamina D, hierro y zinc		Al ingreso APS	-
Término suplementación con zinc		Al inicio de la alimentación complementaria	Edad corregida
Término suplementación con vitamina D y hierro		12 meses	Edad corregida

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL (2019).

Consulta Nutricional

- **Consulta nutricional universal de los 5 meses:** debe ser realizada a los 5 meses de edad corregida. En algunos casos muy particulares será necesario incorporar antes de los 6 meses la alimentación complementaria, por lo que esta consulta es necesaria para promover un estilo de alimentación y vida saludable.
- **Consulta nutricional de los 3 años y 6 meses:** será realizada en la *edad cronológica*, al igual que el resto de los niños y niñas de término.

Los niños y niñas prematuros moderados o tardíos, podrían eventualmente recibir una consulta desde el poli de prematuros, según las indicaciones entregadas en el nivel terciario de salud o los requerimientos detectados por el nivel primario.

iii. Consideraciones adicionales en el seguimiento de niños y niñas prematuros

Apoyo precoz a la lactancia materna

En los servicios de neonatología se deben realizar todos los esfuerzos para un adecuado comienzo e instalación de la lactancia materna. En la atención primaria de salud, es fundamental realizar seguimiento precoz y apoyo mediante Consultas de Lactancia Materna.

El equipo de salud y psicosocial debe acompañar (hospitalización y seguimiento al alta) a la madre, durante el proceso de lactancia, puesto que puede sentirse insegura o manifestar malestar psicológico, condiciones que impactarán en su salud integral, así como en la instalación y duración de la lactancia materna.

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 (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 ser ingresados en 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.

Los volúmenes de aporte diario recomendado 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. Es deseable que el aporte sea a libre demanda.

En caso de 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 fórmula láctea ligeramente más concentrada, al 15 o 16% en vez del 10% o 7,5% que es lo habitual, evaluando la respuesta.

En relación con la alimentación complementaria, es importante mencionar que este grupo presenta un mayor riesgo de malnutrición por exceso durante la edad preescolar, escolar y adulta. Además, muchas veces los niños y niñas prematuros han sido sujetos de estrés intrauterino que los lleva a mecanismos de ahorro, aumentando su riesgo de enfermedades crónicas en la adultez (HTA, diabetes mellitus 2). Es por lo 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 para ser alimentados que muestra el niño o la niña, esto se produciría aproximadamente entre los 4 y 6 meses de edad corregida.

Es habitual que las familias de niños y niñas prematuros o con niños y niñas PEG 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 enfermedad crónica en la adultez.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) para RNMBPN

Los niños/as prematuros medios y tardíos y sus madres, reciben los mismos beneficios PNAC que los niños y niñas de término, mientras que los RNMBP reciben alimentos diferenciados en cualidad que son específicos a su condición (37):

- **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), según definiciones propias del programa (37).

Suplementación de vitaminas y minerales

Los niños y las niñas prematuros presentan mayor riesgo de presentar problemas de salud asociados 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 desde el alta de la neonatología 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 *pretérmino* después de las 40 semanas de edad corregida y de los 3.000 g de peso. A partir de las 40 semanas de edad corregida, los aportes de calcio y fósforo de las dietas no serán mayores que los recomendados para niños y niñas de término durante el primer año de vida. En los *RNMBP* con lactancia predominante, se deben controlar los niveles plasmáticos de calcio y fósforo en el nivel secundario, por riesgo de raquitismo hipofosfémico.
- **Hierro:** suplementar con 2 mg/kg/día desde el alta de la neonatología hasta el año de edad corregida.
- **Zinc:** en los casos de alimentación con lactancia materna exclusiva, suplementar con 1 mg/kg/día, desde el alta de la neonatología hasta el inicio de la alimentación complementaria.

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.

Crecimiento

El prematuro y la prematura moderada y extrema, presentan una interrupción en su crecimiento que se recupera gradualmente. La circunferencia craneana se afecta menos y se recupera rápido, seguida por la recuperación del peso, mientras que la talla, especialmente en RNMBP, sean AEG o PEG, se recupera a 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 posteriores al alta. 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 incremento del peso es mayor que el incremento de la talla, con un índice ponderal alto. Entre los 3 y 6 meses de edad corregida, hay un ligero menor incremento de peso que adecua el peso para la talla desde los 6 meses en adelante. Esta situación es biológica y no debe interpretarse como desnutrición o falta de ingesta adecuada.

El Recién Nacido de Muy Bajo de Nacimiento (RNMBP) tiende a mantener un peso y talla en rango normal bajo, o levemente bajo respecto a las curvas durante la infancia y adolescencia. Debe vigilarse el incremento del índice ponderal para mantener en rango normal y evitar un mayor riesgo de enfermedades crónicas del adulto. Evitar el sobrepeso y obesidad evaluando peso para la talla es fundamental. Se aconseja utilizar los parámetros indicados en la tabla III - 14:

Tabla III - 14. 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, 2000 (35).

Inmunizaciones en servicios de neonatología

Las inmunizaciones del PNI para prematuros se describen en la tabla III - 15.

Tabla III - 15. Inmunizaciones en recién nacidos/as de pretérmino y criterio para su administración.

VACUNA	CRITERIO
Hepatitis B	<p>RN > 2000 gramos: administrar vacuna en la atención inmediata post parto o unidad de neonatología, donde se realice atención de trabajo de parto y parto, durante las 24 horas de nacimiento.</p> <p>RN < 2000 gramos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento estable: bajo criterio médico, dentro de las 24 horas • Medicamento inestable: no podrá recibir la vacuna hasta lograr los siguientes criterios: 1) peso > 2000 gramos y 2) estabilización de parámetros, bajo indicación médica • RN hospitalizado podrá recibir la vacuna hasta los 7 días post nacimiento. Pasado los 7 días deberá continuar con esquema de vacunación hexavalente a los 2, 4, 6 y 18 meses. <p>Parto extrahospitalario: realizar vacunación dentro de las 72 horas siguientes al nacimiento. En caso de no realizar vacunación dentro de las 72 horas, se deberá iniciar esquema de vacunación según calendario vigente a los 2, 4, 6 y 18 meses.</p> <p>Como hijo de madre HbsAg (+): 1 dosis de vacuna + Ig específica anti VHB im simultáneamente durante las primeras 12 horas siguientes al nacimiento, independiente de peso al nacer o edad gestacional.</p> <p>Posteriormente, deberá completar 4 dosis: 0 - 2 - 4 - 6</p>
BCG	RN con peso ≥ 2000 g.
Hexavalente + Neumocócica conjugada	RN con 2 meses cronológicos. Aplicar si el niño o niña permanece hospitalizado.

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, en base a Resolución exenta N° 1.184, Ley 20.850. 2019; MINSAL 2018 (36); MINSAL 2019 (37).

Además, los niños y niñas de pretérmino pueden acceder a vacunación con Palivizumab (anticuerpo monoclonal contra VRS) a través de la Ley Ricarte Soto, la cual se administra durante el período de alta circulación viral con un máximo de 5 dosis anuales. Los requisitos para acceder son los siguientes (38):

- Niños y niñas menores de 32 semanas de edad gestacional al nacer, o menores de 1.500 g de peso al nacer y su hermano o hermana gemelo/a, que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica.
- Lactantes con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas no resueltas, o cardiopatía cianótica secundaria a cardiopatía de alta complejidad, que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica.

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 los siguientes requisitos:

- Los niños y niñas prematuros deben recibir una dosis extra (4 dosis en total) de Vacuna Neumocócica conjugada (2, 4, 6 y 12 meses) para asegurar la respuesta inmune.

Desarrollo Integral

El desarrollo integral de este grupo debe ser seguido cuidadosamente, de modo de velar por el 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.

Pese al mejor pronóstico actual de los niños y niñas prematuros, la incidencia de déficit cognitivo, parálisis cerebral y trastornos del aprendizaje sigue siendo más alta que en el resto de los recién nacidos.

Entre un 40-80% de los RNMBP presenta alteraciones del tono muscular (hiper o hipotonía). Muchos de estos trastornos se benefician de terapias motoras. Presentan con mayor frecuencia problemas escolares y déficit atencional con hiperactividad, de repitencia, trastornos de aprendizaje y, además, requieren en un 50% apoyo escolar adicional.

Termorregulación

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 niño/a prematuro como en aquellos de término, pero el riesgo es mayor a menor edad gestacional.

Ictericia

La ictericia, causada por hiperbilirrubinemia, es un problema que puede ser relevante en niños y niñas prematuros. Actualmente, al estar controlada la enfermedad hemolítica por Rh, el mayor riesgo de kernicterus lo presentan los prematuros(as) 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.

Salud mental de la madre

Se ha observado 3 veces más riesgo de depresión materna en las madres de niños 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), para derivación a especialidad según puntaje y flujo establecido.

iv. Seguimiento en el nivel secundario

Para los niños y niñas RNMBPN, paralelamente a los controles de salud integrales en APS, se realiza seguimiento en el nivel secundario, con los especialistas mencionados a continuación:

Seguimiento en Neonatología o Pediatría

Ingreso entre los 3 a 5 días del egreso de Neonatología y a continuación cada 1 a 2 semanas según evolución del Prematuro hasta las 40 semanas de Edad Corregida. Luego a los 3, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses de edad corregida (EC) y anualmente según edad cronológica hasta los 9 años.

Seguimiento en Neurología Infantil

A más tardar a las 40 semanas de edad corregida, el niño o niña debe recibir atención por neurología y hacer seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses de EC y 4 años de edad cronológica. Los niños y niñas con factores de riesgo o con examen neurológico alterado, en cualquier evaluación de nivel secundario, deben derivarse a neurología y a rehabilitación.

Seguimiento en Oftalmología Infantil

El seguimiento oftalmológico contempla control por prematurez extrema y presencia de trastornos oculares:

- *Grupo de alto riesgo:* < 32 semanas y < 1500 g (ROP severo tratado o patología SNC), control anual hasta los 4 años y luego alta.
- *Grupo de bajo riesgo:* < 32 semanas y < 1500 sin ROP o ROP leve (etapa 1 y 2), sin patología SNC y > 32 semanas a los 2 y 4 años.

Es importante recalcar además que se debe cumplir con la pesquisa de Retinopatía del Prematuro (ROP) previo al alta. Si el resultado es anormal, se activará el GES de ROP dentro de las 24 horas después de la confirmación y seguimiento en los casos tratados (GES 57). Dentro de este problema de salud, se encuentra garantizado:

- El tamizaje con fondo de ojo por oftalmólogo dentro de las primeras 4-6 semanas de vida y control seriado oftalmológico hasta lograr la madurez retiniana, la que ocurre alrededor de las 40 semanas de edad corregida.
- La confirmación diagnóstica de toda sospecha de retinopatía, la que debe hacerse dentro de las 48 horas.
- El tratamiento de la ROP, dentro de las 24 horas después de la confirmación.
- El seguimiento en los casos tratados, desde los 30 días y durante la primera infancia.
- El recambio de lentes hasta 2 veces al año.

Seguimiento en Otorrinolaringología (ORL)

Es importante que se debe cumplir con la pesquisa de indemnidad auditiva antes del alta de Neonatología con PEATs (Potenciales Evocados Auditivos de Tronco) o ABR (Auditory Brainstem Response) automatizado. Si el resultado es anormal, se activará el GES de Hipoacusia de 90 días de cobertura para hacer la confirmación diagnóstica (GES 59).

Dentro de las garantías explícitas de este problema de salud para este grupo se realiza:

- El tamizaje auditivo automatizado antes del alta de neonatología.
- La confirmación diagnóstica antes de los 3 meses de edad corregida.
- En los casos confirmados de hipoacusia neurosensorial, se garantiza la implementación con audífonos antes de los 6 meses de edad corregida
- El ingreso a un Programa de Rehabilitación Auditiva antes del año de edad corregida.

El siguiente control de niños y niñas RNMBPN por ORL se hará a los 12 meses de edad corregida y posteriormente a los 3 años con Audiometría. Si está normal se debe dar de alta.

Las derivaciones a otorrinolaringología infantil, se harán en cualquier momento según hallazgo o sospecha de retraso de lenguaje.

La articulación de los controles descritos con aquellos realizados en APS se muestran en la tabla III - 16.

Tabla III - 16. Calendario controles a RNMBPN en el Nivel Secundario y APS.

Edad/Momento		Control APS	Controles Nivel Secundario				VDI APS
			Neonatología	Neurología	Oftalmología	Otorrino-laringología	
Durante la estadía en neonatología y programa seguimiento							X2
Post alta de neonatología 7 - 10 días Ingreso APS	48 - 72 horas		X				
	Ingreso Nivel Secundario						
	X						
Edad gestacional corregida 40 semanas	35 - 39 semanas		X1				
		X	X	X	X		
Edad Corregida	Meses	1	X				
		2	X				
		3		X			
		4	X				
		5	CN3				
		6	X	X	X		
		7					
		8	X				
		9		X			
		10 y 11	X4				
		12	X	X	X	X	X
		15		X			
		18	X	X	X		
		21	X				
24	X	X	X				
Edad Cronológica	Años	3	X	X		X	
		3,5	CN				
		4	X	X	X	X	
		5	X	X			
		6	X	X			
		7	X	X			
		8	X	X			
9	X	X					
Nivel Primario de Salud		X	Nivel Secundario de Salud				X

- 1 Se realizan controles semanales o bisemanales desde el alta del nivel terciario hasta las 40 semanas, 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 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 de los 10 meses de edad corregida, el profesional debe completar 2 hojas PNAC, para recibir beneficio de los 10 a los 11 meses, ya que no se realiza control a los 11 meses.

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL (2019).

3.3.2. ABORDAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS)

i. Generalidades de la atención en niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud

El concepto NANEAS hace referencia a los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud, en el presente documento se utilizará el término para referirse a los niños y niñas pertenecientes a este grupo. Los 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 (22)”. Son un grupo heterogéneo de niños y niñas, que presentan distintos problemas de salud derivados de la prematurez, malformaciones congénitas, genopatías y/o enfermedades crónicas de la infancia, que impactan en su calidad de vida y la de sus familias. Sumado a eso, cada NANEAS tiene un contexto y redes de apoyo diferentes, por lo tanto, se debe reconocer que cada uno es distinto, de manera de elaborar un **plan de cuidados y seguimiento personalizado y basado en su particularidad, implementando un abordaje acorde no solo con su condición, sino con sus necesidades.**

A nivel nacional, no existen datos específicos respecto a la prevalencia global, ni de las características particulares de este grupo de niños y niñas. Una forma de aproximarse a ellos es por medio de las encuestas nacionales que evalúan dimensiones del desarrollo y de capacidad funcional. En el grupo de edad de 3 años a 3 años 11 meses, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los años 2006 y 2016-17 en niños y niñas con retraso de desarrollo funcional, presentando una disminución de un 25,1% a un 11,4% (23). Una segunda aproximación es a través de la prevalencia de discapacidad. El Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, realizado por SENADIS el año 2015 (24), mostró que cerca del 20% de la población nacional presenta algún tipo de discapacidad, (2.606.914 personas), y que el 5,8% de la población de 2 a 17 años se encuentra en situación de discapacidad, es decir, 229.904 personas.

Respecto al acceso y cobertura del manejo de las condiciones de salud de los niños y niñas del país, existen grupos de NANEAS cuyas necesidades de salud se encuentran total o parcialmente cubiertas por programas específicos (ej. Programa de Prematuros, Programa de Infecciones Respiratorias Agudas [IRA], Programa Asistencia Ventilatoria Domiciliaria Invasiva y No Invasiva [AVI/AVNI], entre otros), sin embargo, una vez que el o la usuario/a cumple la edad límite de cobertura del programa, cesan las prestaciones o debe trasladarse a otro programa, por lo que es un desafío para los equipos de salud continuar trabajado con perspectiva de curso de vida en estas transiciones.

Es habitual que la supervisión de salud de este grupo de niños y niñas sea realizada por estos mismos equipos tratantes, los que habitualmente son grupos de especialistas de centros de atención secundaria y terciaria. Esto, ya que son el equipo que tiene mayor contacto y relación con el niño, niña y su familia, debido al conocimiento de la historia natural de la enfermedad o condición y de las necesidades especiales de cada caso, la disponibilidad de recursos en los niveles de atención de mayor complejidad, y el vínculo afectivo que se crea en la relación entre el paciente, familia y equipo de salud. Esto hace que muchas veces los NANEAS y sus familias no se vinculen a sus centros de atención del nivel primario y, por tanto, no accedan a los beneficios propios de la Atención Primaria de Salud (APS) y de la red municipal. Sin embargo, es en la APS donde se encuentra implementado el Modelo de Salud Familiar para la supervisión de salud de todo niño y niña, ya que promueve un seguimiento biopsicosocial de las familias con un enfoque integral. En este contexto, la integración del nivel primario con el nivel secundario y terciario permite mayores beneficios, obteniendo lo mejor de cada nivel para este grupo y sus familias, además de ofrecer una optimización del uso de recursos de la red de atención en general.

De esa forma, se puede orientar el cuidado en base al **principio de equidad**, independiente de la condición de salud. Así, un niño o niña puede tener una condición de base muy prevalente o, por el contrario, muy infrecuente, y el objetivo del cuidado seguirá siendo intentar satisfacer sus necesidades desde un enfoque integral.

ii. Necesidades y complejidad de NANEAS

A partir de las definiciones disponibles en la literatura de complejidad clínica y de la atención, el equipo de NANEAS del Complejo Hospitalario Dr. Sôtero del Río (NANEAS), en conjunto con un grupo de expertos y el comité de NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría, ha creado una nueva pauta de evaluación de complejidad de NANEAS (anexo 19). Este instrumento, otorga un puntaje según las necesidades y complejidades en atención de salud que tienen niños y niñas.

En la nueva *Pauta de Evaluación de Complejidad de NANEAS*, se establecen 3 tipos de necesidades: cuidados médicos complejos, apoyo respiratorio y ayudas técnicas. De acuerdo con la combinación de estas complejidades, se clasificarán los niños y niñas en complejidad baja, mediana o alta.

- **NANEAS de baja complejidad:** en general corresponde a niños y niñas que se encuentran estables y cuya familia cuenta con herramientas que les permiten ser autovalentes en el cuidado. No presentan alteraciones significativas en funcionalidad y pueden necesitar apoyo o supervisión en actividades de la vida diaria. El equipo acompaña y coordina las distintas instancias de atención en salud, enlaza a redes de apoyo, promueve la salud y detecta precozmente interurrencias o deterioro de la condición de base. La atención se centra principalmente en APS, con un o dos especialistas de seguimiento en atención secundaria.
- **NANEAS de mediana complejidad:** en general corresponde a niños y niñas que se encuentran estables, pero que requieren de cuidados específicos permanentes o frecuentes para realizar actividades de la vida diaria o para superar situaciones de discapacidad. El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado y multidisciplinario para resolver necesidades complejas. En la actual estructura de nuestro sistema público de salud, su atención debería estar ubicada en el nivel secundario de salud: centro diagnóstico terapéutico, o centro de referencia de salud, a cargo de un pediatra o médico familiar que centralice la toma de decisiones, en acuerdo con la familia y el niño/adolescente.
- **NANEAS de alta complejidad:** son aquellos niños y niñas con fragilidad médica extrema y limitaciones funcionales severas y permanentes. Frecuentemente requieren hospitalización por descompensación de su condición de base, de forma transitoria o permanente. Este grupo permanece mucho tiempo al cuidado de un equipo en la atención terciaria, en servicios de neonatología, pediatría, hospitales de cuidados crónicos u hospitalización domiciliaria. En su atención participan múltiples especialidades médicas y otros profesionales de la salud. Este grupo de NANEAS requiere una evaluación periódica de las necesidades que permita flexibilizar el nivel de atención cuando la complejidad varíe, con el objetivo de maximizar el uso de los beneficios de la red de salud.

Para poder definir un plan de cuidados y la participación de los distintos niveles de atención en el cuidado de NANEAS, lo primero es poder identificar a esta población que muchas veces ha sido invisibilizada por los equipos de salud. Además, es fundamental conocer el diagnóstico y el grado de complejidad de niños y niñas; dicho grado de complejidad es dinámico, y puede estar asociado directamente con su condición de base, descompensaciones, secuelas o con alguna condición biopsicosocial agregada.

El equipo de salud de APS tiene un rol privilegiado para realizar el acompañamiento y seguimiento que se les otorga a los niños, niñas y sus familia, acciones y procesos que se facilitan debido al enfoque biopsicosocial, cercanía al domicilio y posibilidad de desarrollar un trabajo con la red comunal y su familia. Es por esto que, se debe continuar avanzando para que todos los niños y niñas con necesidades especiales, independiente de su complejidad o condición, puedan acceder a la supervisión de salud integral correspondiente y acorde a sus necesidades.

iii. Control de Salud Infantil de NANEAS

En el ingreso, se deben realizar todas las actividades atingentes y ajustadas del control de salud infantil estándar correspondiente a la edad, además de integrar acciones específicas de acuerdo con la o las necesidades especiales del niño o niña y su familia. Lo anterior, implica la coordinación con diferentes profesionales del sector. Dentro del ingreso se sugiere un Control de Salud Infantil por dupla médico/a y profesional de enfermería y una consulta nutricional.

Todo niño o niña con necesidades especiales debe tener un ingreso por nutricionista de acuerdo con el diagnóstico de referencia del nivel que corresponda. El profesional elaborará un plan de intervención y se gestionarán las derivaciones pertinentes para evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o estudio complementario, en caso de ser necesario.

Una vez que se han realizado los ingresos correspondientes, el equipo deberá dar seguimiento a niños y niñas, entregando 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.

En los controles de seguimiento, se monitorea el estado de salud y se van integrando ajustes o replanteamientos del plan de salud diseñado al ingreso. Dentro de estas actividades se encuentran controles de salud, consultas nutricionales, reuniones de equipo y enlaces entre los 3 niveles de atención.

Tabla III - 17. Ingreso de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud.

ACTIVIDAD	PROFESIONAL	RENDIMIENTO TOTAL
Control de Salud Infantil	Enfermera/enfermero y Médico/médica (dupla)	60 minutos
Consulta Nutricional de Ingreso	Nutricionista	45 minutos
Consulta con Dupla Psicosocial	Psicólogo/psicóloga y Trabajador/trabajadora Social	60 minutos

Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral, 2013 (1).

Tabla III - 18. Recomendación de frecuencia mínima, profesional y tiempo de consulta destinado para la supervisión de salud de NANEAS.

Actividad	Profesional	Rendimiento Sugerido			
		Adicional	Estándar	Total	
Menor de 2 años	Control de Salud 1 mes*	Médico/a	+ 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/a	+30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 4 meses*	Enfermero/a	+30 min	30 min	60 min
	Consulta Nutricional 5 meses***	Nutricionista	+ 15 min	30 min	45 min
	Control de Salud 6, 9 y 12 meses*	Médico/a	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 8 y 18 meses**	Enfermero/a	+ 30 min	45 min	1 h 15 min
Consulta Nutricional (anual)***	Nutricionista	+ 15 min	30 min	45 min	
Mayor de 2 años	Control de Salud: 2 años 6 meses; 3 años 6 meses; 4 años 6 meses; 5 años 6 meses; 6 años 6 meses; 7 años 6 meses; 8 años 6 meses; y 9 años 6 meses*	Médico/a	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 años**	Enfermera/o	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 3 años**	Enfermera/o	+ 15 min	60 min	1 h 15 min
	Consulta Nutricional (anual)***	Nutricionista	+ 15 min	30 min	45 min

* Rendimiento adicional sugerido, se agrega al rendimiento habitual del Control de Salud Infantil según edad.

** Se agrega rendimiento adicional sugerido, solo en caso de niños y niñas que puedan ser evaluados con Test del desarrollo psicomotor.

*** Se sugiere que Consulta Nutricional sea realizada de manera anual, con rendimiento adicional sugerido.

Nota: Los controles y rendimientos presentados, se basan en un estándar ideal de atención recomendado por grupo de expertos. Éstos deben ser adecuados a la realidad local.

Fuente: elaborado en conjunto por Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría en base a Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral (2013) (1).

Reunión del equipo con la familia

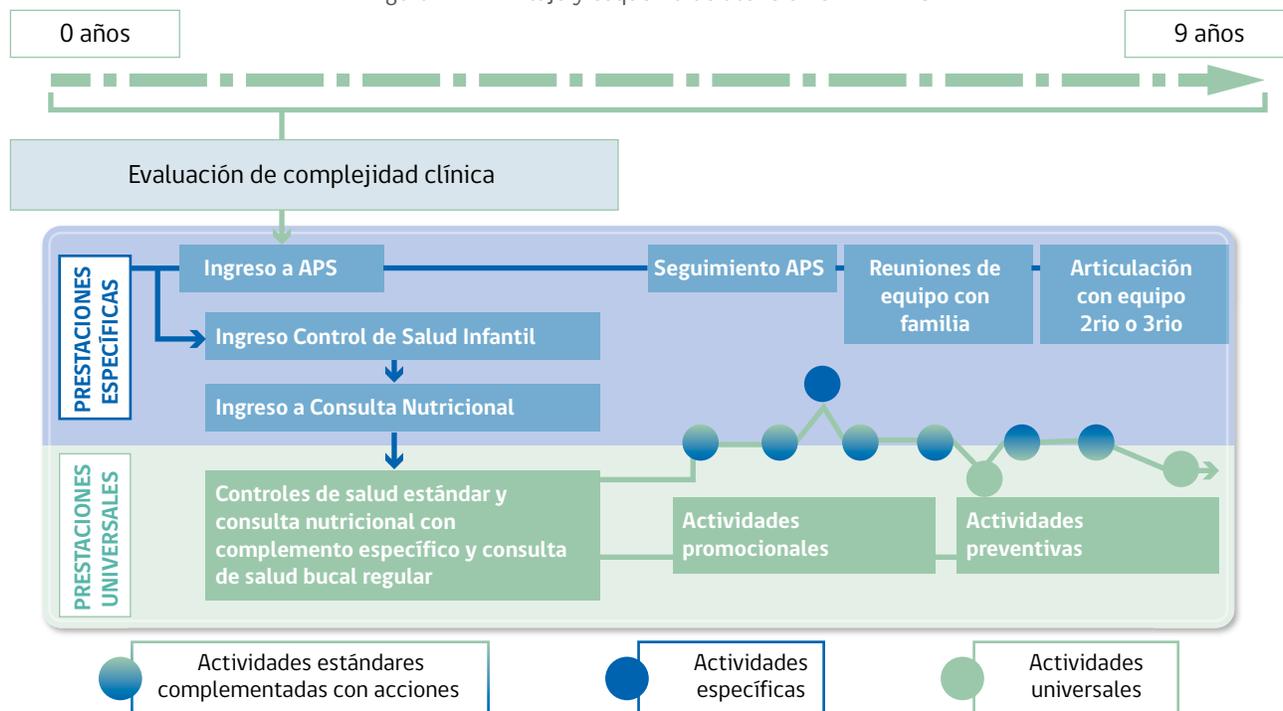
Luego de la evaluación de salud, de acuerdo a la organización de cada centro, al menos una vez al año debiera haber una reunión de equipo multi e interdisciplinario (médico/a, enfermera/o, nutricionista, kinesióloga/o, educador/a, odontólogo/a, asistente social, psicólogo/a y terapeutas si los hubiere en el centro de APS), **en conjunto con la familia**, con el objetivo de delinear los cuidados, planificar el abordaje del niño o la niña, compartir responsabilidades en las decisiones, consentir informadamente 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, otros profesionales de salud y la 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. Necesidad de atención por otros profesionales del sector y de articulación con otros niveles de atención.

Tabla III - 19. Estructura de atención de NANEAS.

INGRESO A LA APS	Ingreso a Control de Salud Infantil. Ingreso a Consulta Nutricional. Ingreso con Dupla Psicosocial.
ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE LA SALUD INTEGRAL	Controles de Salud Infantil y Consultas Nutricionales de seguimiento. Reuniones de equipo. Enlace entre atención primaria, secundaria y terciaria.

Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral, 2013 (1)

Figura III - 11. Flujo y esquema de atención en NANEAS.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, 2020.

iv. Niños y niñas con Síndrome de Down

Los niños y niñas con Síndrome de Down (en adelante SD), son aquellos que presentan ciertas manifestaciones clínicas debido a que presentan un cromosoma 21 adicional; es decir, tienen tres cromosomas 21 en vez de dos, lo que se conoce como trisomía 21. Por su condición genética, tienen un riesgo aumentado de presentar distintos problemas de salud que impactan en su calidad de vida y la de sus familias, como, por ejemplo: malformaciones congénitas, hipoacusia, vicios de refracción, hipotiroidismo, discapacidad cognitiva, entre otras.

Consideraciones especiales del recién nacido/a con Síndrome de Down

- **Evaluaciones especiales del recién nacido/a:** a todo recién nacido/a se le deben realizar los siguientes estudios, debido al riesgo aumentado de algunos problemas de salud (tabla III - 20).



Tabla III - 20. Evaluaciones para todo recién nacido/a con Síndrome de Down.

PROBLEMAS DE SALUD	EVALUACIÓN
Confirmación diagnóstica	Cariograma
Hipotiroidismo congénito	TSH, T4 libre, T3
Cataratas congénitas	Rojo pupilar
Poliglobulia, citopenias, trastorno mieloproliferativo transitorio del RN	Hemograma
Hipoacusia sensorioneural	Tamizaje de audición
Cardiopatía congénita	Ecocardiograma Doppler
Atresias intestinales	Corroborar indemnidad del tracto digestivo clínicamente
Trastorno succión-deglución	Evaluación del acople y transferencia de leche
Otras malformaciones congénitas sospechadas por hallazgos ecográficos prenatales	Acorde con los hallazgos, confirmar con ecografía postnatal. Ej.: pielectasia renal, realizar ecografía renal

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021

- **Alimentación del recién nacido/a:** la mejor alimentación de todo RN es la leche materna. Sin embargo, existen elementos que pudieran dificultar la lactancia, tales como: la separación del niño o niña con su madre por hospitalización del RN, hipotonía, dificultad en la succión, protrusión de la lengua, tendencia a la somnolencia, presencia de cardiopatía congénita (CC) con insuficiencia cardíaca, o el prejuicio de que los RN con SD no logran amamantar. A pesar de lo anterior, **es posible lograr lactancia con educación, apoyo y acompañamiento a las madres y familias en el pre y postnatal.** Para esto, se hace necesario educar en posiciones de amamantamiento con un adecuado sostén de la cabeza y mentón (mano de bailarina) que faciliten el acople y la succión, educar en ejercicios de succión no nutritiva que favorezcan el tono y succión, así como en capacitar en técnicas de extracción y almacenamiento de leche materna, frente a situaciones de suplementación o no lograr amamantamiento directo (42). Se debe derivar a fonoaudiólogo para educación si existen problemas de succión-deglución.
- **Apoyo a la familia y contacto con otras familias:** los padres y madres de hijos e hijas con SD tienen un mayor riesgo de cursar con trastornos del ánimo y trastornos adaptativos, por lo que, es importante derivar en forma preventiva a salud mental y contactarlos con otros padres/madres o grupos de apoyo que puedan entregarles apoyo y compartir experiencias positivas y reales de lo que es la vida de una persona con SD en la actualidad.
- **Educación sobre estimulación temprana del desarrollo:** los niños y niñas con SD presentan retraso en el desarrollo psicomotor y discapacidad intelectual en grado variable, lo que puede ser modificado al exponer al niño o niña a un ambiente favorable y responsivo para su desarrollo.



Consideraciones especiales en el seguimiento de niños y niñas con Síndrome de Down

Para la calificación nutricional y del crecimiento, de acuerdo con el consenso realizado por Grupo de Expertos en Nutrición, junto a equipos del Departamento de Nutrición y Alimentos de DIPOL y del Programa de Infancia y de Adolescencia de DIPRECE, se utilizará una evaluación integrada entre los patrones OMS 2006 y 2007 y Zemel et al 2015 (43) (anexo 20), de acuerdo con las siguientes indicaciones:

● Calificación Nutricional

Tabla III - 21. Calificación nutricional de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Down.

Calificación Nutricional	< 1 año* (Zemel, 2015)	< 1 año* (OMS, 2006)	Entre 1 años y 5 años 29 días (OMS, 2006)	Entre 5 años 1 mes y 19 años** (OMS, 2007)
Desnutrición	P/E < p10	-	P/T ≤ -2DE	IMC/E ≤ -2DE
Riesgo de desnutrir	P/E ≥ p10 y < p25	-	P/T ≤ -1DE y > -2DE	IMC/E ≤ -1DE y > -2DE
Normal o Eutrófico	P/E ≥ p25 y < p90	-	P/T > -1DE y < +1DE	IMC/E > -1DE y < +1DE
Sobrepeso	-	P/T ≥ +1DE y < +2DE	P/T ≥ +1DE y < +2DE	IMC/E ≥ +1DE y < +2DE
Obesidad	-	P/T ≥ +2DE	P/T ≥ +2DE	IMC/E ≥ +2DE y < +3DE
Obesidad Severa	-	-	-	IMC/E ≥ +3DE

*En los niños y niñas menores de 1 año el indicador P/E es el que determina la calificación nutricional (Zemel, 2015), a excepción de que el indicador P/T (OMS, 2006) sea mayor o igual a +1DE, situación en la cual primará este indicador para calificar sobrepeso u obesidad.

** La corrección de la edad biológica en este grupo no se recomienda.

Fuente: consenso Grupo de Expertos en Nutrición; Departamento de Nutrición y Alimentos, DIPOL y Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. 2021

● Calificación de Peso

Tabla III - 22. Calificación de peso de niños y niñas con Síndrome de Down.

CALIFICACIÓN	Peso/Edad (Zemel, 2015)
Peso por debajo de lo normal	< p5
Normal	≥ p5 y < p95
Peso por sobre lo normal	≥ p95

Fuente: consenso Grupo de Expertos en Nutrición; Departamento de Nutrición y Alimentos DIPOL y Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. 2021

● Calificación Estatural

Tabla III - 23. Calificación estatural de niños y niñas con Síndrome de Down.

CALIFICACIÓN	Talla/Edad (Zemel, 2015)
Talla Baja	< p5
Normal	≥ p5 y < p95
Talla Alta	≥ p95

Fuente: consenso Grupo de Expertos en Nutrición; Departamento de Nutrición y Alimentos, DIPOL y Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. 2021.

● Calificación del Perímetro Cefálico

La calificación del Perímetro Cefálico (PCe) para la edad debe realizarse hasta los 5 años. Queda a criterio profesional, o indicación de especialista, ampliar la edad de seguimiento de este indicador.

Tabla III - 24. Calificación de Perímetro Cefálico de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Down.

CALIFICACIÓN	PCe/Edad (Zemel, 2015)
Microcefalia	< p5
Normal	≥ p5 y < p95
Macrocefalia	≥ p95

Fuente: Consenso Grupo de Expertos en Nutrición; Departamento de Nutrición y Alimentos, DIPOL y Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. 2021

Mediante las herramientas descritas, se espera fortalecer la calificación nutricional de niños y niñas con Síndrome de Down de manera de optimizar su salud integral y manejo nutricional.

En el contexto del acompañamiento de niños y niñas con Síndrome de Down, existen acciones mínimas y prestaciones orientadas a detectar en forma precoz eventuales factores de riesgo o enfermedades que pueden alterar su desarrollo integral y que como profesionales de la salud debemos conocer. En la tabla III -25, se resumen estas recomendaciones.

Tabla III - 25. Recomendaciones del acompañamiento integral de niños y niñas con Síndrome de Down.

Abordaje MANEAS

ACCIÓN/PRESTACIÓN EN SALUD	PRENATAL	AL NACER	1 A 12 MESES	1 A 5 AÑOS	5 A 12 AÑOS	12 A 18 AÑOS
Educación para los padres	X (SS y M)	X (SS y M)	X	X	X	X
Cariotipo y genetista	X(E)	X(E)				
Historia y Examen físico		X(C)	X(C)	X(C)	X(C)	X(C)
Crecimiento y nutrición		X*	X*	X*	X*	X*
Evaluación del desarrollo		X(C)	X(C)	X(C) (A)	X(C)	X(C) (R)
Estimulación del desarrollo		X(AT)	X(AT)	X(AT)	X(IE)	X(IE)
Promover autonomía			X	X	X	X
Promover autorreconocimiento				X	X	X
Educación sexual				X	X	X
Cuidado del cuidador			X(Ed)	X(Z)	X(Z)	X(Z)
Vacunas+		X	X(VRS)	X(N)	X	X
Morbilidad asociada	Prenatal	Al nacer	1 a 12 meses	1 a 5 años	5 a 12 años	12 a 18 años
Cardiología	ECGF	ECG y (E)				(E)‡
Gastrointestinal	ECF	MTD (C)	Co/RGE§	Co/RGE§ EC	Co§ EC	Co§ EC
Succión y deglución		X¶	X¶	X**		
Evaluación audición		EOA++	I+ PEAT y (E) 6 meses	I y (E) anual	I+A y (E) c/ 2 años	I+A y (E) c/2 años
Evaluación visión			(E) 6 y 12 meses	(E)	(E) anual	(E) anual
Evaluación dental				(E) desde el año	(E) anual	(E) anual
Hipotiroidismo		HT‡‡	HT‡‡ 6 y 12 meses	HT‡‡ anual	HT‡‡ anual	HT‡‡ anual
Citopenias		Hgma	Hgma 12 meses			Hgma anual en mujeres
Dislipidemia				PL desde los 2 años	PL	PL
Déficit de vitamina D				VD anual	VD anual	VD anual
Rx de columna cervical				3 a 5 años (SCC)		
Estudio del sueño§§				3 a 4 años	X (c/2 años)	X (c/2 años)

Fuente: elaborado por Dra. Macarena Lizama, Dra. M. Ignacia Eugenin y Dra. M. de Los Angeles Paul.

Tabla III - 26. Interpretación simbología tabla 25.

SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
X	Evaluar en cada supervisión de salud	ECGF	Ecocardiograma fetal.
ECG	Ecocardiograma	ECF	Ecografía fetal
MTD	Malformación de tubo digestivo	Co	Constipación
RGE	Reflujo Gastroesofágico	EOA	Emisiones otoacústicas
I	Impedanciometría	PEAT	Potenciales evocados auditivos de tronco
A	Audiometría	EC	Enfermedad celiaca
HT	hormonas tiroideas (TSH y T4libre)	Hgma	hemograma con recuento de plaquetas
PL	Perfil Lipídico	VD	25 OH vitamina D
Rx	Radiografía	(SS y M)	Entrega de cuaderno de supervisión de salud y manual de atención temprana para niños y niñas con Síndrome de Down
(E)	Evaluación por especialista	(C)	Evaluación clínica
(AT)	Atención temprana	(R)	Alerta en casos de adolescentes con regresión del desarrollo
(Ed)	Escala de Edimburgo para depresión postparto	(IE)	Inclusión escolar
(VRS)	Anticuerpos monoclonales contra VRS en casos especiales	(Z)	Escala de Zarit para sobrecarga del cuidador
*	Uso de curvas de crecimiento adecuadas: Curvas de Zemel e IMC/Edad de OMS	(N)	Vacuna neumococo 23 valente adicional
I	En caso de soplo en adolescente sin cardiopatía congénita	+	Vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones
	En caso de sospecha de EC realizar anticuerpos antitransglutaminasa e IgA	§	Tratamiento oportuno de RGE y Co. Sospecha de Enfermedad de Hirshsprung en Co de difícil manejo o de aparición antes de los 6 meses
§§	PSG o Poligrafía	¶	Orientación en lactancia materna
(A)	Alta sospecha de Espectro Autista	SCC	Según cada caso
**	Videodeglución en sospecha de trastorno de la deglución	‡	TSH - T4 libre - T3

Fuente: elaborado por Dra. Macarena Lizama, Dra. M. Ignacia Eugenin y Dra. M. de Los Ángeles Paul.

v. Niños y niñas en el Espectro Autista

El Espectro Autista (EA) es una condición definida por un compromiso en el neurodesarrollo y una serie de características del comportamiento expresados en una amplia heterogeneidad. Los niveles de funcionalidad abarcan desde niños y niñas sin lenguaje funcional con grave retraso en el desarrollo, hasta aquellos con un desarrollo intelectual normal o por sobre el promedio sin retraso en el lenguaje. A pesar de esta heterogeneidad de manifestaciones, quienes presentan esta condición, pueden compartir dificultades en distintos aspectos como: la comunicación social, la teoría de la mente, la adaptación a los cambios, la integración sensorial; o tener intereses inusuales y restringidos como predilección por la repetición o "insistencia en lo mismo" (44).

Estas manifestaciones pueden ser observables desde edades tempranas, generando dificultades significativas en la interacción y comunicación social, además de la presencia de patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

Los equipos de salud cumplen un rol fundamental en la detección de niños y niñas con alteraciones del desarrollo. La supervisión de salud y cualquier consulta de salud, constituyen una oportunidad ideal para la identificación de señales de alerta del espectro autista, realizando una derivación precoz, con el fin de que niños y niñas reciban una atención e intervención temprana (45).

La evolución del conocimiento del EA, se ha visto reflejada en los avances respecto a las estrategias para favorecer aprendizajes tempranos, mejorar la adaptabilidad y aumentar la calidad de vida de los niños y niñas del EA.

Instrumentos de Detección de Espectro Autista (EA)

Los profesionales que participan en la Supervisión de Salud Integral, deben estar atentos durante todos los contactos con los niños, niñas y sus familias, a las señales de alerta temprana de Espectro Autista (EA). Es relevante señalar que solamente los profesionales con experiencia y formación en EA, pueden diagnosticar correctamente. Lo importante, es detectar las señales de alerta oportunamente e intervenir a través de la estimulación, mientras se construye el diagnóstico (46). En las tablas III - 27 y III - 28 se presentan un listado de señales de alerta para niños y niñas, que se podrían considerar como una sospecha de EA. Estas señales de alerta fueron elaboradas por la mesa de Trastornos del Espectro Autista del Ministerio de Salud, a partir de revisión de evidencia y validación de expertos por medio de metodología DELPHI. 2018.

En aquellos niños y niñas entre 16 a 30 meses que presenten una o más señales de alerta temprana de EA, se les debe aplicar el Cuestionario (primera parte) de Detección del Autismo en Niños y Niñas Pequeños - Revisado (M-CHAT-R/F). En caso de obtener puntaje de riesgo medio en el cuestionario, se debe realizar la Entrevista de Seguimiento (segunda parte), idealmente, en el mismo control de salud, o bien, se debe reagendar lo antes posible para ser realizado por un profesional capacitado en aplicación de M-CHAT-R/F (enfermero/a, psicólogo/a o médico/a). Asimismo, todo niño o niña menor de 16 meses o mayor de 30 meses, con sospecha de EA, debe ser derivado a médico/a de APS para evaluación.

Tabla III - 27. Listado de señales de alerta temprana del espectro autista en niños y niñas menores de 24 meses.

SEÑALES	EDAD: 12 MESES
1.	Preocupación de los padres por déficit en habilidades sociales.
2.	Falta de respuesta al nombre cuando es llamado.
3.	Falta de contacto ocular.
4.	Ausencia de vocalizaciones con fines comunicativos.
5.	Aumento de comportamiento repetitivo y uso atípico de objetos durante la exploración.
6.	Pérdida de lenguaje o habilidades sociales.
SEÑALES	EDAD: 18 MESES
7.	No apunta con el dedo.
8.	Baja respuesta al refuerzo social.
9.	No busca captar la atención de otro sobre un objeto o una situación de su interés (atención conjunta).
SEÑALES	EDAD: 24 MESES
10.	Ausencia de juegos simbólicos.
11.	Falta de interés en otros niños y hermanos.
12.	No repite gestos o acciones de otros.
Las señales de cada edad incluyen las de edades anteriores.	

Fuente: elaborada por la mesa de Trastornos del Espectro Autista del Ministerio de Salud, a partir de revisión de evidencia y validación de expertos a través de metodología DELPHI. 2018.

Tabla III - 28. Listado de señales de alerta temprana del espectro autista en niños y niñas mayores de 24 meses.

SEÑALES	EDAD: >24 MESES
1.	Pérdida del habla o habilidades sociales adquiridas previamente.
2.	Evita el contacto visual.
3.	Demuestra discurso robótico, velocidad inusual.
4.	No comprende chistes, bromas, ni absurdos.
5.	Relación con adultos inapropiada, demasiado intensa o inexistente.
6.	Prefiere jugar o estar solo, con pobre juego imaginario.
7.	Presenta dificultad para comprender los sentimientos de otras personas.
8.	Retraso en el desarrollo del lenguaje.
9.	Invierte los pronombres (decir tú en lugar de yo)
10.	Presenta repetición persistente de palabras o frases (ecolalia)
11.	Manifiesta resistencia a cambios menores en la rutina o el entorno.
12.	Demuestra intereses restringidos.
13.	Demuestra comportamientos repetitivos (aleteo, balanceo, giro, etc.).
14.	Presenta reacciones inusuales e intensas a sonidos, olores, sabores, texturas, luces y / o colores.
15.	Da respuestas no relacionadas con las preguntas que se le hacen.
16.	No comparte intereses con los demás.
17.	Realiza líneas con los objetos y juguetes.

Fuente: CDC (2020) (47); Autism Speak (s/f)(48).

Cuestionario de Detección del Autismo en Niños y Niñas Pequeños - Revisado (M-CHAT-R/F)

Primera etapa: Cuestionario (anexo 21)

El cuestionario es una herramienta fácil de utilizar, con 20 preguntas de respuesta cerrada: "sí" o "no", que idealmente debe ser completada por el profesional que está realizando el Control de salud, en base a las respuestas de la madre, padre o cuidador/a. Es un cuestionario que indica el RIESGO de EA, no es un instrumento diagnóstico, por lo que requiere de observación y más exploración de la situación o referencia temprana.

Se debe aplicar el cuestionario a las madres, padres y cuidadoras/es de los siguientes grupos:

- Niños y niñas entre 16 y 30 meses que presenten señales de alerta temprana de espectro autista.
- Niños y niñas que acuden a control de salud infantil a los 18 meses, que en la evaluación de desarrollo psicomotor existe alteración en las áreas de lenguaje y/o social.
- Niños y niñas entre 16 y 30 meses que realizan consulta espontánea por sospecha de EA.
- Niños y niñas entre 16 y 30 meses en que existe inquietud de algún profesional del equipo de salud sobre alguna sospecha en su desarrollo que pudieran indicar un posible EA.
- Niños y niñas entre 16 y 30 meses con hermanos, gemelos e hijos/hijas de personas con EA.
- Niños y niñas que no recibieron control a los 18 meses y que en controles posteriores (hasta los 30 meses) existe alteración en las áreas de lenguaje y/o social en evaluación de desarrollo psicomotor.

Segunda etapa: Entrevista de seguimiento (anexo 21)

Esta etapa se lleva a cabo sólo si la puntuación del cuestionario es entre 3 y 7 (Riesgo Medio), y consiste en una entrevista de seguimiento, que debe ser realizada en el mismo momento del control o bien, lo antes posible por un profesional de salud capacitado. En caso de obtener resultado de DERIVACIÓN (2 o + deriva) en la entrevista de seguimiento, debe realizar las coordinaciones necesarias para la derivación a especialista del nivel secundario (psiquiatra infanto-juvenil o neurólogo/a infantil) para confirmación diagnóstica.

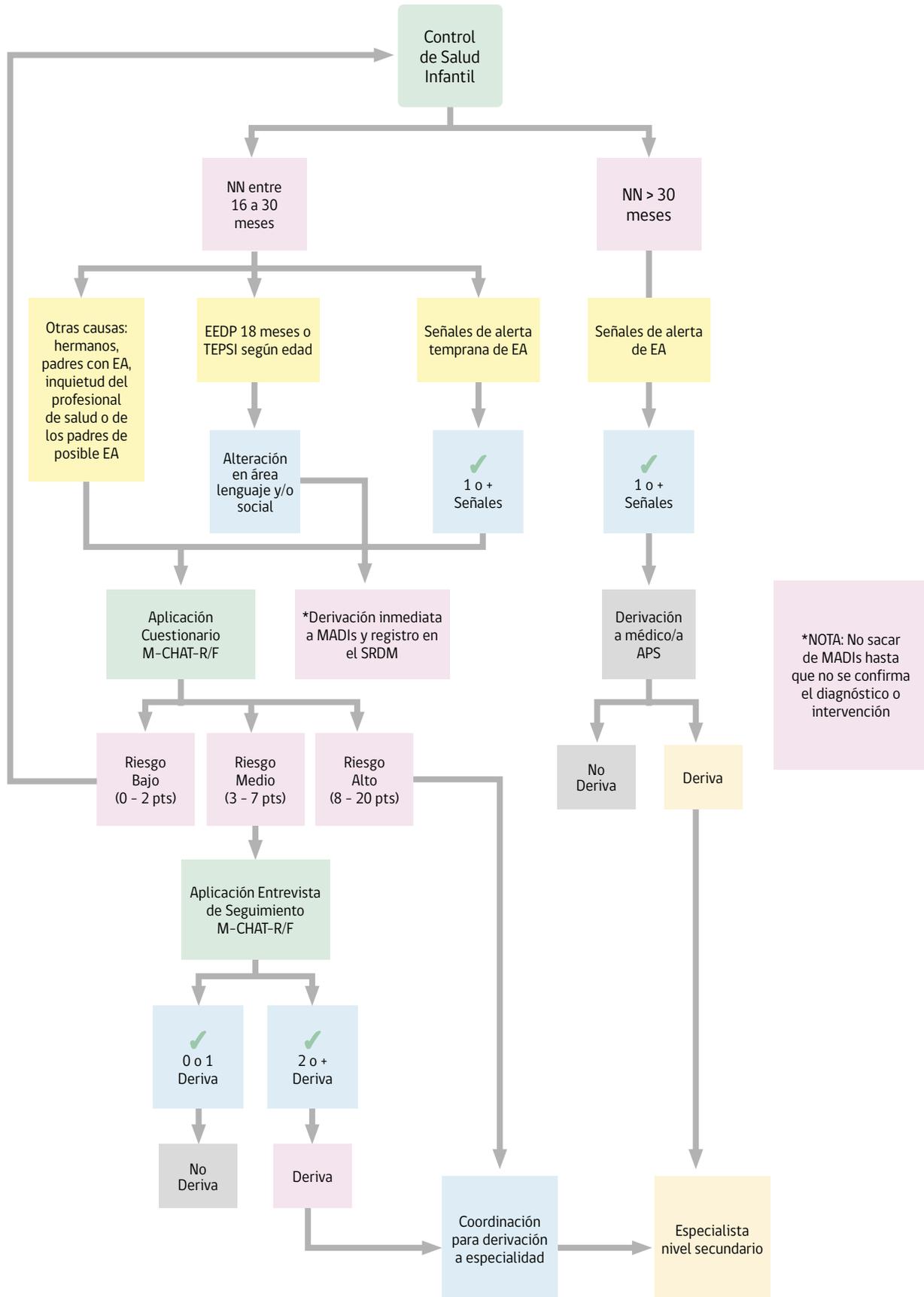
A continuación, se describe el algoritmo que se debe seguir, de acuerdo con los resultados del cuestionario del M-CHAT-R/F (tabla III-29). El flujo correspondiente se encuentra en la figura III - 12.

Tabla III - 29. Algoritmo del Cuestionario del M-CHAT- R/F.

<p>Para todos los ítems, excepto el 2, 5 y 12, la respuesta NO indica Riesgo de EA.</p> <p>Para los ítems 2, 5 y 12, la respuesta SI indica Riesgo de EA.</p> <p>El siguiente algoritmo potencia las propiedades psicométricas del M-CHAT-R/F</p>	
<p>RIESGO BAJO: Puntuación total entre 0 - 2</p>	<p>Si el niño o niña es menor de 24 meses de edad, continuar con controles habituales. Al control de los 2 años aplicar Pauta Breve del DSM, si se detecta alteración en área de lenguaje y/o social, aplicar cuestionario de M-CHAT-R/F en el control y repetir EEDP completo.</p> <p>Ninguna otra medida es necesaria a menos que en la vigilancia del desarrollo se detecten señales de alerta de riesgo de EA.</p>
<p>RIESGO MEDIO: Puntuación total entre 3 - 7</p>	<p>Administrar la entrevista de seguimiento (segunda etapa del M-CHAT-R/F) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo.</p> <p>Si la puntuación en la entrevista de seguimiento corresponde a 2 o más, el niño o niña ha resultado positivo, por lo que debe ser derivado a especialista para evaluación y confirmación diagnóstica, y para determinar necesidad de atención temprana.</p> <p>Si la puntuación en la entrevista de seguimiento es de 0 o 1, el resultado ha sido negativo. Ninguna otra medida es necesaria a menos que en la vigilancia del desarrollo se detecten nuevas señales de alerta de riesgo de EA. El niño o niña debe seguir vigilado en futuras visitas al Control de Salud Infantil.</p> <p>*Se debe crear una alerta en la ficha clínica del niño o niña de "Sospecha de alteración del desarrollo" con el fin de dar continuidad al monitoreo.</p>
<p>ALTA RIESGO: Puntuación total entre 8 - 20</p>	<p>Derivar a médico, quien puede prescindir de la entrevista de seguimiento (M-CHAT-R/F) y se debe derivar el caso de inmediato a especialista para evaluación diagnóstica y para determinar la necesidad de intervención temprana.</p>

Fuente: cuestionario M-CHAT Detección del Autismo en Niños Pequeños - Revisado y con Entrevista de Seguimiento. (Robins, D., Fein, D. y Barton, M., 2009). M-CHAT-R y M-CHAT- R/F Adaptación en Chile: Grupo TEA, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2016.

Figura III - 12. Flujo M-CHAT-R/F.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia y Departamento de Salud Mental, DIPRECE, 2021.



3.3.3. CONTROL DE SALUD INFANTIL AL INGRESO DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS

Profesional	Enfermera/o y/o Médico/a (dupla)			
Instrumentos a aplicar	Escala Edimburgo, en todos los prematuros ingresados que tengan 2 meses o más de edad cronológica.			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material a entregar	Registro en SRDM
60 minutos	Específico	Individual	<ul style="list-style-type: none"> Formulario PNAC. Cronograma controles de salud infantil en APS y nivel secundario, según corresponda Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. Cuaderno descubriendo juntos . <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo: Primer Control de Salud Infantil (ingreso)
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> Revisar y adjuntar la epicrisis de la Neonatología y recolectar información para Ficha Clínica de APS. Consignar la edad gestacional cumplida al nacer (EG). Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional según Curva de Crecimiento Intrauterina. Calcular fecha 40 semanas, a la fecha de nacimiento se le suman las semanas que faltan para completar la fecha probable de parto (40 semanas). Edad gestacional corregida (EC) al egreso de neonatología y EC al ingreso al Policlínico Prematuro. Recolectar antecedentes psicosociales: informes de visita domiciliaria integral e informe psicosocial de neonatología, cuando exista. Antecedentes inmunizaciones: consignar vacuna BCG y HB. 			
Antecedentes gestacionales, parto y puerperio	<p>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 madre, extraerla y consignarla en la ficha clínica, sin volver a preguntar (evitar culpabilizar a los cuidadores al recabar antecedentes, por ausencia o pérdida de ellos). Los datos para recolectar son:</p> <p>Antecedentes gestacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad materna en el momento de la gestación, número de gestación. Enfermedades agudas o crónicas. 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. <p>Antecedentes parto y puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 psicosociales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el impacto de la condición de salud en la calidad de vida y sobre la dinámica familiar en sus integrantes. • Conocer las redes de apoyo familiares: familia extendida, grupos de apoyo religioso, comunales o de agrupaciones de padres de niños y niñas 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, y si están recibiendo los apoyos económicos u otros, de municipios u otras instancias de apoyo social. • Evaluar las expectativas en torno a la calidad de vida y sobrevivencia del niño o la niña, la terapia de rehabilitación o la utilización de medidas extraordinarias para prolongar la vida cuando corresponda. <p>Indagar en todos los miembros de la familia, estado de salud mental.</p>
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar tipo de alimentación al alta (lactancia materna exclusiva, parcial o sin lactancia). • Consignar si recibe suplementos de vitaminas y minerales.
Antecedentes de crecimiento ponderoestatural	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño o la niña tiene menos de 40 semanas al momento del ingreso: se aconseja utilizar curvas de crecimiento intrauterino hasta que cumpla las 40 semanas. 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.
Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • Consignar administración de otras inmunizaciones en familiares que vivan con el niño o la niña, como bordetella pertussis e influenza.
Antecedentes de salud asociados a la prematuridad	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre complicaciones asociadas a la estadía en el hospital: neurológicas, respiratorias infecciosas, cardiovasculares, otras. • Preguntar sobre cirugías durante estadía en el hospital. • Valorar antecedentes de convulsiones y apneas durante estadía en el hospital. • Valorar antecedentes o presencia de ostomías: traqueostomías, gastrostomías, ileostomía, colostomías, vesicostomía. • Preguntar si ha presentado apneas desde el alta y su duración (son significativas sobre los 20 segundos).
Antecedentes de consultas en servicio de urgencias o re-hospitalización luego del alta de neonatología y controles en el nivel secundario	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar y adjuntar epicrisis de hospitalizaciones en Pediatría o atención en Servicio de urgencia y evaluar indicaciones, cumplimiento y eventuales derivaciones.
Medicamentos de uso permanent	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del fármaco, dosis, vía de administración y tiempo de uso. • Efectos adversos presentados y tolerancia a los medicamentos.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES	
El examen físico descrito a continuación es complementario al establecido en el control de salud infantil correspondiente al período del recién nacido y nacida.	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar factores de riesgos descritos en el Capítulo 2.

DIAGNÓSTICOS

Complementario a los diagnósticos requeridos según control de salud infantil estándar correspondiente por edad, se debe agregar:

- Calificación de edad gestacional al nacer.
- Edad corregida al momento del control.
- Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional al momento de nacer según Curva de Crecimiento Intrauterina (AEG, PEG, GEG).
- Incremento ponderal diario.
- Diagnóstico patologías o problemas de salud del niño o la niña (actual o antecedente) asociados a su prematurez.
- Problemas psicológicos de los integrantes de la familia asociados a la prematurez del niño o la niña.

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS

Las siguientes indicaciones son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil para el periodo de recién nacido o nacida.

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • RNMBPN: 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.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • Solo en los casos de alimentación con lactancia materna exclusiva, suplementar con Zinc (Zn: 1 mg/kg/día), desde el alta de la neonatología hasta el inicio de la alimentación complementaria. • Suplementar con Hierro con 2 mg/kg/día desde el alta de la neonatología hasta el año de edad corregida. • Suplementar con Vitamina ACD (400 UI al día de Vitamina D), desde el alta de la neonatología hasta el año de edad corregida. • 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.
Estimulación área socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la técnica de canguro (contacto piel con piel) y fomentar crianza en brazo (anticipar uso de portabebé). • Fomentar el uso correcto y seguro del Ajuar. • 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. • Educar a la familia respecto a señales de estrés del recién nacido/a y adecuado manejo.
Prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar aglomeraciones y el contacto con personas enfermas, dado el mayor riesgo de enfermedades respiratorias y hospitalizaciones por cuadros respiratorios severos (VRS y otros). Evitar espacios cerrados como por ejemplo centros comerciales (Mall). • Realizar lavado de manos frecuente en especial antes de tener contacto con el recién nacido/a. • Realizar aislamiento de contacto con hermanos enfermos.
Medidas de seguridad y prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • 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: post vacuna) los padres y/o cuidadores deben estar capacitados en estimulación y reanimación cardiorrespiratoria básica.

<p>Vacunas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños y niñas prematuros deben recibir 4 dosis de vacuna neumocócica 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 programa IRA a todos los RNMBP.
<p>Ayudar a las familias a evitar la sobreprotección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es muy frecuente en este grupo la sobre protección, por lo que se recomienda fomentar el autocuidado. • 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.
<p>Promover el autocuidado de la cuidadora o cuidador principal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resguardar la salud de la cuidadora o cuidador es fundamental, 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 autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - 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 de 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.
<p>Derivaciones y/o exámenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a vacunatorio por vacunas programática. • Derivar a control de salud infantil correspondiente por calendario. • Derivar a control de salud bucal (CERO) correspondiente por calendario.

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Las siguientes banderas rojas son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil estándar correspondiente a los controles del recién nacido y nacida.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
<p>Mal Incrementa de peso diario < de 30g en RNMBPN y < de 20g en RN moderado y tardío</p>	<p>Favorecer y optimizar la lactancia materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corregir cuando corresponda succión, acople, técnica de lactancia y evitar sobre abrigo. • Evaluar transferencia de leche. • Agendar control de peso, cada 48 a 72 horas y si es necesario derivar a clínica de lactancia materna. • Si se detecta que el incremento de peso sigue siendo insuficiente en la reevaluación, suplementar 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). • Revisar técnica de preparación de la fórmula complementaria. • Descartar patología intercurrente. <p>Prematuros Moderado o Tardío:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 - 1/4 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). • RNMBP: 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). • Si se alimenta con fórmula exclusiva o predominante: indicar aumentar la frecuencia o volumen (alimentación a libre demanda).
<p>Ictericia clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Prematuro Tardío:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Hipotermia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar hipotermia 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. • Favorecer contacto piel con piel.

Apneas	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar 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 puede haber pausas respiratorias cortas de manera normal. • Reafirmar los signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Falta de reactividad, succión y cambios de color a palidez o zona morada peribucal, palidez terrosa. • Estimular al niño o niña, si no responde, reanimar. • Ante una apnea, aunque se resuelva, la conducta es acudir de inmediato al servicio de urgencia para hospitalización y estudio. • Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a urgencia para estudio.
Sintomatología depresiva en madre con niño/a menor de 2 meses de edad cronológica	<ul style="list-style-type: none"> • El médico/a 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/a APS.
Niño o niña pequeño para la edad gestacional (PEG)	<ul style="list-style-type: none"> • 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). Evitar hiperalimentación. • Evaluar curva de crecimiento en controles posteriores. • Asegurar suplementación con hierro desde los 2 meses.
Niño grande para la edad gestacional (GEG)	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar al programa de seguimiento nivel secundario.
Screening auditivo alterado (Refiere o No Pasa)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar y reforzar que continúe el estudio audiológico en el servicio de otorrinolaringología.
Osteopenia del prematuro	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar existencia del diagnóstico y adherencia a la suplementación de calcio y fósforo si fue indicado. • RNMBP o prematuro moderado, con lactancia exclusiva vigilar aparición de craneotabes y evolución de talla.
Problemas vinculares o de apego	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el contacto piel con piel (método canguro en casa). • Evaluar informe de visita domiciliaria Integral.
Presencia de ostomías o sondas	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la familia respecto a manejo y cuidado adecuado de ostomías o sondas.
Sospecha de raquitismo o craneotabes	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a nivel secundario a endocrinología o nutriólogo, según disponibilidad.
Prematuro sin VDI durante la estadía en la Neonatología	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los RNMBP y los casos de prematuros moderados y tardíos que el nivel terciario haya considerado. • Agendar visita domiciliaria integral motivada por prematurez.

3.3.4. CONTROL DE SALUD INFANTIL AL INGRESO DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD

Profesional	Enfermera/o y Médico/a (dupla)			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Formulario SRDM
60 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo: Primer Control de Salud Infantil (ingreso)
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
<p>Bienvenida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Saludar al niño o niña por su nombre (disponerse a su altura, favoreciendo un adecuado contacto visual, evitando un trato intrusivo), y a su familia. Identificarse (nombre, apellido y profesión) y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día. Demostrar una actividad de respeto, cercanía y amabilidad hacia el niño o niña y su familia. La información a recolectar o preguntar es complementaria a la establecida en el control de salud infantil correspondiente por edad. 				
Condición o problema de salud base de los / las NANEAS	<p>Indagar aspectos relativos a la condición de salud del niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> Quien es el cuidador principal, y quien lo reemplaza en caso de urgencia. El diagnóstico de salud. Momento en que se realizó el diagnóstico. Si no cuenta con un diagnóstico actual, estado de los estudios o del proceso de diagnóstico. Necesidades más falentes del caso, prioritarias de abordar. Enfrentamiento familiar al diagnóstico. 			

<p>Antecedentes gestacionales, parto y puerperio</p>	<p>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 madre, extraerla y consignarla en la ficha clínica, sin volver a preguntar (evitar culpabilizar a los cuidadores al recabar antecedentes, por ausencia o pérdida de ellos). Los datos para recolectar son:</p> <p>Antecedentes gestacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad materna en el momento de la gestación, número de gestación. • Enfermedades agudas o crónicas, e indagar sobre Síndrome TORCH ⁷. • 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. <p>Antecedentes parto y puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Antecedentes familiares directos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre enfermedades crónicas y condiciones genéticas heredables y consignar nivel de relación (primer o segundo grado). • Consultar por condiciones de cuidador principal, principalmente por depresión post parto. • Preguntar antecedente de abortos espontáneos, o inducidos, mortinatos, o fallecimientos tempranos ya sea de la madre o de familiares directos.
<p>Antecedentes mórbidos de importancia</p>	<p>Preguntar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones o problemas de salud activas y resueltas. • Hospitalizaciones previas (cuantas y motivos de hospitalización). • Cirugías previas. • Descompensaciones de su enfermedad de base.

⁷ 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	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar especialista o equipo del nivel secundario para que el equipo de APS (según territorio) se pueda contactar para resolución de dudas, acordar tratamientos y eventuales derivaciones. Consignar datos de contacto en ficha clínica. • Revisar las 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. • Evaluar la indicación y administración de inmunizaciones para estos niños y niñas en condiciones especiales tanto aquellas cubiertas por el PNI y otras como grupos especiales. • Revisar fecha de próximo control en el nivel secundario.
Medicamentos de uso permanente	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del fármaco, dosis, vía de administración y tiempo de uso. • Efectos adversos presentados y tolerancia a los medicamentos. • Uso de medicina complementaria u homeopatía.
Suplementos alimentarios, vitamínicos o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar 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	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el uso de dispositivos o tecnología médica de apoyo (oxigenoterapia, ostomías, sondas de alimentación, catéteres vasculares, monitoreo de signos vitales, etc.). • Preguntar el tiempo desde que lo utiliza, cuándo se cambió por última vez y quién realiza la mantención de este para que se mantenga funcional. • Evaluar autonomía de la familia respecto al manejo y los cuidados de dichos dispositivos. • Evaluar las complicaciones y dificultades que han presentado con relación al uso de estos dispositivos o tecnologías.
Terapias de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre el requerimiento de asistencia a terapias tradicionales (kinésica, fonoaudiológica, terapia ocupacional o psicopedagogía) y/o terapias complementarias (hipoterapia, canoterapia o hidroterapia, etc.). • Consignar lugar al que asiste y frecuencia de terapias.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar historia alimentaria remota. • Preguntar por la vía de alimentación, método de alimentación y la tolerancia • Indagar si se alimenta por boca, sonda o gastrostomía, y/o uso de bomba de alimentación. • Saber si requiere asistencia, cuáles son sus preferencias e intolerancias. • Valorar inicio, motivo, complicaciones asociadas a la alimentación no oral y expectativas de realimentación vía oral. • Indagar tiempo que demora en cada alimentación. • 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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.
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Consistencia y frecuencia de las deposiciones. – Si presenta dolor o sangrado al tener deposiciones o si éstas son muy duras o caprinas. – Frecuencia y color de la diuresis. – Uso de dispositivos: sondas y/o colonostomías. – Grado de autonomía en los procesos de eliminación.

Audición y visión	<ul style="list-style-type: none"> • En cada atención, independiente de la edad, preguntar si la madre, padre y/o cuidadores principales tienen dudas respecto a la audición y/o visión del niño o la niña. • Uso de dispositivos: audífonos y/o lentes. En caso de usar, tiempo de uso, mantención y control con especialistas.
Autovalencia y movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el grado de movilidad, en caso que sea limitada evaluar existencia de terapia física, kinesiológica u otra. • Actividades de la vida diaria que realiza en forma autónoma. • Uso o necesidad de ayudas técnicas para la realización de actividades de vida diaria.
Desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • 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 del desarrollo y consultar por plan de rehabilitación establecido por el equipo de rehabilitación.
Psicosocial y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el impacto de la condición de salud en la calidad de vida y sobre la 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. • Conocer las redes de apoyo familiares: familia extendida, grupos de apoyo religioso, comunales o de agrupaciones de padres de niños y niñas 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, y si están recibiendo los apoyos económicos u otros de municipios, SENADIS, u otras instancias de apoyo local. • Evaluar las expectativas en torno a la calidad de vida y sobrevivencia 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES	
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.	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar de técnica de medición de talla para pacientes que no puedan lograr la extensión completa de pie o en decúbito. • Realizar seguimiento de circunferencia craneana hasta los 5 años, descartar microcefalia o macrocefalia corregido por talla.

Evaluación de piel, dispositivos y tecnología de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar presencia de úlceras y lesiones por presión, evaluar puntos de roce y presión en relación con aparatos de apoyo: sondas, ostomías, válvulas, catéteres y oxigenoterapia. • Evaluar que los dispositivos estén correctamente instalados y funcionando, sin signos de infección asociada.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación visual de escoliosis. • Evaluar rango de movilidad de cadera (simétrico). • Derivar a rehabilitación para mantención de la funcionalidad, según requerimientos .
Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar con especial detención, dado que este grupo presenta una mayor frecuencia de problemas de salud bucal. • Realizar este examen independiente de la vía de alimentación del niño o la niña.
Manejo del dolor	Evaluar puntos dolorosos al examen, estudiar si es necesario y apoyar en el manejo del dolor crónico.

DIAGNÓSTICOS

Complementario a los diagnósticos requeridos según control de salud infantil estándar correspondiente por edad, se debe agregar:

- 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).
- Problemas de salud detectados (asociados o no a su condición de base).
- Diagnóstico social/determinantes sociales/otros (salud ambiental, vulnerabilidad psicosocial, otros).
- Diagnóstico de las principales necesidades del caso, por grados de importancia.

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

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)

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en dieta rica en fibra y agua 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 y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • 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, rehabilitación y participación. • Mantener ejercicios de funcionalidad indicados desde atención secundaria, realizados por el cuidador o el propio niño o niña.
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • 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/a, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional y psicopedagogo/a) de acuerdo a disponibilidad e indicaciones del nivel secundario.
Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Conocer las vacunas especiales del programa de inmunizaciones que correspondan a condiciones especiales, así como aquellas que no están cubiertas, pero tengan indicación, y puedan ser pagadas por la familia
Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar fluoración anual. • Derivar a talleres educativos de salud bucal. • Indicar control por odontólogo según riesgo desde el nacimiento.

<p>Medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Coordinar examen de valores sanguíneos anualmente de niveles de vitamina D, suplementar en caso necesario. Si utiliza corticoides inhalatorios, reforzar la higiene bucal.
<p>Educación y Promoción en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 del niño o niña y su cuidador/a), evitar contacto con personas enfermas y eliminar factores de 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 • 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 y niñas puede asistir a las diferentes instituciones escolares, lo que debe fomentarse desde el área de la Salud. Debe privilegiarse la inclusión de los niños y las 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 de salud deberá estar disponible para aclarar dudas que puedan surgir en el profesorado, respecto a los cuidados diarios del niño o niña.
<p>Ayudar a las familias a evitar la sobreprotección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es muy frecuente en este grupo la sobre protección, por lo que se recomienda fomentar el autocuidado, 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.
<p>Promover el autocuidado de la cuidadora o cuidador principal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resguardar la salud de la cuidadora o cuidador es fundamental, 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 autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> – 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.
<p>Derivaciones y/o exámenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a vacunatorio por vacunas programática. • Derivar a control de salud infantil correspondiente por calendario. • Derivar a control de salud bucal (CERO) correspondiente por calendario.

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el/la profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar educación breve para mejorar hábitos alimentarios, en caso de ser necesario, citar a Consejo breve para profundizar y entregar herramientas prácticas. • Derivar a taller grupal de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). • Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 1 mes. • Educar en estilos de vida saludable, considerar contexto, creencias y prácticas individuales y familiares. • Complementar información para detectar factores de salud y psicosociales que puedan explicar la condición de malnutrición e intervenir según corresponda.
Malnutrición por déficit	<p>Riesgo de desnutrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso/edad 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 al niño o niña a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. • Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación. <p>Desnutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para la elaboración de un plan de trabajo consensuado con la familia y, cuando sea necesario, realizar reunión del equipo de cabecera, derivación a Asistente social y/o vinculación con la red ChCC. - Analizar la historia de salud 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 al niño o niña a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. • Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Alteraciones en la talla	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar curva de crecimiento y antecedentes gestacionales. • Evaluar Talla Diana, considerando factores genéticos y contexto psicosocial. <p>Talla baja ($T/E = \leq 2 DS$):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario si hay sospecha de talla baja secundaria. <p>Talla alta ($T/E = \geq 2 DS$):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a cuando la carga genética con la talla alta es discordante, si hay existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales, o dismorfias.

<p>Sospecha de Presión arterial elevada (anexos 16 y 17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial elevada, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. • Si se confirma presión arterial elevada, derivar a Médico/a de APS, indicar tratamiento no farmacológico (alimentación saludable, actividad física, manejo del sobrepeso u obesidad) y re-evaluar en 6 meses por método auscultatorio. • Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 6 meses. • Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, derivar a especialista en nivel secundario (nefrología infantil). • Si PA se normaliza, volver a evaluación anual de PA en CSI.
<p>Sospecha de Hipertensión arterial Etapa I (anexos 16 y 17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa I, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño o niña se encuentra asintomático, iniciar tratamiento no farmacológico y re-evaluar PA en 1 a 2 semanas. - Si el niño o niña se encuentra sintomático, derivar a Servicio de Urgencia para descartar crisis hipertensiva. • Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 1 o 2 semanas), la PA persiste en Etapa I, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 3 meses. • Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 3 meses), la PA persiste en Etapa I, derivar a especialista (nefrología infantil). • En nivel secundario, realizar confirmación diagnóstica y evaluar iniciar tratamiento farmacológico.
<p>Sospecha de Hipertensión arterial Etapa II (anexos 16 y 17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa II, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño o niña se encuentra asintomático, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, iniciar tratamiento no farmacológico y derivar a médico/a para derivar de forma inmediata a especialista del nivel secundario (nefrología pediátrica) en un plazo máximo de 1 semana. - Si el niño o niña se encuentra sintomático, o PA 30mmHg por sobre p95 derivar inmediatamente a Servicio de Urgencia.
<p>Alteración del desarrollo psicomotor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar nivel de complejidad de los NANEAS, antes de considerar evaluación con instrumento estandarizado. • Si es posible realizar evaluación, considerar manejo como en los otros controles.
<p>Alteraciones en el ámbito socioemocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a consulta de salud mental, frente a: <ul style="list-style-type: none"> - La existencia de trastorno de lenguaje, mala calidad de contacto visual, conductas bizarras y estereotipias. - Padres o cuidadores, con baja o nula capacidad para permitir exploración y autonomía en el niño o niña. • Derivar a médico/a por sospecha de EA. • Alteración en la autonomía: <ul style="list-style-type: none"> • Frente a excesiva preocupación o ansiedad por el alejamiento o ausencia de los cuidadores principales. • Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc.) • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (NEP u otro disponible en el establecimiento).

Sintomatología de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar inmediatamente a médico/a para diagnóstico e indicación de tratamiento, frente a los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> – Evaluar presencia de 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 a médico/a para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario, frente a las siguientes manifestaciones ganglionares: <ul style="list-style-type: none"> – Adenopatías con un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria:
Sintomatología obstructiva	<p>Sospecha de Asma Bronquial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a 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/a 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/a APS. <p>Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar si duran más de 15 segundos, en caso de ser confirmatorio, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación.
Sospecha de cardiopatía congénita	<p>En caso de sospecha de cardiopatía congénita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingresar el caso a Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, (SIGGES) para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 180 días (6 meses), por sospecha de enfermedad GES (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años). • Derivar a interconsulta a cardiología infantil o pediatría con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica.
Alteraciones oftalmológicas	<p>Alteración en Test de Tumbling E o Snellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para eventual derivación a oftalmólogo. <p>Estrabismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 GES (Estrabismo en menores de 9 años). <p>Rojo pupilar alterado o leucocoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 GES (Cáncer en personas menores de 15 años).
Factores de riesgo de enfermedades bucales, según pauta CERO	<ul style="list-style-type: none"> • Educar en estrategias de prevención básicas a cuidadores y familiares, y reforzar hábitos: <ul style="list-style-type: none"> – No succión de dedos como hábito. – Eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad. – Higiene bucal al menos 2 veces al día. – Correcta técnica de cepillado dental. – Higiene bucal antes de dormir. • Derivar al GES de urgencia odontológica ambulatoria, frente a: traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas.

Alteraciones de la piel	<p>Sospecha de dermatitis atópica o alérgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación en medidas generales de cuidado de la piel: baños cortos con agua tibia, no usar jabón en genitales, hidratación diaria con crema hipoalérgica, ropa 100 % de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalérgico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombras, etc.). <p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Pie plano patológico	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para eventual derivación a Traumatólogo infantil.
Alteraciones en la marcha	<p>Asimetría o claudicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar si la cojera es de reciente inicio, realizar una evaluación médica inmediata y eventual derivación a urgencia.
Alteraciones en zona genital	<p>Sospecha de criptorquidia o hernias inguinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para confirmar diagnóstico y derivación a cirujano infantil o urólogo infantil. <p>Fimosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación en desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, derivar a médico/a y posterior evaluación por Cirugía infantil o Urología infantil. Evaluar al control de los 4 años persistencia de fimosis, en caso de mantenerse derivar a médico/a de APS para tratamiento.
Padres o cuidadores principales con dificultades para entregar cuidados	<ul style="list-style-type: none"> 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. Derivar a un profesional o derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental, cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, Entregar Consejo breve para manejo de frustración o pataletas, derivar a talleres de habilidades parentales.
Violencia	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. Determinar el riesgo vital del niño o la niña. Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> 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” (21). 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” (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>

3.4.3. CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES

Período	Niños y niñas menores de 6 meses			
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar integralmente el desarrollo y crecimiento del niño o la niña con foco en aquellos aspectos relacionados con el amamantamiento. • Valorar integralmente a la madre, con aspectos relacionados con la lactancia materna, así como con su estado socioemocional y presencia de redes apoyo. • Formular diagnósticos del proceso de lactancia de la diada, considerando el estado de salud integral de la madre y del niño o niña. • Realizar intervenciones basadas en evidencia que apoyen a la diada en el proceso de lactancia. • Apoyar a la madre que amamanta de forma oportuna, a través de la adopción y refuerzo de las mejores técnicas, prácticas de cuidados relacionados con el éxito de la lactancia materna exclusiva. 			
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera/o, Médico/a, Matrona/matrón o Nutricionista, con formación teórica y práctica en lactancia materna. 			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Formulario SRDM
30 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Bienvenida:				
<ul style="list-style-type: none"> • La recepción de la madre debe ser acogedora. En este momento se sondea sobre sus inquietudes y preocupaciones respecto a la lactancia materna. Es muy importante considerar al o la acompañante de la madre en caso de presentarse, ya que muchas veces tiene una gran influencia sobre ella, respecto al cuidado del niño o niña y prácticas de alimentación 				
Experiencias en torno a la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar si la madre fue amamantada, y hasta qué edad. • Preguntar paridad: experiencia con la lactancia materna con sus otros hijos o hijas, así como extensión y tipo de lactancia (exclusiva, mixta o artificial). • Evaluar intención de amamantar y preparación para el éxito de la lactancia materna. 			
Antecedentes de salud de la madre	<p>Evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes mórbidos (obesidad, diabetes, síndrome metabólico, hipotiroidismo, entre otros). • Antecedentes quirúrgicos (cirugía mamaria, tanto aumento como reducción). • Si la madre tuvo cirugía de aumento, indagar acerca de características de sus mamas previo a la intervención (posible hipoplasia previa). • Uso de fármacos y hierbas. • Gestación: presencia de problemas de salud específicos y experiencia asociada. • Tipo de parto: intervención y experiencia de parto. • Acompañamiento del padre o de una persona significativa durante el proceso de parto. 			

Antecedentes de nacimiento del niño o niña	<p>Indagar en el recién nacido o nacida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de nacimiento: peso, talla, PC, edad gestacional, Apgar. • Contacto piel con piel y lactancia materna en la primera hora de vida. • Consumo de algún otro líquido distinto a la leche materna. • Porcentaje de baja de peso. • Alojamiento conjunto. • Problemas de salud en esta etapa.
Experiencia con el niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntarle a la familia cómo han estado emocionalmente y si tienen inquietudes, especialmente a la madre. • Indagar si existe una red de apoyo y si la madre tiene alguna figura de apoyo en la crianza. • Indagar sobre el estilo de crianza, disposición al consuelo efectivo y al contacto físico. • Observar las actitudes de cariño de la madre con 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 o pareja se encuentra interesado en la crianza y en el apoyo de la LM. • Revisar la existencia de riesgos biopsicosociales detectados en controles previos y el plan de trabajo consensuado.
Temas específicos del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de alimentación: tipo de alimentación, frecuencia, factores que pueden interferir en la instalación de la lactancia. • Diuresis y deposiciones: frecuencia, cantidad y características.
Temas específicos de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar bienestar emocional de la madre. • Bienestar físico: dolor al amamantar. • Evaluar grado de comodidad y nivel de satisfacción asociado a la lactancia. • Evaluar nivel de autoeficacia percibida.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL EN CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA	
Evaluación de la relación madre, padre e hijo o hija	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar si el niño o la niña logra ser consolado por la madre, padre y/o cuidador. • 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 recién nacido.
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de longitud y peso. • Registro en el Carnet de Salud del Niño y de la Niña. • Evaluar incremento de peso desde el último control.
Inspección general del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad y color de la piel). • Evaluar hidratación; estado de las mucosas, tensión fontanela anterior.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar hipotonía o hipertonia marcada. • Descartar asimetrías evidentes.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar presencia y extensión de ictericia. • Descartar presencia de dermatitis de la piel.
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar cráneo: forma, deformidades, suturas, fontanelas.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar dientes perinatales, candidiasis bucal y fisura palatina. • Evaluar funcionalidad de frenillo lingual e indemnidad del paladar. • Evaluar succión: funcionalidad, potencia.
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar distensión abdominal y presencia de hernias. • Descartar masas palpables.

Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar genitales masculinos. • Evaluar genitales femeninos. • Evaluar presencia de problemas asociados: dermatitis del pañal o moniliasis.
Examen de mamas	<p>Solicitar permiso a la madre para realizarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pezón, observar: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de pezón: normal, plano, invertido. - Proporción pezón areola y proporción boca-pezón. - Indemnidad de la piel: presencia de lesiones, tales como grietas (superficiales o profundas), erosiones, etc. - Presencia de puntos blancos. - Cambios de coloración asociados a dolor post mamada. <p>Mama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad al tacto, dolor (tipo de dolor, irradiación, frecuencia y duración) - Enrojecimiento y/o calor local. - Tono: presencia de durezas, congestión. - Palpar tejido mamario: cantidad y distribución. - Presencia de masas. <ul style="list-style-type: none"> • Descartar signos hipoplasia mamaria: cambios nulos de las mamas durante la gestación, amplia separación entre mamas, asimetría, ptosis de las mamas, entre otros.
Técnica de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Observar posición y disposición en el amamantamiento, tanto de la madre como de su hija o hijo. • Evaluar si existe acople profundo de la mama: <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de dolor en la madre. - Labios evertidos. - Al desacople, pezón no presenta deformidades ni cambios de color. - No existen ruidos asociados (chasquidos, etc.) - No se evidencia hundimiento de mejillas en la succión. • Evaluar si existe transferencia de leche efectiva: <ul style="list-style-type: none"> - Deglución audible y rítmica. - Logra vaciamiento de la mama.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Estado nutricional (buen o mal incremento ponderal en RN). - Tipo de alimentación: lactancia materna exclusiva, mixta o artificial. - Lactancia materna instalada o en vías de instalación. - Problema de lactancia. - Problemas psicosociales a nivel familiar. - Otros problemas detectados. 	

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LAS CONSULTAS DE LACTANCIA MATERNA

En la consulta de lactancia, es primordial entender la particularidad de cada díada y su familia, para así otorgar indicaciones acordes a su realidad. De esta forma, estas indicaciones constituyen una orientación general, la cual se debe adaptar a la etapa del desarrollo del niño o niña y a su contexto particular. Se sugiere apoyarse en el Manual Operativo LM. Acompañando tu Lactancia.2017. Disponible en <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>

Lactancia materna exclusiva libre demanda	<ul style="list-style-type: none"> • La lactancia materna siempre debe ser a libre demanda. A medida que el niño o niña crecen, aspectos como el acople se van haciendo más fáciles, ya que la díada ya se reconoce y va de forma paulatina tomando una rutina. <ul style="list-style-type: none"> - En cada toma, optimizar el agarre profundo de la mama, considerando que es de la areola y no sólo el pezón. - Para saber si existe transferencia de leche, ayudar a la madre a identificar deglución audible de forma rítmica. - En cada toma, ofrecer de un pecho hasta vaciarlo y luego el otro. - Educar en reconocimiento de señales de hambre y manejo del llanto. • Sugerir contactar a grupos de apoyo como liga de la leche u otros presentes a nivel local.
Fomentar la confianza y autoconcepto de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto la lactancia como la crianza pueden ser procesos vitales complejos, que pueden insegurizar a la madre. • Reconocer y reforzar todos los aspectos positivos y esfuerzos realizados por la madre y el resto de la familia.
Guías anticipatorias de las crisis de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos niños o niñas presentan períodos de alrededor de 3 a 5 días en los que abruptamente piden de mamar de forma muy frecuente. • Se cree que su objetivo es aumentar la producción de leche de la madre por un desajuste normal entre la cantidad producida y la que el niño o niña necesita, lo que suele suceder en períodos de rápido crecimiento. Muchas mujeres lo confunden con que la lactancia se está terminando y/o que el niño o niña no recibe suficiente leche. • Pueden ocurrir en cualquier momento, aunque son más frecuentes en la 3ra o 6ta semana de vida, a los 3 meses, y al año de vida. • Si el niño o niña se observa en buenas condiciones, sube de peso y moja pañales de acuerdo con lo esperado, se recomienda normalizar el proceso, reforzar a la madre su confianza, explicar que es transitorio y que se solucionará con paciencia y estando disponible para una mayor frecuencia de mamadas.
Guías anticipatorias alimentación en bloque	<ul style="list-style-type: none"> • El patrón de alimentación en bloque o Cluster Feeding es aquel en el cual el niño o niña pide mamar frecuentemente en algún momento del día (generalmente vespertino), para luego entrar en un período de descanso. • Puede coincidir con que el niño o niña se muestra molesto, por lo que se debe entregar confianza y soporte a la madre que usualmente lo asocia a una baja producción de leche.
Derivación y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Citar a consulta de seguimiento, según problema detectado o situación de lactancia. • Citar a control de salud habitual.

BANDERAS ROJAS CONSULTA DE LACTANCIA

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Lento incremento ponderal/ malnutrición por déficit	<ul style="list-style-type: none"> • Si en el control el niño o niña no ha subido de peso de acuerdo con lo esperado, evaluar condiciones generales del niño o niña en aspectos tales como; tono, actividad, calidad del llanto, hidratación, cantidad de pañales (cantidad y calidad de diuresis y deposiciones). • Si el niño/a se observa en buenas condiciones y se evidencia transferencia de leche en el control de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar técnica de lactancia y frecuencia de amamantamiento. - Derivar a control de lactancia en las 48 a 72 horas posteriores y/o hasta asegurar un incremento de peso adecuado. • Si el niño o niña tiene signos clínicos de deshidratación leve a moderada: <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar el acople, evaluar transferencia de leche. - Evaluar problemas en el establecimiento de lactancia. - Educar respecto a la técnica de lactancia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 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. ✓ Si existe hipotonía o succión débil, aconsejar dar apoyo a mentón con mano de bailarina y realizar compresiones mamarias. - Suplementar con leche materna extraída, sólo si no es posible, utilizar fórmula de inicio. - Derivar a consulta de lactancia materna en las 48 a 72 horas posteriores. • Si el niño o niña presenta signos de deshidratación severa, derivar a servicio de urgencia.
Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar los motivos por los que la madre no está amamantando de forma exclusiva. • Si la madre así lo desea, apoyarla para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. • Iniciar plan de acción que involucre: <ul style="list-style-type: none"> - Administración de suplementación con dispositivos que no interfieran con la succión fisiológica; suplementador al pecho, vasito, sonda al dedo, cuchara. - Si no es posible, indicar mamadera de bajo flujo y administrar de forma pausada. • Controles de peso seriados para disminuir la fórmula de manera gradual.
Congestión mamaria	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar técnica de lactancia: acople adecuado y frecuencia. • Realizar compresión inversa suavizante alrededor de la areola por un par de minutos con el propósito de desplazar el edema y favorecer el acople. • Reforzar el vaciamiento completo de al menos una mama en cada toma. • Utilizar medidas de confort para facilitar vaciamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Masaje circular en mamas. - Compresión mamaria mientras amamanta o se extrae. - Uso de calor húmedo. Si hay aumento de temperatura local preferir hojas de repollo frías. • Antiinflamatorios de acuerdo con indicación médica.

Grietas del pezón	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar acople profundo de la mama (acople espontáneo/acople asimétrico). • Realizar compresiones mamarias para facilitar el flujo y disminuir el tiempo de mamadas. • Alternar posiciones de amamantamiento para disminuir la presión en la misma zona de forma constante. • Si las grietas son profundas: <ul style="list-style-type: none"> – Suspender el pecho directo por el menor tiempo posible (24 a 72hrs). – Mantener extracción frecuente y efectiva. – Administrar leche extraída con dispositivo respetuoso con la lactancia. – Citar para volver a acoplar bajo supervisión, de manera de no generar nuevas lesiones.
Mastitis	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el vaciamiento óptimo y frecuente de la mama. • Reforzar el vaciamiento completo de al menos una mama en cada toma. • Utilizar medidas de confort para facilitar vaciamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Masaje circular en mamas. – Compresión mamaria mientras amamanta o se extrae. – Uso de calor húmedo. Si hay aumento de temperatura local preferir hojas de repollo frías. • Antiinflamatorios de acuerdo con indicación médica. • Iniciar antibióticos de acuerdo con indicación médica. • Control en clínica de lactancia en 48hrs. • Si existe sospecha de absceso mamario derivar acorde con flujo local para estudio y eventual tratamiento.
Candidiasis oral (algorra) y/o en las mamas	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el control sea realizado por profesional de enfermería, derivar a profesional de medicina para tratamiento. • Indicar hervir de manera diaria chupetes u otros objetos en contacto con la boca del niño o niña hasta finalizar el tratamiento.
Niño o niña que no se acopla al pecho	<ul style="list-style-type: none"> • Acoger a la madre, ya que es una situación que puede generar mucho estrés y culpa. Todos los niños y niñas son diferentes y las estrategias útiles pueden ser diferentes. • Fomentar el contacto piel con piel, de manera de promover el acople espontáneo. • Estrategias posibles son: <ul style="list-style-type: none"> – Utilizar sonda al dedo, de manera de entrenar la succión. – Utilizar pezonera de silicona (si se utiliza es fundamental vigilar la transferencia de leche y controlar de forma precoz (48-72hrs) para verificar incremento ponderal adecuado). • Utilizar suplementador al pecho, de manera de estimular que el niño o niña permanezcan acoplados al pecho.
Hipoplasia mamaria/ otras causas de hipogalactia	<ul style="list-style-type: none"> • Acoger a la madre, ya que es una situación que puede generar mucho estrés y culpa. • Aunque la madre no logre amamantar de forma exclusiva, fomentar que lo haga lo más posible por el tiempo que ella desee. • La principal estrategia es estimular a que la madre alcance la mayor producción posible: <ul style="list-style-type: none"> – Fomentar el contacto piel con piel. – Si se estima conveniente, iniciar galactogogos de acuerdo con indicación médica (recordar que los galactogogos son un apoyo auxiliar, y que no serán de utilidad si el acople y la frecuencia de amamantamiento no son las adecuadas. No indicar Sulpiride). – Utilizar suplementador al pecho. • Descartar causas médicas de baja producción de leche (hipotiroidismo, retención de placenta, entre otros).
Frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar derivación a Cirujano infantil o Cirujano maxilofacial. • Posterior a corte de frenillo lingual, considerar periodo de adaptación o posible rehabilitación.

Presencia de dientes neonatales	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a Odontólogo para evaluación y eventual tratamiento.
Sospecha de fisura labiopalatina	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Ictericia	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Alteraciones del examen físico del RN	<ul style="list-style-type: none"> • 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 detectados, realizar diagnóstico, indicación de tratamiento y/o derivación a servicio de urgencia de pediatría según complejidad del problema detectado.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar entre disquecia del lactante (proceso fisiológico) y Enfermedad de Hirschsprung. El lactante presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). • No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. • Derivar a médico/a y/o servicio de urgencia.
Niño o niña difícil de consolar	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Activar la red comunal ChCC. • 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 violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> - 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" (21). - 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" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
Riesgos biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar al niño, la niña o la madre según corresponda. • Activar la red comunal ChCC, registros en SRDM. • Trabajar el caso con equipo de cabecera para plan de trabajo consensuado con la familia. • Derivar para aplicación de ficha de protección social.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud [Chile]. Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral [Internet]. 2013. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Programa-Nacional-de-Salud-de-la-infancia-con-enfoque-integral.pdf
2. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para la Atención Psicosocial de los Niños y Niñas Hospitalizados en Servicios de Neonatología y Pediatría [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Atencion_Psicosocial_RN.pdf
3. P. Valenzuela y R. Moore. Supervisión de Salud: Un Enfoque Integral. En: Pediatría Ambulatoria: Un enfoque integral. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica; 2011. p. 15-20.
4. C. Kopp y M. Caal. Predicting later performance for normal, at risk and handicapped infant. *Life*. 1982;
5. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Soporte vital avanzado pediátrico. 2011.
6. MINSAL. Patrones de Crecimiento. Para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/03/2018.03.16-Patrones-de-crecimiento-para-la-evaluación-nutricional-de-niños-niñas-y-adolescentes-2018.pdf>
7. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
8. Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A, Meneghello. Tratado de Pediatría. 6ta ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2013. 2600 p.
9. MINSAL. Orientaciones para la planificación y programación en red 2020 [Internet]. Santiago, Chile; 2019 [citado 5 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2020_v3.pdf
10. Ministerio de Desarrollo Social. Síntesis de Resultados Encuesta Casen - Niños, Niñas y Adolescentes. [Internet]. 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_nna_casen_2017.pdf
11. Ministerio de Desarrollo Social. Resultados 3a Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI 2017 . [Internet]. 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi/docs/resultados2017/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf
12. Ministerio de Salud de Chile. Manual Operativo de Lactancia Materna.: Acompañando tu Lactancia. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>
13. Dan Stewart, William Benitz, Committee on Fetus and Newborn. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/3/e20162149.full.pdf>
14. Torres Peral R, Expósito de Mena H. Vómitos y reflujo gastroesofágico. *Pediatr Integral*. 2019;XXIII(7):330-8.
15. Arancibia G. Lactante Vomitador. RGE Madurativo. En: Manual de Gastroenterología Infantil. Sociedad Chilena de Pediatría; 2015.
16. Powers, Nancy. Low Intake in the Breastfed Infant: Maternal and Infant Considerations. En: Breastfeeding and Human Lactation. Wambach, K., Riordan, J. Burlington: EEUU: Jones & Bartlett Learning; 2015.
17. Rozance P. Pathogenesis, screening, and diagnosis of neonatal hypoglycemia [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-screening-and-diagnosis-of-neonatal-hypoglycemia?search=neonatal%20hypoglycemia§ionRank=1&usage-type=default&anchor=H137432344&source=machineLearning&selectedTitle=1-69&display_rank=1#H15
18. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGÉ Fisura Labiopalatina. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/guia-FisuraLabioPalatina-2015-CM.pdf>

19. Sood M. Functional constipation in infants, children, and adolescents: Clinical features and diagnosis. [Internet]. UpToDate. 2020 [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/functional-constipation-in-infants-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?sectionName=Infant%20dyschezia&search=dyschezia%20of%20the%20infant&topicRef=5872&anchor=H704000033&source=see-link#H704000033>
20. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía de Práctica Clínica Disrafias Espinales. Resumen Ejecutivo [Internet]. 2017. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/disrafias-espinales/resumen-ejecutivo/>
21. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf
22. Ministerio de Salud (MINSAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Guía Clínica. Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. 2011;
23. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE "Depresión en personas de 15 años y más. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
24. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Lactancia Materna contenidos técnicos para profesionales de la salud. [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
25. Flores-Lázaro JC, Castillo-Preciado RE, Jiménez-Miramonte NA. Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. *An Psicol.* mayo de 2014;30(2):463-73.
26. Delgado V, Contreras S. Desarrollo Psicomotor, primeros años. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2015.
27. Ministerio del Deporte, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación. Recomendaciones para la práctica de actividad física según Curso de Vida. (1a, ed.). Santiago de Chile.; 2017.
28. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
29. Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García M. El recién nacido prematuro. *Protoc Diagnóstico Ter Asoc Esp Pediatría Neonatol.* 2008;10.
30. Cecilia Perret P, Interna Carolina Pérez V, Cecilia Perret P; María José Poblete V; Carolina Pérez V. Manual de Pediatría [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2018. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/09/Manual-de-Pediatria.pdf>
31. Ministerio de Salud (MINSAL). Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud [Internet]. 1º. Santiago; 2014. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web\(1\).pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf)
32. McGowan JE, Alderdice FA, Holmes VA, Johnston L. Early Childhood Development of Late-Preterm Infants: A Systematic Review. *Pediatrics.* 1 de junio de 2011;127(6):1111-24.
33. Paz Levy D, Sheiner E, Wainstock T, Sergienko R, Landau D, Walfisch A. Evidence that children born at early term (37-38 6/7 weeks) are at increased risk for diabetes and obesity-related disorders. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2017;217(5):588.e1-588.e11.
34. Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica de los Programas Alimentarios. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-T%C3%A9cnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jur%C3%ADdica.pdf>
35. Theriot L. Routine nutrition care during follow-up. En: *Nutritional care for high-risk newborns.* 3ra ed. Chicago: Precept Press Inc; 2000. p. 567-83.
36. Ministerio de Salud de Chile. Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo. 2018.
37. Ministerio de Salud de Chile. Lineamientos técnicos operativos vacuna contra virus Hepatitis B en el recién nacido [Internet]. 2019. Disponible en: <http://sochog.cl/wp-content/uploads/2019/04/LINEAMIENTOS-VACUNACION-HEPATITIS-B-EN-EL-RECIEN-NACIDO.pdf>
38. Subsecretaría de Salud Pública (MINSAL). Protocolo 2019. Profilaxis de la infección del Virus Respiratorio Sincicial con Palivizumab para prematuros menores de 32 semanas y lactantes menores de 1 año con Cardiopatías Congénitas hemodinámicamente significativas. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/12_Protocolo-VRS.pdf

39. 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. *Pediatrics*. 1998;102:117-23.
40. Ministerio de Salud de Chile. II Encuesta de Calidad De Vida y Salud Chile 2006 [Internet]. 2006 [citado 21 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/ENCAVI-2006.pdf>
41. Ministerio de Desarrollo Social. Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
42. Génova L, Cerda J, Correa C, Vergara N y Lizama M. Buenos indicadores de salud en niños con síndrome de Down: Alta frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(1):32-41.
43. Zemel B, Pipan M, Stallings V, Hall W, Schadt K, Freedman D, Thorpe P. Growth Charts for Children With Down Syndrome in the United States. *Pediatrics*. 2015;136(5):1204-11.
44. Lord C, Bishop SL. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 de marzo de 2015;11(1):53-70.
45. M.J. Álvarez Gómez, J. Soria Aznar, J. Galbe Sánchez-Venturac, Grupo de Pediatría del Desarrollo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(41):65-87.
46. A. Hervás, M. Maristany, M. Salgado, L. Sánchez Santos. Los trastornos del espectro autista. [Internet]. *Pediatría Integral*. 2012. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-12/los-trastornos-del-espectro-autista/>
47. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Signos y síntomas | Trastornos del espectro autista [Internet]. *Trastornos del Espectro Autista*. 2020 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html>
48. Autism Speaks. Learn the Signs of Autism [Internet]. *Autism Speaks*. s/f [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.autismspeaks.org/signs-autism>



4

INSTRUMENTOS PARA LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL



Norma Técnica para la Supervisión de **SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS** en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

CAPÍTULO

4

INSTRUMENTOS PARA LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL



Norma Técnica para la Supervisión de
Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años
en la Atención Primaria de Salud

2^{da} edición

Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

EDITORES

SEGUNDA EDICIÓN
ACTUALIZACIÓN 2021

Dra. Sylvia Santander Rigollet
Enf. Bárbara Leyton Cárdenas

Dra. María Inés Romero Sepúlveda
Enf. Patricia Cabezas Olivares
Enf. Loretto Fuentealba Alvarado
Enf. Nicole Garay Unjidos
Dra. María Paz Medel Salas
Dr. Fernando González Escalona

ISBN (I): 978-956-348-197-9
ISBN (D): 978-956-348-197-6
Número de Propiedad Intelectual: 2021-A-10254
Norma Técnica N° 218, Resolución Exenta N° 55, 18 de octubre de 2021

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.
Norma Técnica para la Supervisión Salud Integral
de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud.
2da edición. Actualización 2021.

EDITORES Y COEDITORES

PRIMERA EDICIÓN
2014

Editora
Dra. Heather Strain Henkes

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

ISBN: 978-956-348-058-8
Número de Propiedad Intelectual: 242298
Norma Técnica N° 166, Resolución Exenta N° 336, 22 de mayo de 2014

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.
Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas
de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud.
1ra edición. 2014.

ARTE

Rodolfo Valenzuela
Diseño, Ilustraciones y Diagramación

Valentina Jara
Fotografías

Paloma Leiva
Colaboración Fotografía, Proyecto Tetarte

Luis Miranda
Ilustraciones

Las ilustraciones y fotografías son de propiedad del Ministerio de Salud
y cuentan con el debido consentimiento informado.



ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud	NN	Niñas y Niños
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
CERO	Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	NT	Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas
CESFAM	Centro de Salud Familiar	OMS	Organización Mundial de la Salud
ChCC	Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo	PADBP	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
CRS	Centro de Referencia de Salud	PB	Pauta Breve
CSI	Control de Salud Infantil	PEATa	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Automatizados o Acortados
DP	Depresión Perinatal	PEATc	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Clínicos o Alargados
DPP	Depresión Postparto	PENS	Protocolo de Evaluación Neurosensorial
DSM	Desarrollo Psicomotor	PRB	Pauta de Riesgo Biopsicosocial
EA	Espectro Autista	RN	Recién Nacido y Recién Nacida
EBPN	Recién Nacido/a de Extremo Bajo Peso de Nacimiento	RNBPN	Recién Nacido/a de Bajo Peso de Nacimiento
EEDP	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor	RNMBP	Recién Nacido/a de Muy Bajo Peso de Nacimiento
EPsA	Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada	RNPT	Recién Nacido/a de Pretérmino
EOA	Emisiones Otoacústicas	SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
FPP	Fecha Probable de Parto	SRDM	Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo
GES	Garantía Explícita en Salud	SRI	Sistema de Retención Infantil
HI	Hemangioma Infantil	TC	Trastorno de Conducta
IMC	Índice de Masa Corporal	TEPSI	Test del Desarrollo Psicomotor
Lactante	Niño o niña menor de dos años	THA	Trastorno Hipercinético o Trastorno de la Atención
LM	Lactancia Materna	TOD	Trastorno Oposicionista Desafiante
MADI	Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil	VDI	Visita Domiciliaria Integral
NANEAS	Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud		



ÍNDICE

CAPÍTULO 4

ANEXO 1	PAUTA DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL INFANTIL CHILE CRECE CONTIGO (PRB) *	11
ANEXO 2	PAUTA DE EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD INFANTIL	12
ANEXO 3	PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NEUROSENSORIAL (PENS) MODIFICADO	14
ANEXO 4	PAUTA BREVE DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	19
ANEXO 5	CÁLCULO DE LA EDAD DEL NIÑO O NIÑA	20
ANEXO 6	EEDP: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0 A 2 AÑOS	23
ANEXO 7	TEPSI: TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE 2 A 5 AÑOS	30
ANEXO 8	ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO	37
ANEXO 9	CURVAS DE CRECIMIENTO DE NIÑAS	39
ANEXO 10	CURVAS DE CRECIMIENTO DE NIÑOS	49
ANEXO 11	TABLAS DE EVALUACIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL	59
ANEXO 12	CURVAS DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO NACIONALES (NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS)	60
ANEXO 13	ESTADIOS DE TANNER	63
ANEXO 14	CURVAS PARA INDICACIÓN DE FOTOTERAPIA Y EVALUACIÓN DE HIPERBILIRRUBINEMIA EN RN \geq 35 SEMANAS DE GESTACIÓN	66
ANEXO 15	ATRESIA BILIAR	68
ANEXO 16	PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑAS	70
ANEXO 17	PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS	74
ANEXO 18	ESCALA DE HECES DE BRISTOL	78
ANEXO 19	PAUTA DE EVALUACIÓN DE COMPLEJIDAD MÉDICA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NANEAS)	79
ANEXO 20	CURVAS DE CRECIMIENTO DE NIÑAS Y NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN	83
ANEXO 21	CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL AUTISMO EN NIÑOS Y NIÑAS PEQUEÑOS - REVISADO (M-CHAT-R/F)	97
ANEXO 22	SCORE DE RIESGO DE MORIR POR NEUMÓNIA (SCORE IRA)	121
ANEXO 23	PAUTA DE FACTORES CONDICIONANTES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO	122
ANEXO 24	COMPONENTES DEL PROGRAMA VIDA SANA	123
ANEXO 25	CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS	125
ANEXO 26	RESUMEN APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS EN LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL	133
ANEXO 27	SISTEMA DE REGISTRO, DERIVACIÓN Y MONITOREO (SRDM)	134
ANEXO 28	MATERIALES CHILE CRECE CONTIGO UTILIZADOS EN LOS CONTROLES DE SALUD INFANTIL	137
ANEXO 29	CONTACTOS DE LA RED DE SERVICIOS PARA EL APOYO A LA SALUD, CRIANZA Y DESARROLLO INFANTIL	139

CAPÍTULO 4

INSTRUMENTOS PARA LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

En este capítulo se presentan los instrumentos más utilizados en la evaluación de los diversos aspectos del crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas, incluyendo: pautas, protocolos, escalas, tablas, curvas, algoritmos, entre otros.

Estos instrumentos constituyen material de apoyo para la supervisión de salud integral de niño, niñas y adolescentes.

En el capítulo 4, los instrumentos se presentan como Anexos, numerados correlativamente desde el anexo 1 al 29.



ANEXO 1. PAUTA DE RIESGO BIOPSIKOSOCIAL INFANTIL CHILE CRECE CONTIGO (PRB)¹

A continuación, se enumeran diversos factores de riesgo biopsicosocial que pueden afectar el óptimo desarrollo del niño o niña. De acuerdo al calendario de actividades de cada CSI y pertinencia, complete la siguiente pauta y en caso de que el niño o niña tenga uno o más ítems presentes, derivar a Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIs).

Asimismo, cada ítem se asocia con acciones mínimas a realizar, tanto en las MADIs como en la red comunal Chile Crece Contigo, por lo cual DEBE ingresar esta información al SRDM y activar con ello las alertas de vulnerabilidad correspondientes.

	ÍTEM	PRESENCIA
1	Niña o niño sin control de salud al día.	
2	Niña o niño con múltiples consultas en SAPU, otro centro de salud u hospital.	
3	Niña o niño con hospitalización anterior de mediana o larga estadía.	
4	Niña o niño con condición médica de base (síndromes genéticos, parálisis cerebral, patologías del sistema nervioso central, entre otras).	
5	Niña o niño con madre adolescente.	
6	Niña o niño cuya madre tiene escolaridad menor a octavo básico.	
7	Niña o niño cuya madre presenta escala de Edimburgo alterada.	
8	Niña o niño cuyo cuidador/a principal presenta conductas sugerentes de negligencia en cuidados, escasa respuesta a las necesidades del niño o niña.	
9	Niña o niño que vive en familia monoparental sin red de apoyo familiar/social.	
10	Presencia de cualquier trastorno de salud mental en uno o ambos cuidadores/as principales (depresión, consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, discapacidad mental, otras).	
11	Niña o niño cuyo hermano/a tiene antecedentes de medidas de protección sentenciadas con cambio de cuidador/a, institucionalización u adopción.	
12	Niña o niño cuyo padre, madre o cuidador/a principal, se encuentra privado de libertad.	
13	Niña o niño institucionalizado en residencia de lactantes y/o pre-escolares y/o con inserción transitoria en familia de acogida.	
14	Niña o niño que crece en un contexto ambiental con bajas condiciones para el cuidado y desarrollo (múltiples cambios de domicilio, hacinamiento, barrio de alta peligrosidad, pobreza extrema, contaminación del aire intradomiciliario, pésimas condiciones de habitabilidad, otros).	
15	Niña o niño que vive en una familia con aislamiento social significativo o en zona de alta dispersión geográfica.	
16	Violencia intrafamiliar / niña o niña testigo de violencia.	
17	Maltrato físico o abuso sexual.	

¹ Esta pauta se encuentra en revisión y es posible que sea modificada.

ANEXO 2. PAUTA DE EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD INFANTIL

Estimadas/os madres, padres y/o cuidadores, para poder disminuir efectivamente los riesgos de accidentes en el hogar, lo primero y fundamental es poder evaluar el ambiente que rodea al niño o niña, de modo que se pueda desplazar y crecer en un hogar seguro y libre de riesgos.

A continuación, se encuentra una lista que contiene los posibles peligros más frecuentes que se pueden encontrar en una casa. Se solicita la puedan leer, para así luego chequear y registrar los peligros que identifican en su hogar. El objetivo es que puedan implementar las medidas de seguridad necesarias para disminuir estos riesgos 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.

LISTADO DE POTENCIALES RIESGOS PARA NIÑOS Y NIÑAS EN EL HOGAR		SÍ	NO
1	Plantas dentro del hogar ² .		
2	Medicamentos al alcance del niño o niña.		
3	Detergentes, veneno y/o cloro al alcance del niño o niña.		
4	Productos tóxicos en botellas de bebidas.		
5	Bolsas plásticas al alcance del niño o niña.		
6	Materiales de construcción al alcance del niño o niña.		
7	Basureros al alcance del niño o niña.		
8	Objetos afilados o con punta, tales como prendedores, aros y/o alfileres al alcance del niño o niña.		
9	Juguetes con partes pequeñas al alcance (bolitas, autitos, etc.).		
10	Utensilios de cocina al alcance del niño o niña.		
11	Hervidores eléctricos con cable al alcance del niño o niña.		
12	Fósforos al alcance del niño o niña.		
13	Planchas enchufadas al alcance del niño o niña.		
14	Mantener ollas o sartenes con manillas hacia fuera mientras se cocina.		
15	Libre entrada a la cocina en hora de preparación de alimentos.		
16	Conexiones de gas al alcance del niño o niña.		
17	Calefón sin tubo extractor.		

² Dentro de las plantas 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, Huaquí o Maquí del diablo, Muérdago. Para ver fotos y obtener mayor información visitar [información www.cituc.cl](http://www.cituc.cl)

18	Estufas, braseros en ambientes no ventilados.		
19	Chimeneas, estufas o braseros sin protección o en sitios de tránsito.		
20	Enchufes sin protección.		
21	Conexiones eléctricas defectuosas.		
22	Rejas con barrotes de separación suficiente para que el niño pueda meter la cabeza.		
23	Piscinas sin protección		
24	Puertas divisorias de vidrio sin señalización.		
25	Puertas batientes.		
26	Escaleras sin protección (puertas de seguridad).		
27	Balcones sin protección (sin mallas de seguridad).		
28	Ventanas sin protección (sin mallas de seguridad).		
29	Muebles cerca de las ventanas.		
30	Mesas bajas con esquinas puntiagudas.		
31	Mesas con manteles largos.		
32	Muebles móviles, especialmente aquellos con objetos pesados encima.		
33	Pisos resbaladizos al limpiarlos (tener precaución al hacer aseo).		
34	Alfombras no adheridas al suelo o sueltas.		
35	Puertas con seguro interno (se podrían encerrar con llave).		
36	Acequias o canales cerca de la casa sin protección.		
37	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).		
38	Presencia de armas de fuego en el hogar.		

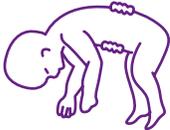
A continuación, puede escribir las medidas de salud infantil adoptadas o consultas acerca de los riesgos presentados, para ser discutidos en el Control de Salud de los 8 meses con el profesional de enfermería.

ANEXO 3. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NEUROSENSORIAL (PENS) MODIFICADO

ÁREAS	Nº	ÍTEM	0 PUNTO NORMAL	1 PUNTO ALTERADO	2 PUNTOS MUY ALTERADO	METODOLOGÍA
REFLEJOS DEL DESARROLLO	1	Reflejo Moro	1 mes: flexo-extensión 4 extremidades. 2 meses: disminución flexión, ya no aparece "abrazo".	Respuesta levemente aumentada o disminuida.	Respuesta muy aumentada o ausente o asimétrica.	Levantar y dejar caer suavemente la cabeza o Traccionar "manta" donde se encuentra el niño o niña.
	2	Postura Esgrimista (PE)	1 mes: PE esbozada. 2 meses: PE claramente presente. En ambos casos, patrón postural normal y desaparece al tapar la vista.	1 mes: PE ausente 2 meses: esbozada Patrón postural con alteración leve o inconstante.	PE Ausente Patrón postural de la respuesta alterado constante o evidente.	Mostrar un objeto y observar si aparece PE. Tapar la vista y observar respuesta.
	3	Reflejo Presión Plantar	Respuesta rápida, intensa, simétrica, no se agota fácilmente.	Lento, tarda en aparecer, asimétrico, intensidad escasa, se agota fácilmente.	Ausente.	Tocar, sin presionar la planta del pie y observar si aparece flexión de todos los dedos.
	4	Reflejos de Succión y Deglución	Reflejo de succión presente y eficiente, traga sin dificultad.	Reflejo de succión débil y/o se atora.	Reflejo de succión ausente y/o sale leche por la nariz al alimentarse.	Observar reflejo de succión y alimentación. Preguntar a madre, padre o cuidadora/a.
ANTROPOMETRÍA	5	Perímetro Cefálico (PCe/E)	PCe/E: Normal Incremento acorde a la edad (1-2 cm/mes)	PCe/E: +1 DS o - 1 DS. Incremento bajo o sobre lo esperado	PCe/E: +2 DS o -2 DS. Incremento muy por debajo de lo esperado o ausente o muy aumentado.	Valorar Incremento de PCe. Evaluar y registrar en curva de crecimiento. Considerar PCe de nacimiento.
	6	Talla (T/E)	Talla e incremento acorde a la edad.	Talla/Edad $\geq + 1DS$ o $\leq - 1DS$.	Talla/Edad $\geq + 2DS$ o $\leq - 2DS$.	Evaluar y registrar en curva de crecimiento. Considerar talla de nacimiento.
	7	Peso (P/E)	Peso e incremento ponderal acorde a la edad.		Peso/Edad $\leq - 2DS$ o $\geq + 2DS$.	Evaluar y registrar en curva de crecimiento. Considerar peso de nacimiento y tipo de alimentación.

PIEL	8	Inspección de Piel	Piel sana y/o sin manchas.	1 o 2 manchas hipocrómicas ("blancas") o hiperocrómicas ("café con leche") y/o angiomas línea media.	≥ 3 manchas hipocrómicas ("blancas") o ≥ 6 manchas hiperocrómicas ("café con leche") y/o angiomas línea media.	Realizar inspección de la piel.	
	CONDUCTA Y COMUNICACIÓN	9	Conducta (evaluación cualitativa)	Tranquilo, pero manifiesta malestar cuando tiene hambre, sueño, necesidad de cambio de pañal, entre otras necesidades.	Algo pasivo o irritable, conducta llama la atención de la madre, padre o cuidador/a.	Muy pasivo o irritable, llama mucho la atención de la madre, padre o cuidador/a.	Preguntarle a la madre, padre o cuidador/a.
		10	Llanto	Normal variación de tono e intensidad, diferenciación según sea de dolor, hambre u otro.	Monótono, débil, poco diferenciado en tono e intensidad. A los padres y/o cuidadores tienen dudas respecto a las causas del llanto o queja.	No llora o llora de forma persistente. Los padres y/o cuidadores no logran definir por qué se queja o llora.	Observar durante la evaluación. Preguntar a padres o cuidadores.
		11	Consolabilidad	Fácil. Se calma al contenerlo y/o al solucionar la causa de su llanto (hambre, dolor, etc.).	Algo difícil, cuesta calmarlo, pero se logra.	Inconsolable o no requiere consuelo porque no llora.	Observar al acunarlo/a después de realizar R. Moro o información de la madre, padre o cuidador/a.
12		Sonrisa Social* (2 meses)	Si.	Si (dato de la madre, padre o cuidador/a).	No.	*Sólo en niños y niñas desde los 2 meses, si aparece antes, valorar como algo positivo. Importante no tocar el mentón o hacerle cosquillitas para obtener la respuesta.	
MOVILIDAD	13	Control Cefálico	1 mes: al traccionar desde los brazos el lactante o al sentarlo mantiene por breves segundos la cabeza alineada con el tronco. 2 meses: respuesta más marcada y se mantiene por más segundos.	Respuesta débil o no acorde a la edad.	Cabeza cuelga o se va a la hiperextensión	Traccionar suavemente desde los brazos o manos y llevarlo/a posición semi-sentado/a (aprox. 45°).	



MOVILIDAD	14	Movimientos espontáneos de extremidades	Movilidad activa, simétrica de las 4 extremidades, pataleo alternante, variabilidad de movimientos.	Movilidad disminuida, aumentada o algo asimétrica. Movimientos poco variados.	Movilidad muy disminuida, muy aumentada y/o muy asimétrica. Movimientos rígidos, muy poco variados, estereotipados.	Observar durante examen físico.
	15	Apertura de Manos	Manos abiertas, sueltas, pulgar afuera o alternante y simétricas.	Tendencia a incluir pulgares, pero no constante.	Inclusión constante del pulgar, que no cambia con R. Moro o la inclusión es asimétrica.	Observar en movimientos espontáneos, incluso cuando duerme y/o al provocar el R. Moro.
	16	Movilidad Facial	Expresiones faciales variadas, abre y cierra la boca, parpadea, simétrico. Mímica expresiva.	Mímica pobre, poco diferenciada. Boca entreabierta. Asimetría.	Muy escasa expresión facial, no diferenciada. Asimetría. Boca abierta, lengua fuera. Parálisis facial uni o bilateral.	Observar durante evaluación.
TONO	17	Tono Axial	Impresiona normal. Levanta extremidades contra la fuerza de la gravedad. Aprox. a los 2 meses, cabeza en la línea del tronco en suspensión ventral. 	Levemente disminuido (leve hipotonía) o levemente aumentado (leve hipertonia). 	Muy disminuido (hipotonía marcada) o muy aumentado (hipertonía marcada/ opistótonos). 	Observar al niño o niña en sus movimientos espontáneos durante la evaluación. Suspender al niño o niña en decúbito ventral (atención con riesgo de caídas).
VISIÓN	18	Rojo Pupilar	Presente, simétrico.	Dudoso uni o bilateral.	Ausente uni o bilateral, asimétrico.	Evaluar simultáneamente a 50 cm los ojos con oftalmoscopio, otoscopio (sin ventana).
	19	Mira fijamente al examinador/a y sigue un objeto 90°	Presente.	Dudoso.	No fija la mirada, ni sigue objeto.	Observar si fija la mirada y sigue un juguete.
AUDICIÓN	20	Reacciona frente a ruido fuerte	Presente.	Dudoso.	No.	Aplaudir fuerte o dejar caer algo, preguntar si se sobresalta con ruidos en el hogar.

Fuente: Protocolo de Evaluación Neurosensorial revisado y actualizado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, en colaboración con Dra. Verónica Delgado, Neurofisiatra infantil, Hospital Carlos Van Buren, 2021.

FOTOS DE EVALUACIÓN DE REFLEJOS

Reflejo de Moro



Postura del esgrimista



Postura del esgrimista bloqueada



Prensión palmar



Prensión plantar



Fuente: fotografías facilitadas por Dra. Verónica Delgado, Neurofisiatra infantil, Hospital Carlos Van Buren, 2021.

PAUTA DE REGISTRO DE PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NEUROSENSORIAL

ÁREAS	Nº	ÍTEM	0 PUNTO NORMAL	1 PUNTO ALTERADO	2 PUNTOS MUY ALTERADO
REFLEJOS DEL DESARROLLO	1	Reflejo Moro			
	2	Postura esgrimista (PE)			
	3	Reflejo prensión plantar			
	4	Reflejos de succión y deglución			
ANTROPOMETRÍA	5	Perímetro Cefálico (PCe/E)			
	6	Talla (T/E)			
	7	Peso (P/E)			
PIEL	8	Inspección de piel			
CONDUCTA Y COMUNICACIÓN	9	Conducta (evaluación cualitativa)			
	10	Llanto			
	11	Consolabilidad			
	12	Sonrisa social* (solo a los 2 meses)			
MOVILIDAD	13	Control Cefálico			
	14	Movimientos espontáneos de extremidades			
	15	Apertura de manos			
	16	Movilidad facial			
TONO	17	Tono axial			
VISIÓN	18	Rojo pupilar			
	19	Mira fijamente al examinador/a y sigue un objeto 90°			
AUDICIÓN	20	Reacciona frente a ruido fuerte			
TOTAL					

RESULTADO	PUNTAJE	ACCIÓN
Normal	0 punto	Continuar con calendario de controles habituales y citar a control de los 2 meses.
Anormal	1 - 3 puntos	Repetir PENS en control de los 2 meses, si persiste alteración, derivar a médico/a para evaluar derivación a nivel secundario.
Muy Anormal	≥ 4 puntos y/o microcefalia y/o macrocefalia y/o rojo pupilar alterado	Derivar a especialista en nivel secundario.

Fuente: Protocolo de Evaluación Neurosensorial revisado y actualizado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en colaboración con Dra. Verónica Delgado, Neurofisiatra infantil, Hospital Carlos Van Buren, 2021.

ANEXO 4. PAUTA BREVE DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

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	Aplauda		
	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 desarrollo alterada
4 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

ABREVIACIÓN DE ÁREAS DEL DESARROLLO

C Coordinación **M** Motor **L** Lenguaje **LS** Lenguaje social **S** Social

* Preguntar directamente a la madre, padre o cuidador/a.

** En estas edades no se realiza control de salud infantil según calendario estándar, sin embargo, en caso de programarse algún control de salud infantil se debe aplicar la pauta breve.

ANEXO 5. CÁLCULO DE LA EDAD DEL NIÑO O NIÑA

Para realizar diversas evaluaciones se requiere de un cálculo adecuado del niño o la niña que asiste a Control de Salud. Si bien muchos sistemas informáticos cuentan con esta información, las personas que realizan el control deben saber realizarlo de manera correcta.

A continuación, se describirán los pasos a seguir:

Cálculo de la Edad Cronológica

Paso 1: realizar el registro de los datos a utilizar.

Fecha de Hoy (FH)
 Fecha de Nacimiento (FN)
 La forma de registro es: año/mes/día

Hay que considerar que:
 1 mes = 30 días
 1 año = 12 meses

Paso 2: realizar una resta, comenzando con los valores de derecha a izquierda (primero restar días, luego meses y después años).

FH	2021/04/16
FN	2019/10/22

Si la resta da un valor negativo, se debe agregar días o meses y restar a la fórmula. En el siguiente ejemplo, al restar 16 a 22, esta da un valor negativo. Por lo que, esto indica que se debe quitar un mes a la fecha de hoy (equivalente a 30 días), y sumar esos días a los 16 ya definidos, lo que resulta en 46 días. Finalmente, a los 46 días se le restan los 22 días de la FN, lo que da como resultado 24 días.

	1 mes/30 días	
FH	2021/ 04 ⁰³ /16	} 1) Sumar: 30 días + 16 días = 46 días
FN	2019/10/22	
	<hr/>	2) Restar: 46 días - 22 días = 24 días
	/24	

Continuando con el ejemplo, al restar los meses también da un valor negativo, esto indica que se debe quitar un año a la fecha de hoy (equivalente a 12 meses), y sumar los meses a los 3 meses que quedaron al sacar 1 mes para sumar a la columna de los días.

	1 año/12 meses	
FH	2021 ²⁰²⁰ / 04 ⁰³ /46	} 1) Sumar: 12 meses + 3 meses = 15 meses
FN	2019/10/22	
	<hr/>	2) Restar: 15 meses - 10 meses = 5 meses
	01/05/24	

Por último, se deben restar los años, para esto se debe considerar que, al sacar 1 año para traspasar 12 meses a la columna de meses, el año 2021 cambia a 2020, lo que da un resultado de 1 al realizar la resta. Así, la edad del niño o niña del ejemplo es de 1 año, 5 meses y 24 días.

Cálculo de la Edad Corregida

Cuando el niño o niña es de pretérmino, se requiere para el cálculo de la edad corregida la Fecha Probable de Parto (FPP), la que se calcula a las 40 semanas de edad gestacional. El cálculo se muestra en el siguiente ejemplo:

Hoy 13 de septiembre de 2020, usted debe realizar el Control de salud a Trinidad (Fecha de nacimiento: 26 de julio de 2020). Durante la valoración, usted sabe que nació de 32 semanas de gestación y que su FPP era el 11 de octubre de 2020.

Siglas: FPP: Fecha probable de parto.

FH: Fecha de hoy.

FPP: 2020/10/11

FH: 2020/09/13

00/00/28

En este ejemplo se observa que, en la sección de días, no es posible restar (11 - 13), por lo que debe traspasarse un mes a los días, convirtiendo la resta en 41-13, lo que da como resultado 28.

El resultado indica que faltan 28 días para su FPP, lo que dividido en 7 (días de una semana), da como resultado 4. Es decir, faltan 4 semanas para que Trinidad llegue a su fecha probable de parto. Si a las 40 semanas de la FPP, se le restan las 4 semanas, se obtiene que la Edad Corregida de Trinidad es de $40 - 4 = 36$ semanas.

Si no se dispone de la FPP, otra forma de calcular la Edad Corregida usando el calendario es la siguiente:

Ejemplo:

Hoy es 20 de noviembre del 2020 y Nicolás nació el 30 octubre del 2020 con una Edad Gestacional de 32 semanas.

Se conoce la fecha de nacimiento en semanas y se cuentan en el calendario las semanas que faltan para llegar a las 40 semanas.

Al mirar el calendario se cuentan las semanas de diferencia que hay entre el 30 de octubre y el 20 de noviembre. En este caso, corresponden a 3 semanas de diferencia, por lo que se puede decir que Nicolás tiene 35 semanas de Edad Corregida.

Finalmente, en el caso de que la fecha del Control de Salud, sea posterior a la FPP, la Edad Corregida debe calcularse de la siguiente manera:

Ejemplo:

Hoy 24 de agosto del 2020, usted debe realizar el Control de salud a Cristóbal (Fecha de nacimiento: 22 de junio de 2020), quien nació de 36 semanas de edad gestacional. Su FPP era el 20 de julio del 2020.

Siglas: FPP: Fecha probable de parto.
FH: Fecha de hoy.
FN: Fecha de nacimiento.

Para realizar la resta se debe consensuar que un mes corresponde a 30 días y un año a 12 meses. El registro se realiza de la siguiente forma: año/mes/día

Cálculo de la Edad Corregida

FH: 2020/08/24
FPP: 2020/07/20

00/01/04

La Edad Corregida de Cristóbal corresponde a 1 mes y 4 días.

Mientras que la Edad Cronológica se calcula de la siguiente forma:

FH: 2020/08/24
FN: 2020/06/22

00/02/02

La Edad Cronológica de Cristóbal corresponde a 2 mes y 2 días.

ANEXO 6. EEDP: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 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:

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 o niña para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación.
4. **Coordinación (C):** comprende las reacciones del niño o niña que requieren organización temporo-espacial de algunas funciones.

Administración

El niño o niña debe estar comfortable y sano, se le debe informar brevemente al acompañante el objetivo del test y anotar en hoja de registro sus datos de identificación.

Cálculo de la Edad Cronológica (EC)

Se debe calcular la edad cronológica restando a la fecha de aplicación la fecha de nacimiento (anexo 5).

Teniendo clara la edad cronológica, se debe establecer la edad en meses cerrados, para esto se debe considerar los siguientes rangos mínimos y máximo para establecer el mes. Esta definición permitirá establecer el mes en el que se debe iniciar la evaluación, así como el mes en el que se deberá buscar el Puntaje Estándar (PE) en el manual del EEDP:

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 calculada solo en meses. Si el niño o la niña no logra algún ítem en ese mes, se debe retroceder en los meses hasta llegar al mes donde logre todos los ítems.

Ejemplo: Benjamín, un niño con 0a/8m/3d la edad cronológica se encuentra en el rango de los 8 meses, por lo tanto, se partirá la evaluación con los ítems del mes 7.

EC en meses: 8

EC en días: $(8 \times 30) + 3$ días: 243

Cálculo de la Edad Mental (EM)

La edad mental está determinada por el mes mayor o mes base en el que el niño o la niña cumple con los 5 ítems del mes. Todos los meses previos a este mes base se consideran logrados que el niño o niña no realice, por lo que se debe otorgar el puntaje máximo al niño o niña. Luego, se avanza sucesivamente hasta que no realice ninguno de los ítems correspondientes a un mes. Se deben sumar los puntajes de todos los ítems de los meses y se le suman los puntajes de los ítems de los meses superiores al mes base, en los que el niño o la niña respondió con éxito.

Suponiendo que Benjamín respondió con éxito: los 5 ítems de los 7 y los 8 meses, 2 ítems de los 9 meses (ítems 44 y 45) y no logró ningún ítem correspondiente a los 10 meses. En este caso se considera los 8 meses como mes base y se le suman los 6 puntos de cada ítem cumplido a los 9 meses.

Ejemplo: (8 meses x 30 puntos que aporta cada mes) + 12 puntos adicionales del mes 9

EM = 252 días

Interpretación

Para la interpretación, se necesita calcular la razón entre la edad mental (EM) y la edad cronológica (EC) dividiendo ambos valores, como se muestra el siguiente ejemplo:

Razón: EM/EC

Ejemplo: $252/243=1,037$ (se expresa con tres decimales, para aproximar el segundo) $\approx 1,04$

Una vez obtenida la razón, se debe convertir el valor a puntaje estándar (PE). Para esto, se debe buscar en la tabla correspondiente a la edad del niño o niña en el baremo socioeconómico alto.

Ejemplo: 1,04 en la tabla de 8 meses corresponde a un PE de 0,92

8 meses con EM/EC: 1,04 = PE: 0,92

Con el PE se puede determinar el Coeficiente de Desarrollo (CD) 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 Benjamín tendría un Coeficiente de Desarrollo "Normal".

Perfil de Desarrollo Psicomotor

Independiente de que el Coeficiente de Desarrollo se encuentre en categoría “normal”, se debe especificar si existe o no déficit en alguna área particular. Para ello, se debe completar el “Perfil del Desarrollo Psicomotor”, en el cual se encierra con un círculo, el número del último ítem que el niño o la niña respondió con éxito en cada área del desarrollo evaluada. Si el último ítem respondido con éxito de un área se encuentra en una edad inferior a la edad cronológica, ésta se considerará como “rezago”.

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:

À. 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).

À. 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 Puntaje Estándar

8 meses

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*								
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 baremo nivel socioeconómico medio alto.

Hoja de Registro - Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años

Nombre del niño o niña			
Fecha de nacimiento		Edad cronológica	_____ a/ _____ m/ _____ d _____ meses _____ días
Fecha de evaluación			
Nombre del examinador			

Edad Mental		EM/EC		PE	
-------------	--	-------	--	----	--

Coeficiente de Desarrollo (CD)	Normal <input type="radio"/>	Riesgo <input type="radio"/>	Retraso <input type="radio"/>	
Área	Coordinación	Social	Lenguaje	Motora
Normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déficit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnóstico	Normal <input type="radio"/>	Normal con rezago <input type="radio"/>	Riesgo <input type="radio"/>	Retraso <input type="radio"/>

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	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75	
Social	1	6	11	20	21	30	34	45	47	50	54	61	70	73		
Lenguaje	2	7	12	17	21	30	33	40	45	50	54	60	61	66	69	72
Motora	3	9	14	18	24	26	31	36	41	42	51	56	62	63	71	

EEDP

EDAD	ÍTEM	LOGRO		PUNTAJE
		SÍ	NO	
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 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) Cooperar en los juegos 35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano			6 c/u

** Indica que se trata de una pregunta a la madre o acompañante.

8 meses	<p>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</p>				6 c/u
9 meses	<p>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*</p>				6 c/u
10 meses	<p>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"</p>				6 c/u
12 meses	<p>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 **</p>				12 c/u
15 meses	<p>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 **</p>				18 c/u
18 meses	<p>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</p>				18 c/u
21 meses	<p>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 **</p>				18 c/u
24 meses	<p>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</p>				18 c/u

ANEXO 7. TEPSI: TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE 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/a. 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/a debe familiarizarse y asegurarse de que niño o la niña esté interesado/a y dispuesto/a a cooperar. El niño o niña debe estar en condiciones adecuadas en cuanto a salud, sueño y alimentación.

Antes de iniciar el test se debe saber la edad cronológica del niño o niña, calculando diferencia de años, meses y días entre la fecha de nacimiento y la fecha en que se realiza la evaluación (anexo 5). 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 ítem 16, luego debe aplicarse los 24 ítems de Subtest de Lenguaje, y finalmente los 12 ítems de Subtest de Motricidad. No se debe suspender la administración de un subtest pese a que el niño o niña no logre 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 a 3 años, 6 meses, 1 día

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 a 3 años, 6 meses, 1 día

COORDINACIÓN		LENGUAJE		MOTRICIDAD	
PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T
0	20	0	24	0	20
1	24	1	26	1	25
2	28	2	28	2	30
3	32	3	30	3	35
4	36	4	32	4	39
5	40	5	34	5	44
6	43	6	36	6	49
7	47	7	38	7	54
8	51	8	40	8	59
9	55	9	42	9	64
10	59	10	44	10	69
11	63	11	45	11	73
12	67	12	47	12	78
13	71	13	49	-	-
14	75	14	51	-	-
15	79	15	53	-	-
16	83	16	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 a 4 años, 0 meses, 0 día

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
22	22	22	22	22	22	22	22

Puntaje T por Subtest: 3 años, 6 meses, 1 día a 4 años, 0 meses, 0 día

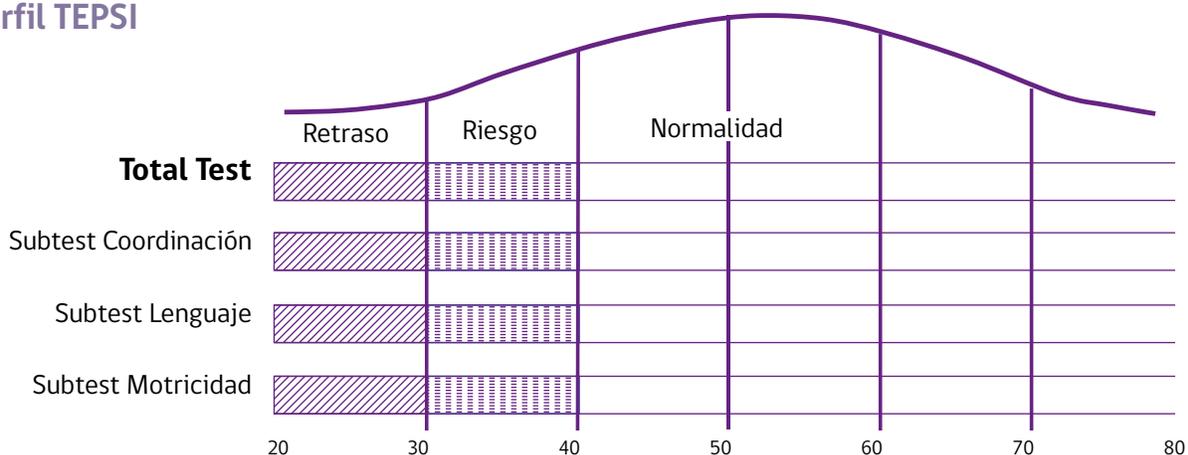
COORDINACIÓN		LENGUAJE		MOTRICIDAD	
PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T
3 o menos	18	4 o menos	20	1	17
4	23	5	22	2	22
5	28	6	24	3	27
6	32	7	27	4	32
7	37	8	29	5	37
8	42	9	31	6	42
9	47	10	34	7	46
10	52	11	36	8	51
11	57	12	39	9	56
12	62	13	41	10	61
13	67	14	43	11	65
14	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	-	-

Hoja de Registro – Test de Desarrollo psicomotor 2-5 años TEPSI

Nombre del niño o niña			
Fecha de nacimiento		Edad cronológica	_____a/_____m/_____d
Fecha de evaluación			
Nombre del 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 y comentarios:

1. Subtest Coordinación

Nº	Ítem	Materiales necesarios
1	<input type="radio"/> Traslada agua de un vaso a otro sin derramarla	2 vasos
2	<input type="radio"/> Construye un puente con tres cubos con modelo presente	Seis cubos
3	<input type="radio"/> Construye una torre de 8 o más cubos	Doce cubos
4	<input type="radio"/> Desabotona	Estuche
5	<input type="radio"/> Abotona	Estuche
6	<input type="radio"/> Enhebra una aguja	Aguja de lana; hilo
7	<input type="radio"/> Desata cordones	Tablero con cordón
8	<input type="radio"/> Copia una línea recta	Lám. 1; lápiz; reverso hoja
9	<input type="radio"/> Copia un círculo	Lám. 2; lápiz; reverso hoja
10	<input type="radio"/> Copia una cruz	Lám. 3; lápiz; reverso hoja
11	<input type="radio"/> Copia un triángulo	Lám. 4; lápiz; reverso hoja
12	<input type="radio"/> Copia un cuadrado	Lám. 5; lápiz; reverso hoja
13	<input type="radio"/> Dibuja 9 o más partes de una figura humana	Lápiz; reverso hoja reg.
14	<input type="radio"/> Dibuja 6 o más partes de una figura humana	Lápiz; reverso hoja reg.
15	<input type="radio"/> Dibuja 3 o más partes de una figura humana	Lápiz; reverso hoja reg.
16	<input type="radio"/> Ordena por tamaño	Tablero: barritas

Puntaje Bruto Total Subtest Coordinación

2. Subtest Lenguaje

N°	Ítem	Materiales necesarios
1	Reconoce grande y chico Grande____ Chico____	Lámina 6
2	Reconoce más y menos Más____ Menos____	Lámina 7
3	Nombre animales Gato____ Perro____ Chanco____ Pato____ Paloma____ Oveja____ Tortuga____ Gallina____	Lámina 8
4	Nombra objetos Paraguas____ Vela____ Escoba____ Tetera____ Zapatos____ Reloj____ Serrucho____ Taza____	Lámina 5
5	Reconoce largo y Corto Largo____ Corto____	Lámina 1
6	Verbaliza acciones Cortando____ Saltando____ Planchando____ Comiendo____	Lámina 11
7	Conoce la utilidad de objetos Cuchara____ Lápiz____ Jabón____ Escoba____ Cama____ Tijera____	
8	Discrimina pesado y liviano (bolsas con arena Y esponja) Pesado____ Liviano____	Bolsa con arena y bolsa rellena de esponja
9	Verbaliza su nombre y apellido Nombre____ Apellido____	
10	Identifica su sexo	
11	Conoce el nombre de sus padre Papá____ Mamá____	
12	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas Hambre____ Cansado____ Frío____	
13	Comprende preposiciones Detrás____ Sobre____ Bajo____	Lápiz
14	Razona por analogías opuestas Hielo____ Ratón____ Mamá____	
15	Nombra colores Azul____ Amarillo____ Rojo____	Papel lustre azul, amarillo, rojo
16	Señala colores Amarillo____ Azul____ Rojo____	Papel lustre azul, amarillo, rojo
17	Nombra figuras geométricas Círculo____ Cuadrado____ Triángulo____	Lámina 12
18	Señala figuras geométricas Cuadrado____ Triángulo____ Círculo____	Lámina 12
19	Describe escenas 13____ 14____	Láminas 13 y 14
20	Reconoce absurdos	Lámina 15
21	Usa plurales	Lámina 16
22	Reconoce antes y después Antes____ Después____	Lámina 17
23	Define palabras Manzana____ Pelota____ Globo inflado____ Bolsa____	
24	Nombra características de objetos Pelota____ Globo inflado____ Bolsa con arena____	

Puntaje Bruto Total Subtest Lenguaje

3. Subtest Motricidad

Nº	Ítem	Materiales necesarios
1	<input type="radio"/> Salta con los dos pies juntos en el mismo lugar	
2	<input type="radio"/> Camina diez pasos llevando un vaso de agua	Vaso lleno de agua
3	<input type="radio"/> Lanza una pelota en dirección determinada	Pelota
4	<input type="radio"/> Se para en un pie sin apoyo por 10 segundos o más	
5	<input type="radio"/> Se para en un pie sin apoyo por 5 segundos o más	
6	<input type="radio"/> Se para en un pie sin apoyo por 1 segundo o más	
7	<input type="radio"/> Camina de punta de pies seis o más pasos	
8	<input type="radio"/> Salta 20 cm con los pies juntos	Hoja de registro
9	<input type="radio"/> Salta en un pie tres o más veces	
10	<input type="radio"/> Coge una pelota	Pelota
11	<input type="radio"/> Camina hacia delante topando talón y punta	
12	<input type="radio"/> Camina hacia atrás topando punta y talón	

Puntaje Bruto Total Subtest Motricidad

ANEXO 8. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

Aplicación

La pauta es de autoaplicación, y se debe entregar a los dos y seis meses postparto (edad cronológica) en el control de salud infantil.

Resultados

Se asigna 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:

ÍTEM		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

Interpretación de resultados

≤ 9 puntos	Sin sospecha sintomatología ansiosa depresiva.
10 o más	Presencia de sintomatología ansiosa depresiva, probabilidad de una depresión.
Pregunta 10 ≠ 0	En la pregunta 10 se explora específicamente el riesgo de vida para la madre y su hijo o hija. Si el resultado es distinto de 0, se debe velar porque la mujer sea atendida en forma inmediata por los profesionales de salud mental que evalúen el ingreso a GES por depresión. Además, se debe asegurar que la mujer sea acompañada por un adulto responsable (pareja, familiar amiga, 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 POSTPARTO DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un niño o niña, nos gustaría saber cómo se ha sentido. 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 de la Madre				
Nombre del niño o niña				
Fecha				
	Afirmación	Respuesta	2 meses	6 meses
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
		No tanto ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2	He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0	0
		Menos que antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi nada	3	3
3	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
4	He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Sí, a veces	2	2
		Sí, con mucha frecuencia	3	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, no mucho	1	1
		No, nunca	0	0
6	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
8	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		Sólo ocasionalmente	1	1
		No, nunca	0	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		No, nunca	0	0
Puntaje Total				
Observaciones y comentarios:				

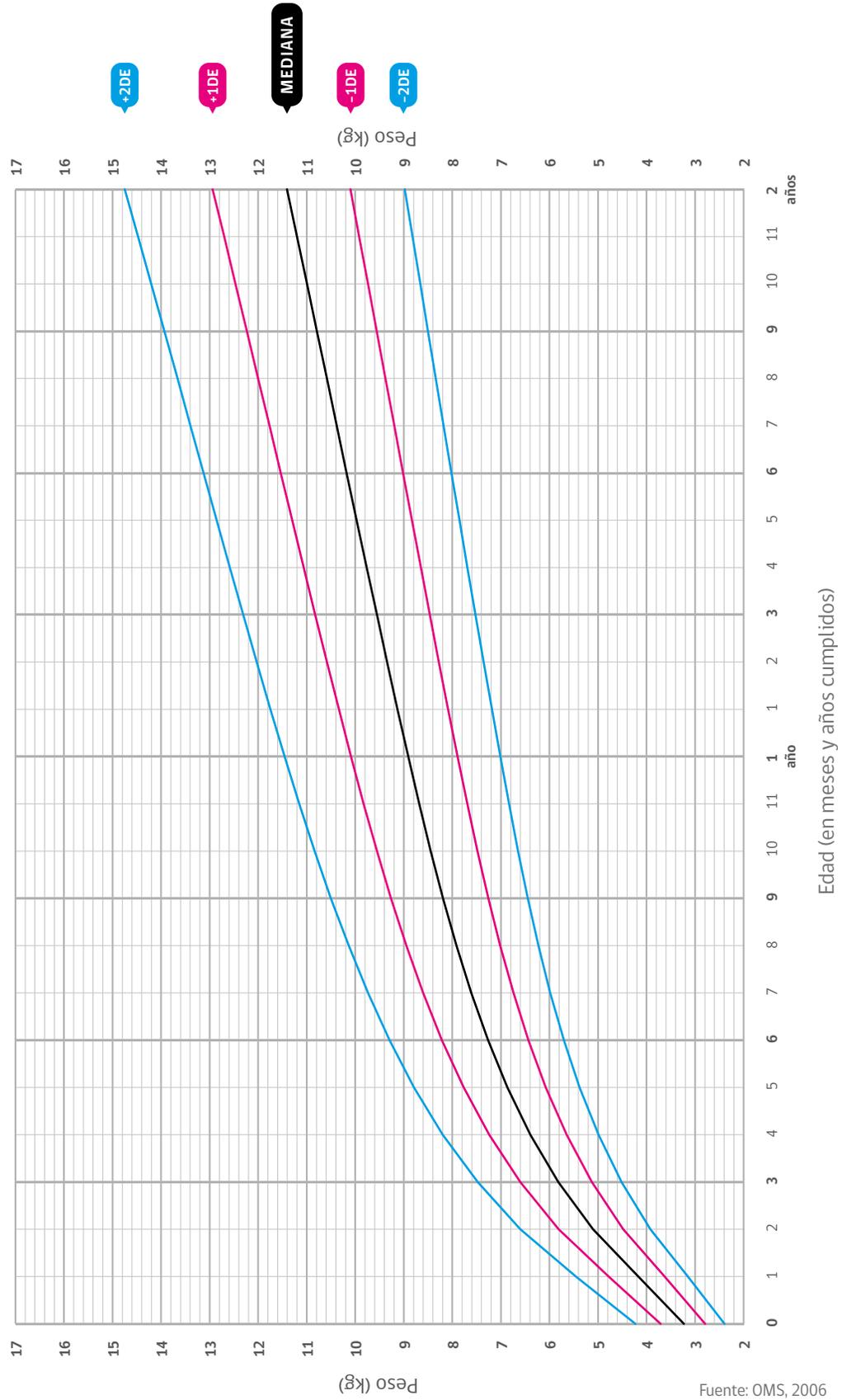
ANEXO 9. CURVAS DE CRECIMIENTO DE NIÑAS



Peso por edad en niñas desde el nacimiento a 2 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Peso por edad (P/E)

0 a 2 años



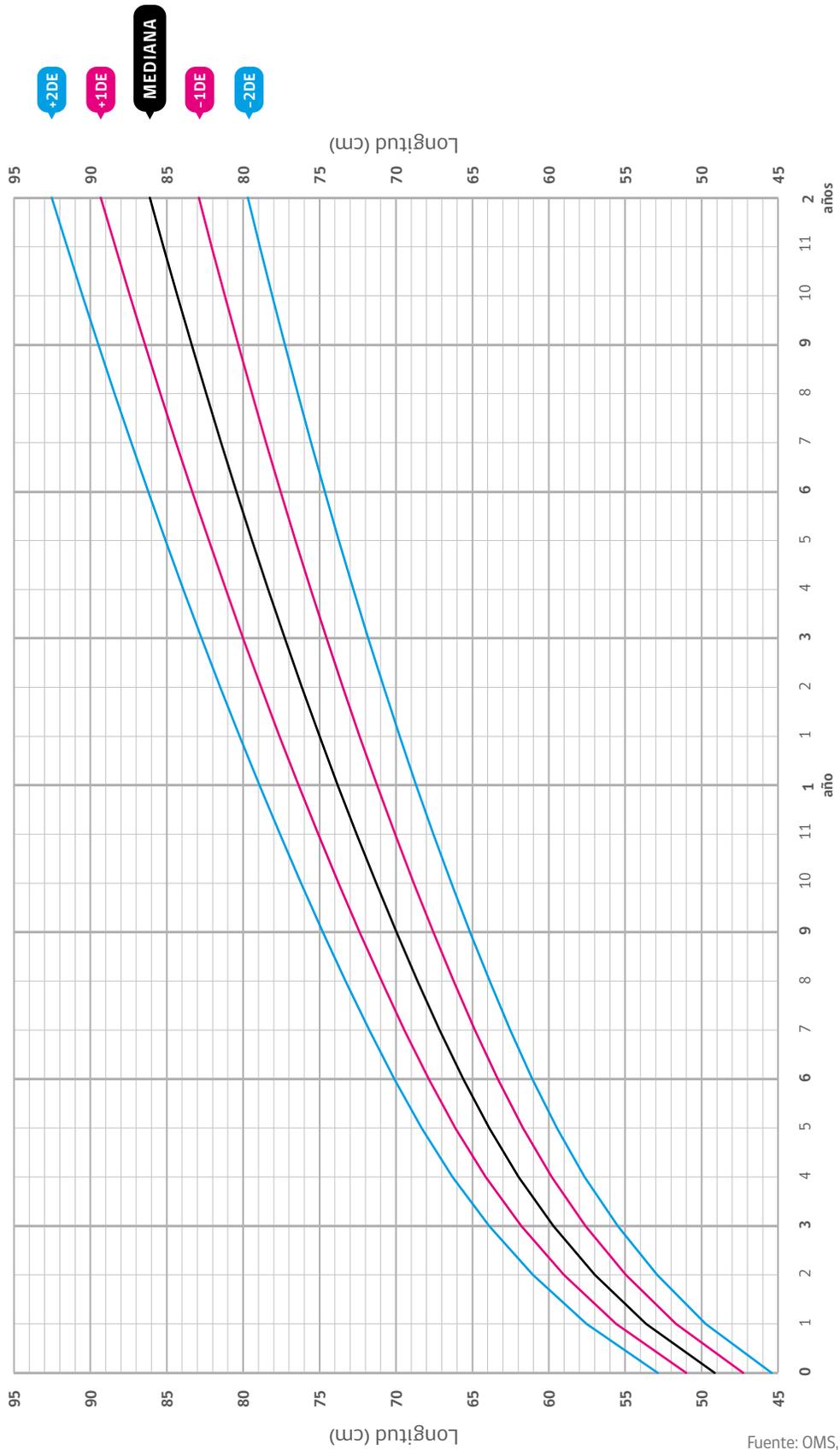
Fuente: OMS, 2006



Longitud por edad en niñas desde el nacimiento a 2 años MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Talla por edad (T/E)

0 a 2 años



Fuente: OMS, 2006

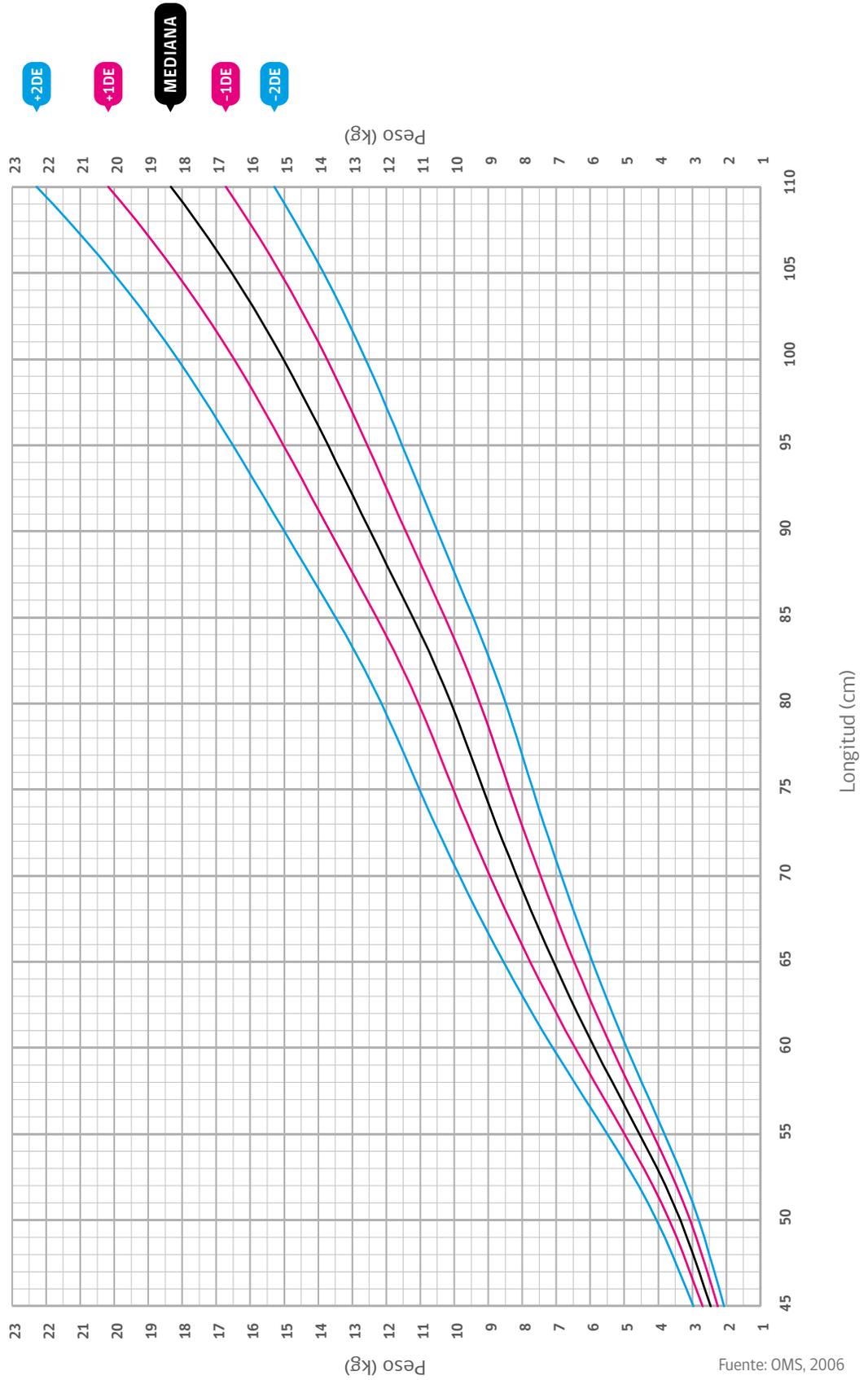


Peso por Longitud en niñas desde el nacimiento a 2 años, de 45 cm a 110 cm

Peso por talla (P/T)

0 a 2 años

MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

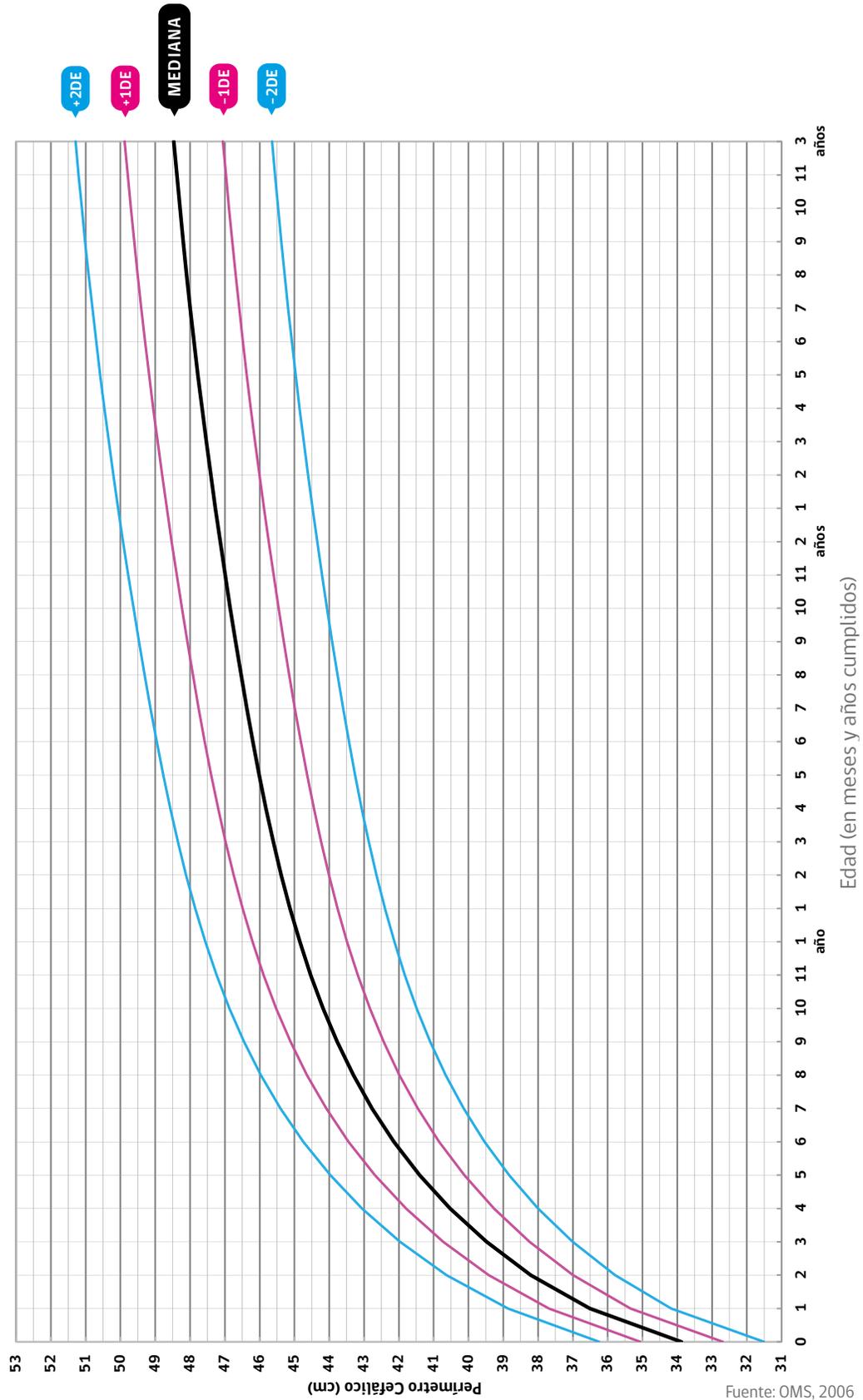




Perímetro cefálico por edad en niñas desde el nacimiento a 3 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Perímetro cefálico por edad (PCe/E)

0 a 3 años



Fuente: OMS, 2006

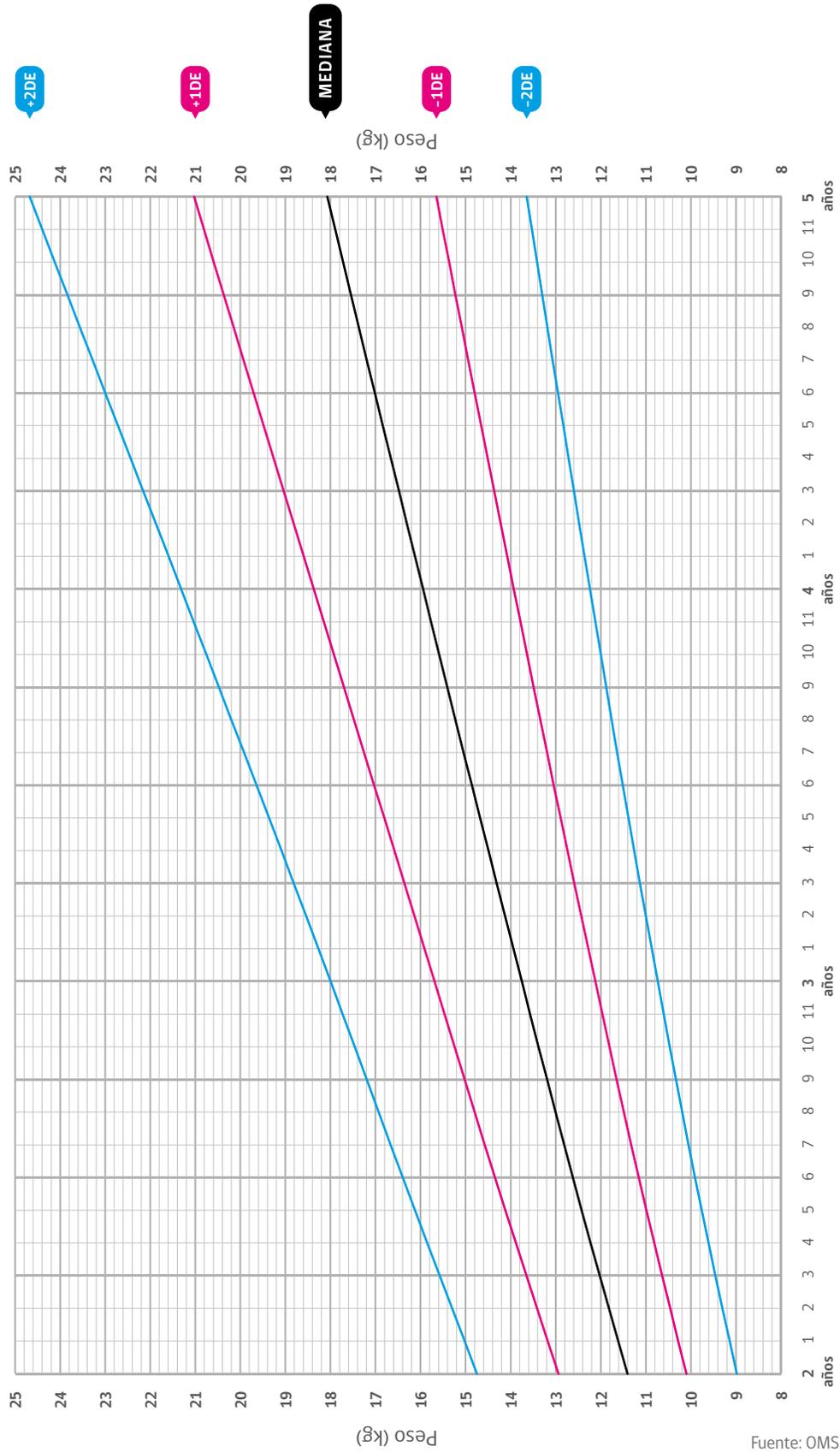


Peso por edad en niñas de 2 años a 5 años

MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Peso por edad (P/E)

2 años a 5 años



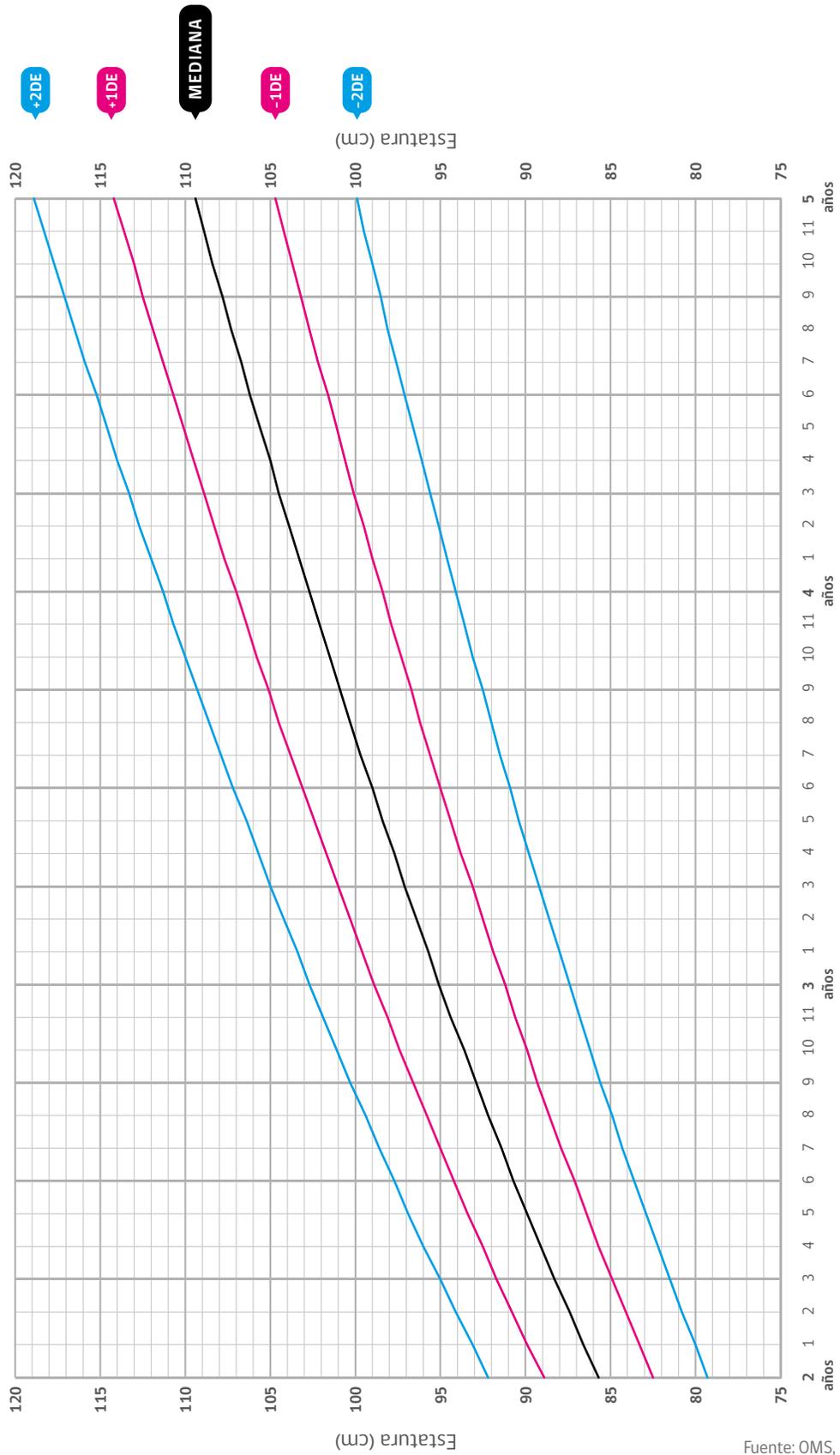
Fuente: OMS, 2006



Estatura por edad en niñas de 2 a 5 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Talla por edad (T/E)

2 años a 5 años



Fuente: OMS, 2006

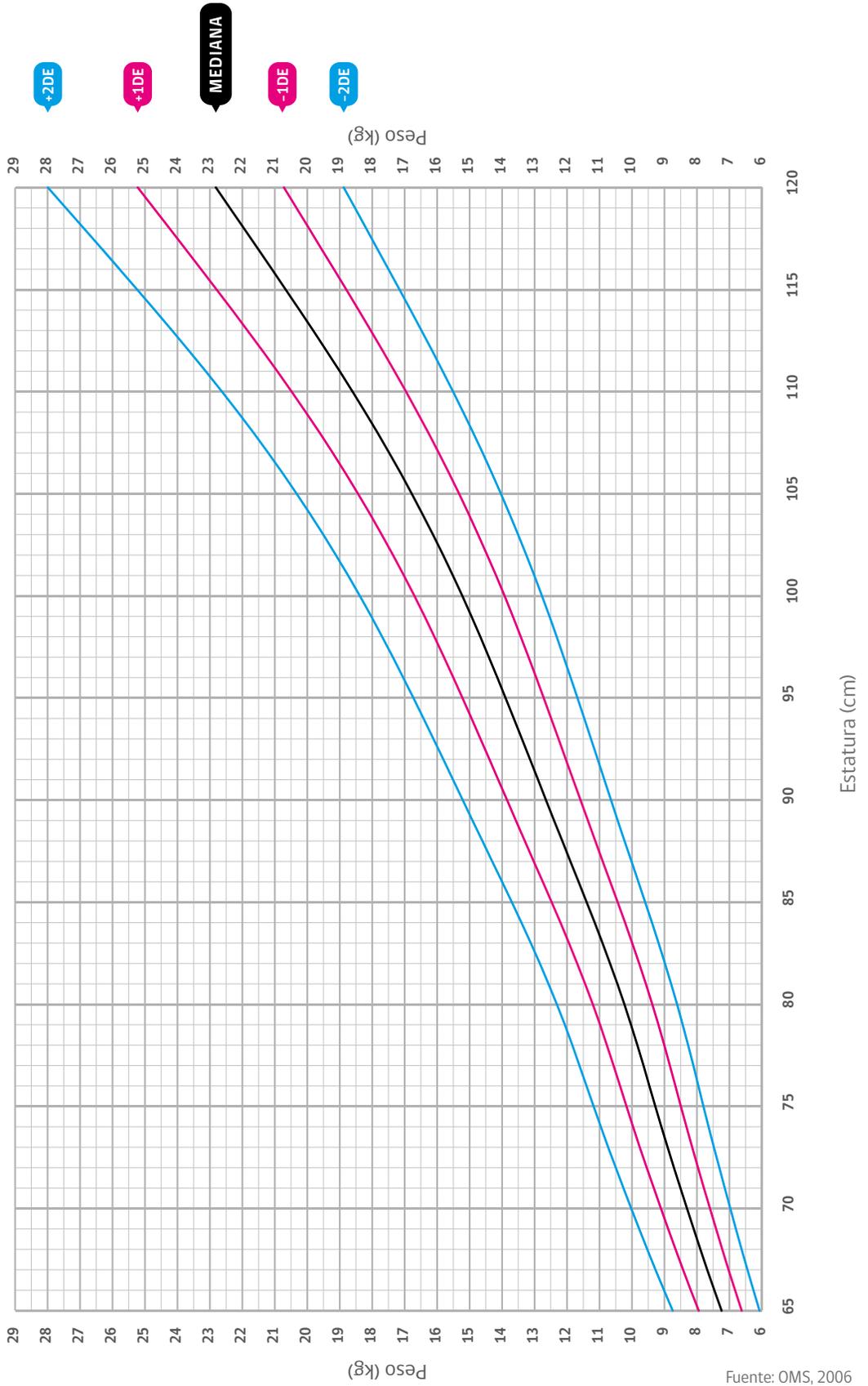


Peso por estatura en niñas de 2 años a 5 años de 65 a 120 cms

MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Peso por talla (P/T)

2 años a 5 años



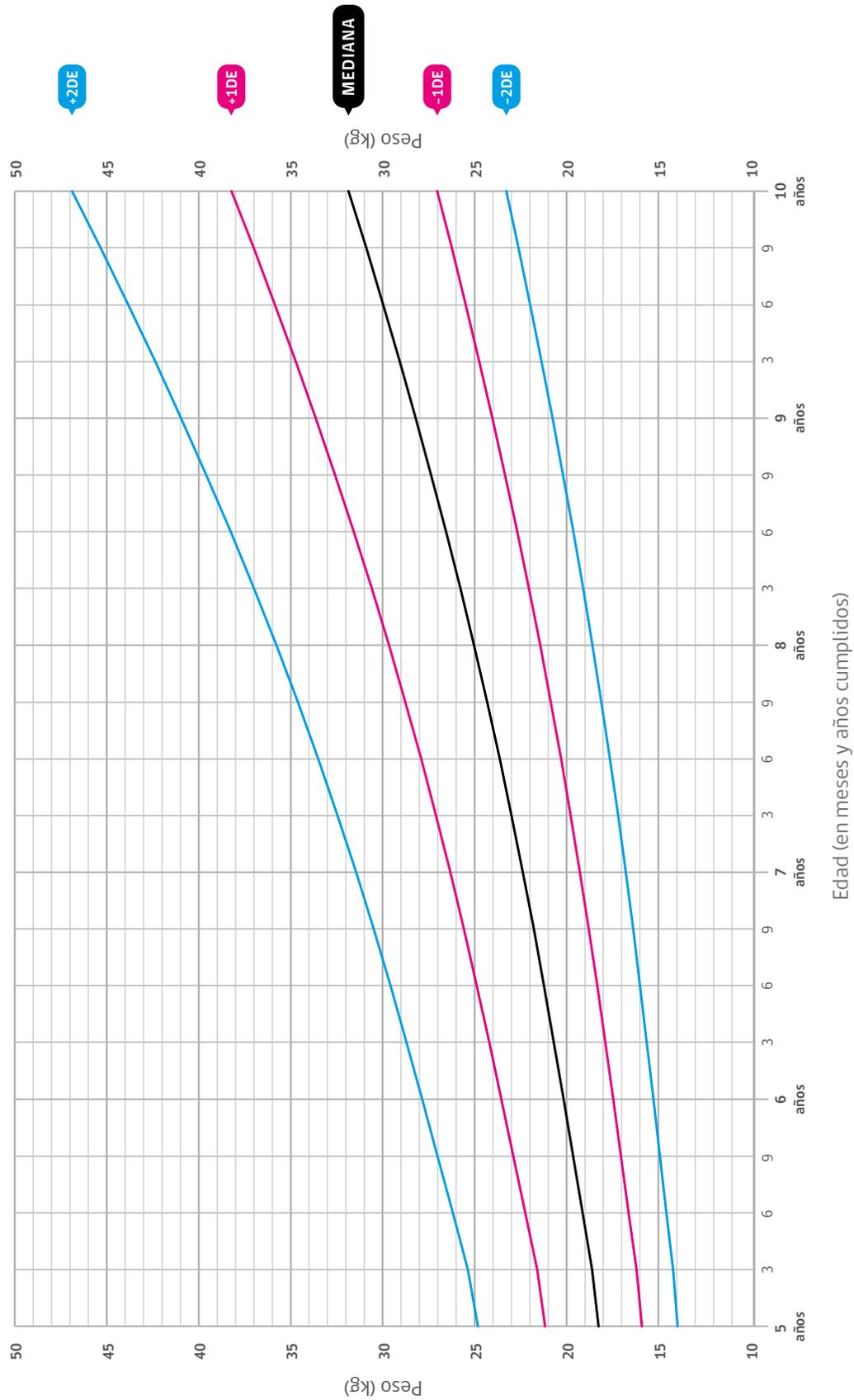
Fuente: OMS, 2006



Peso por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 10 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Peso por edad (P/E)

5 años 1 mes a 10 años



Fuente: OMS, 2007

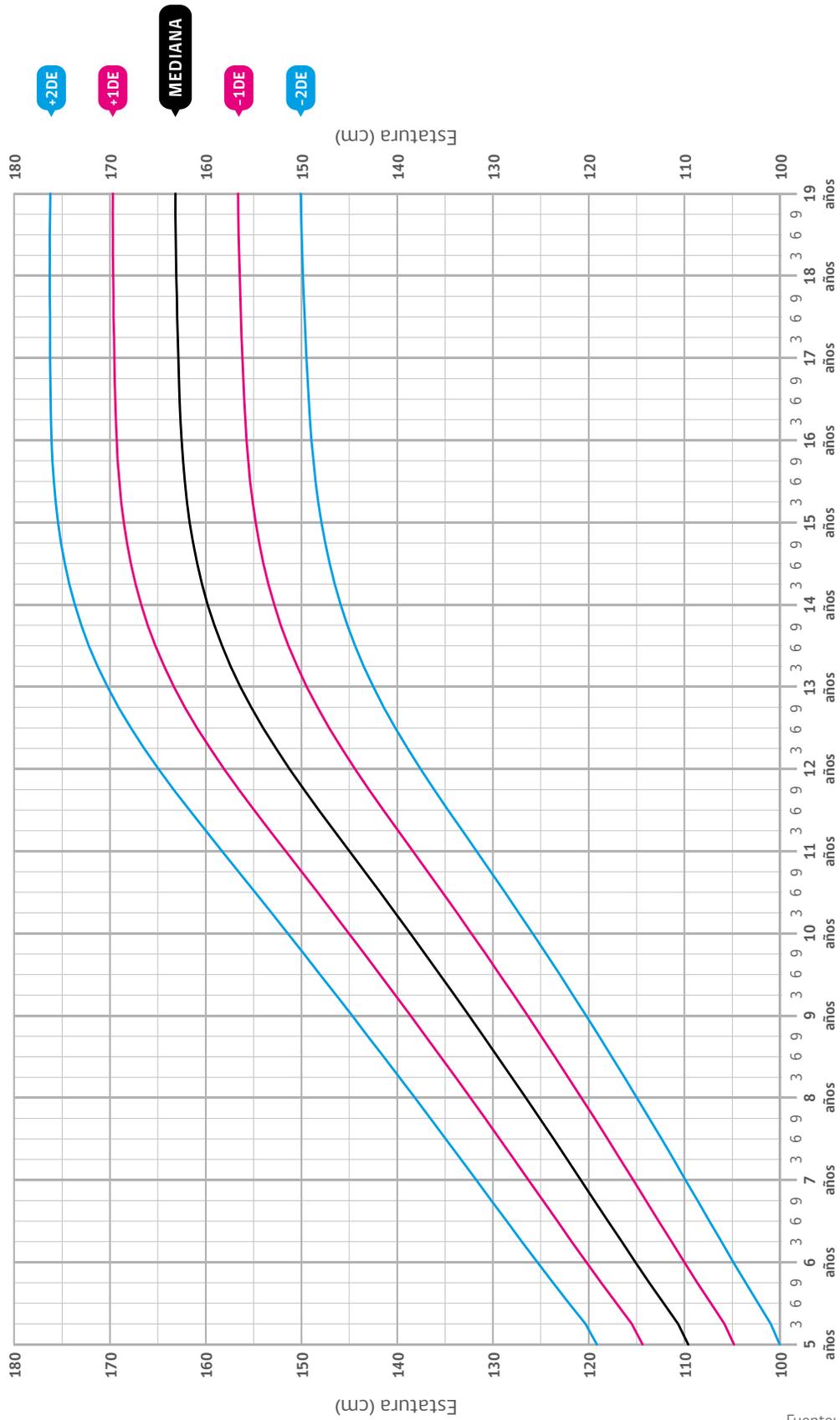


Estatura por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años

MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Talla por edad (T/E)

5 años 1 mes a 19 años



T0G:

Edad (en meses y años cumplidos)

Fuente: OMS, 2007

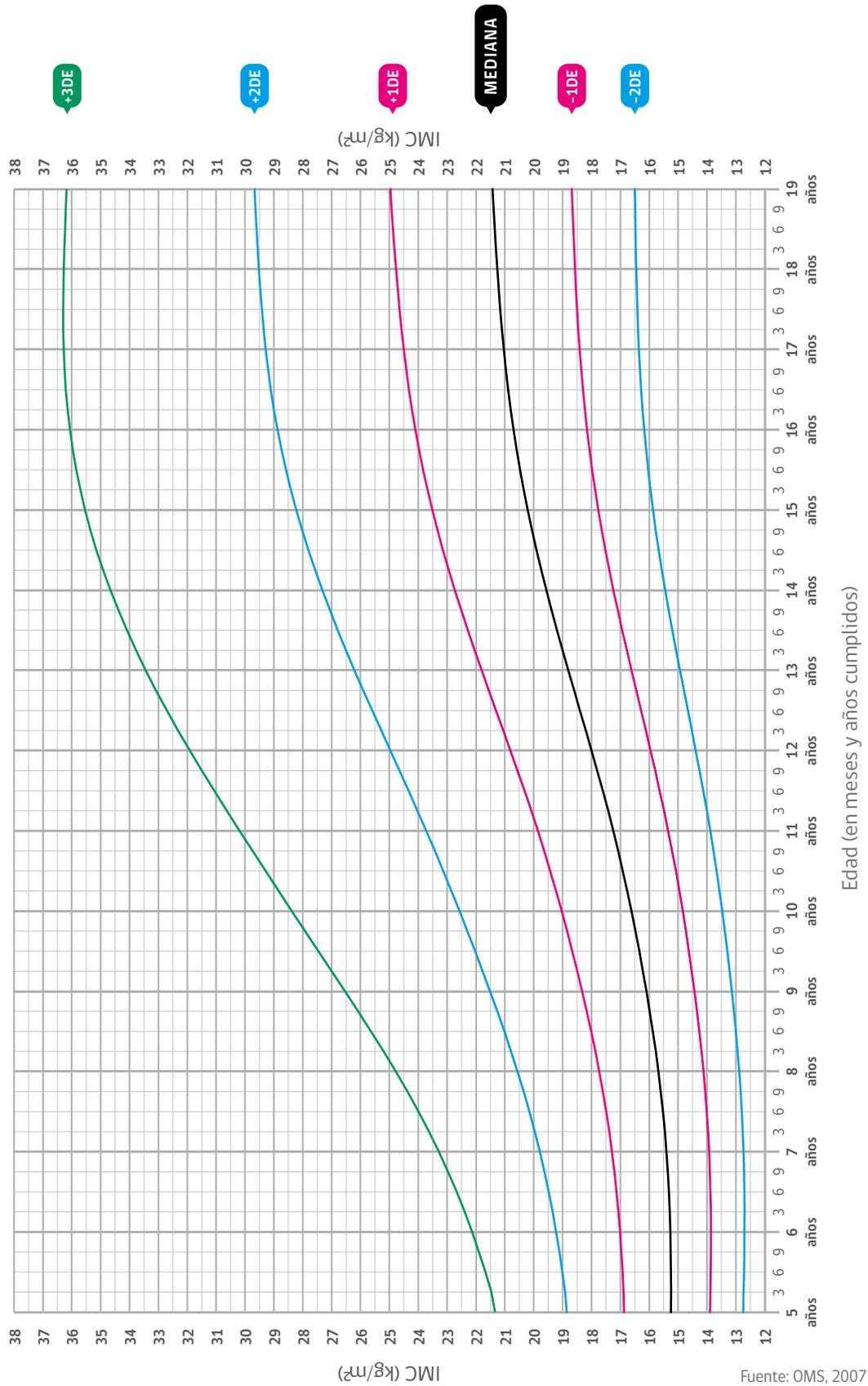


IMC por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años

MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

IMC por edad (IMC/E)

5 años 1 mes a 19 años



Fuente: OMS, 2007

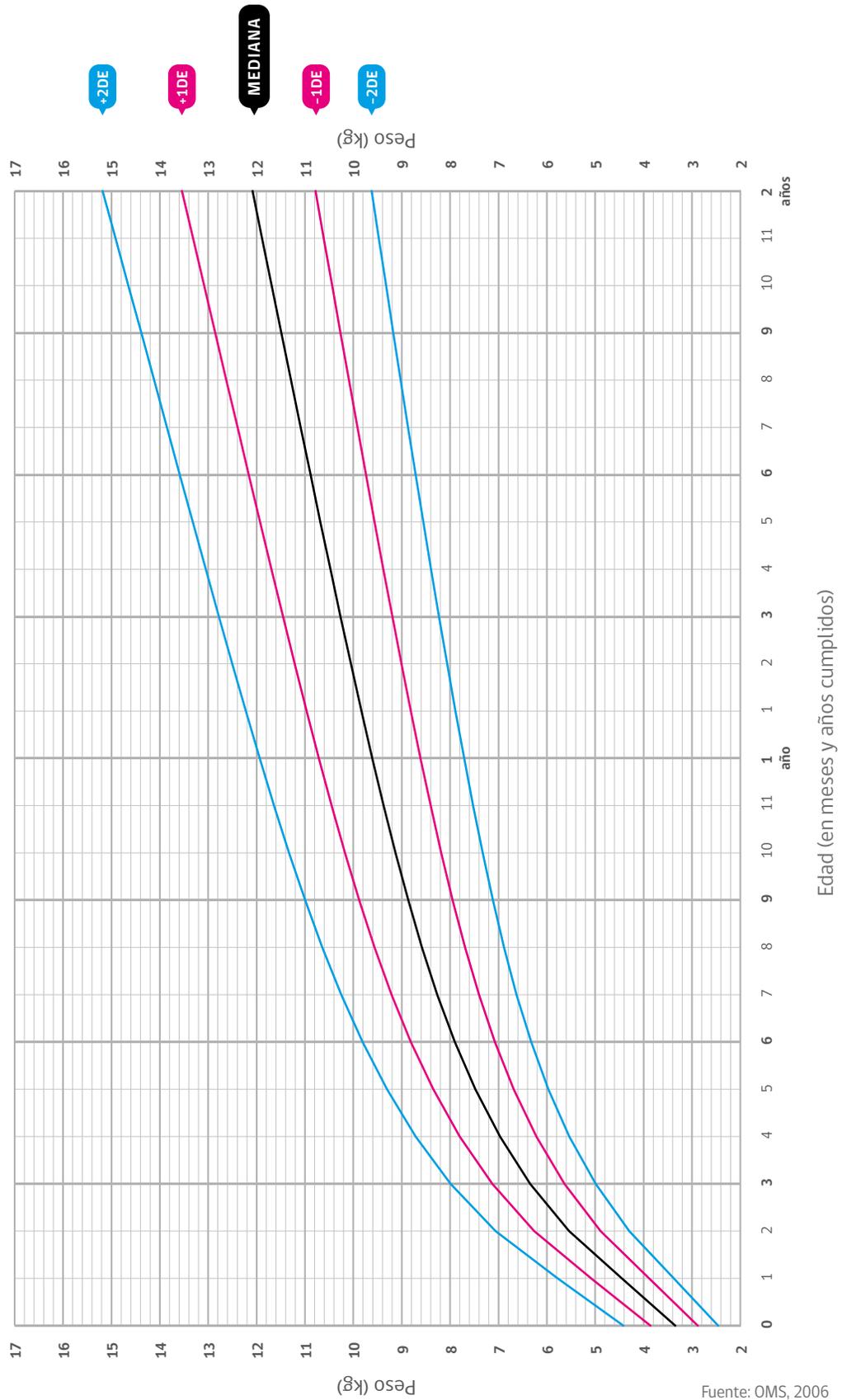
ANEXO 10. CURVAS DE CRECIMIENTO DE NIÑOS



Peso por edad en niños desde el nacimiento a los 2 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Peso por edad (P/E)

0 a 2 años



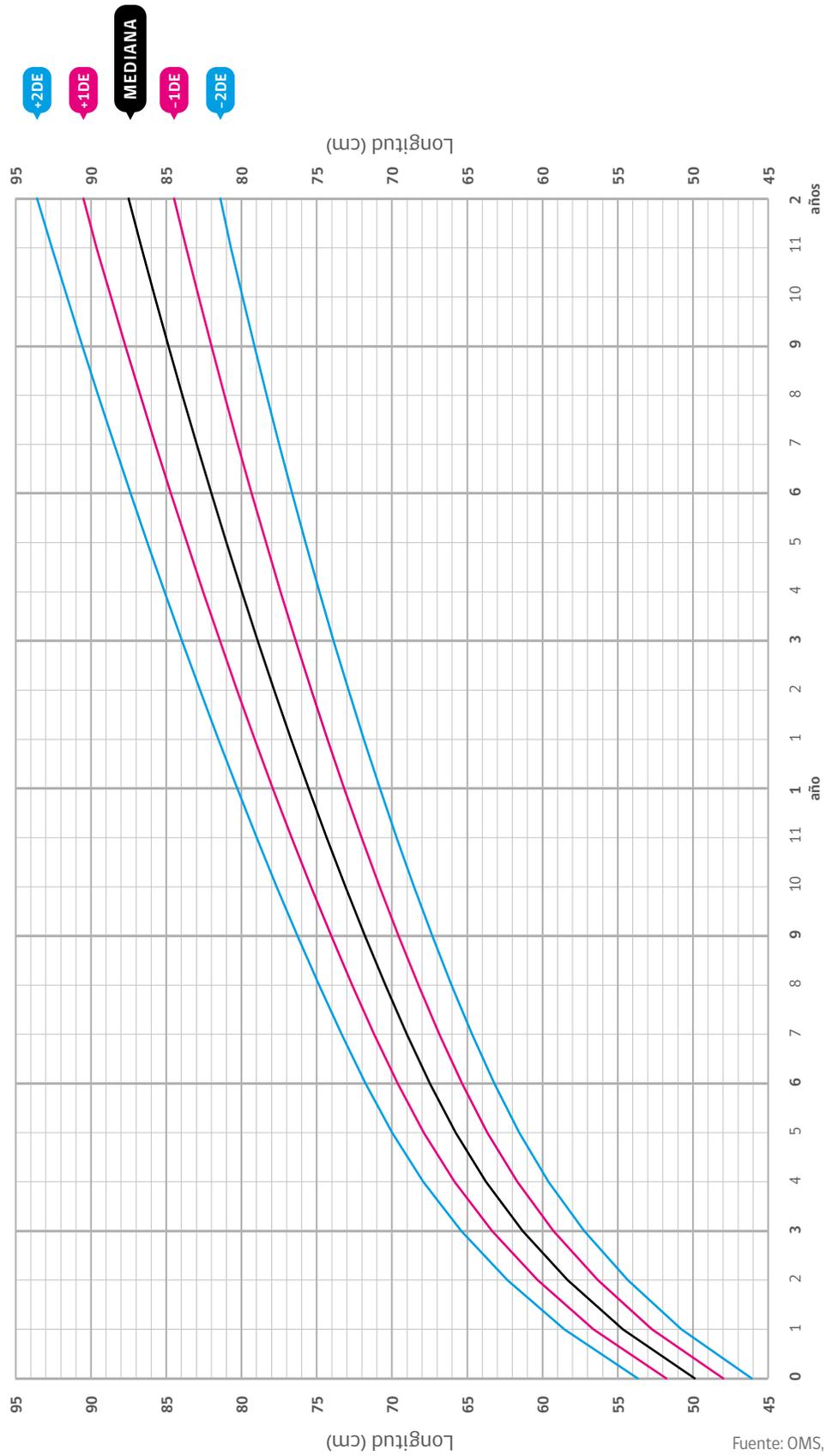
Curvas de Crecimiento Niños



Longitud por edad en niños desde el nacimiento a los 2 años MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Talla por edad (T/E)

0 a 2 años



Fuente: OMS, 2006

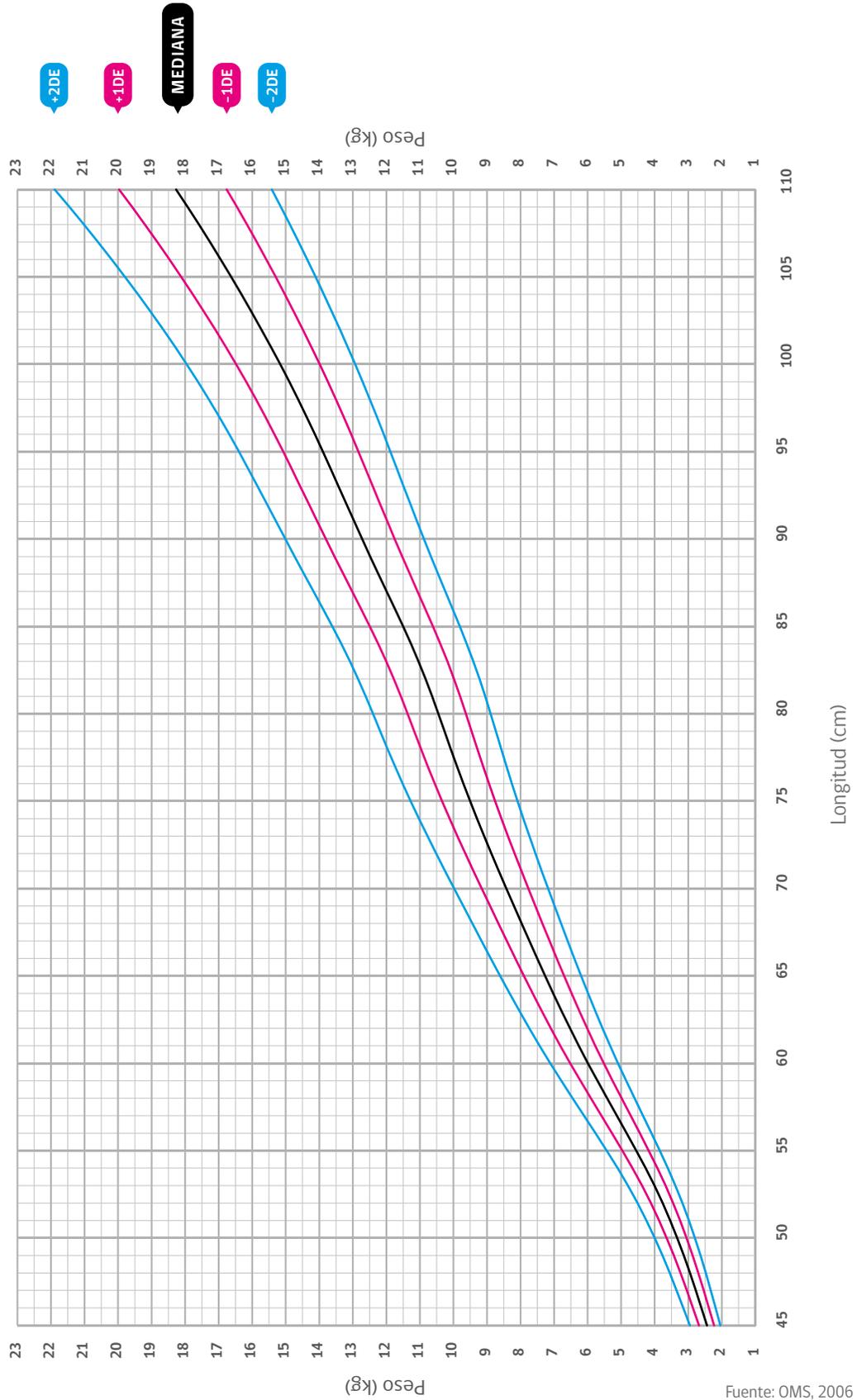


Peso por Longitud en niños desde el nacimiento a 2 años,
de 45 cm a 110 cm

Peso por talla (P/T)

0 a 2 años

MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR



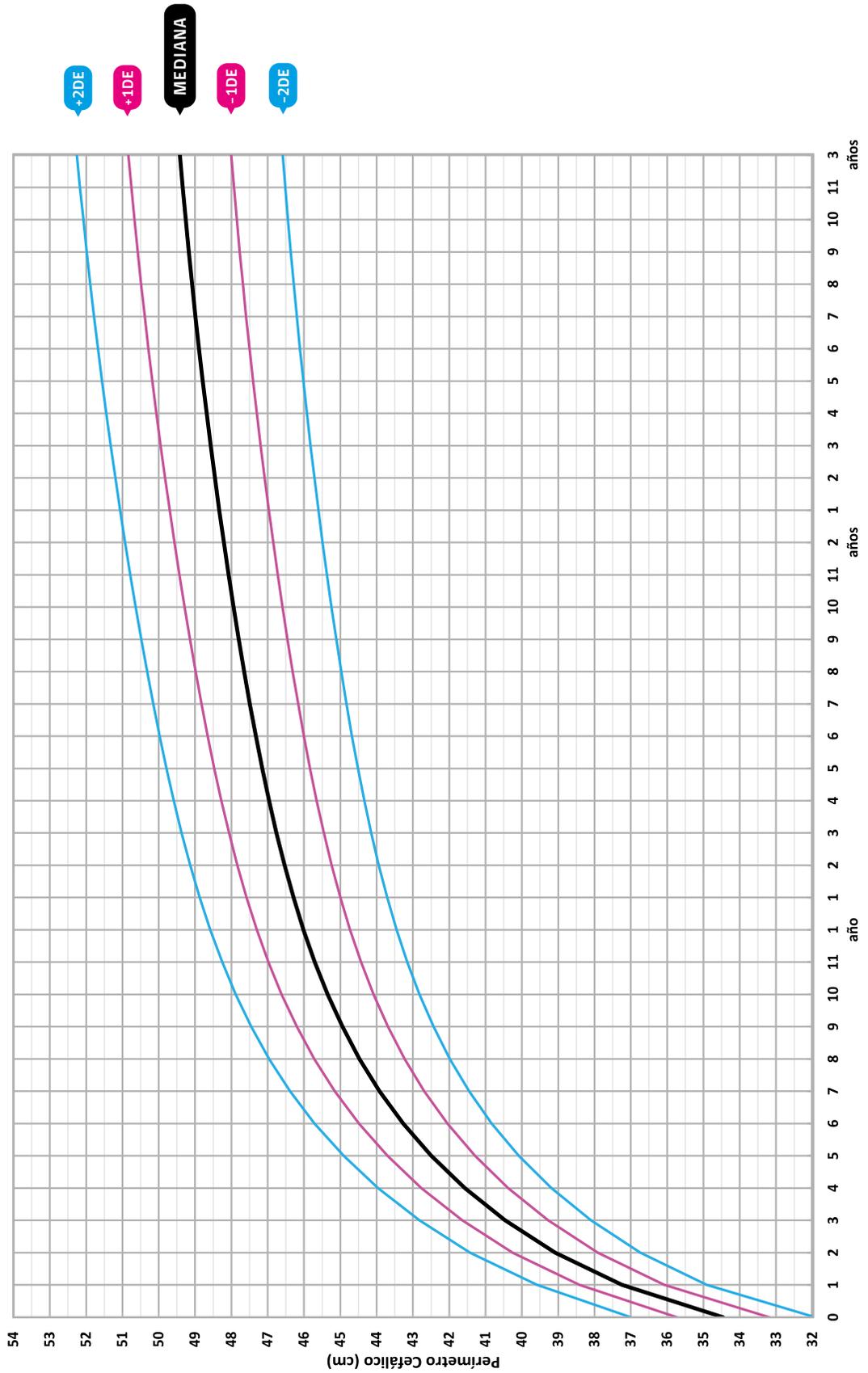
Fuente: OMS, 2006



Perímetro cefálico por edad en niños desde el nacimiento a los 3 años MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Perímetro cefálico por edad (PCe/E)

0 a 3 años



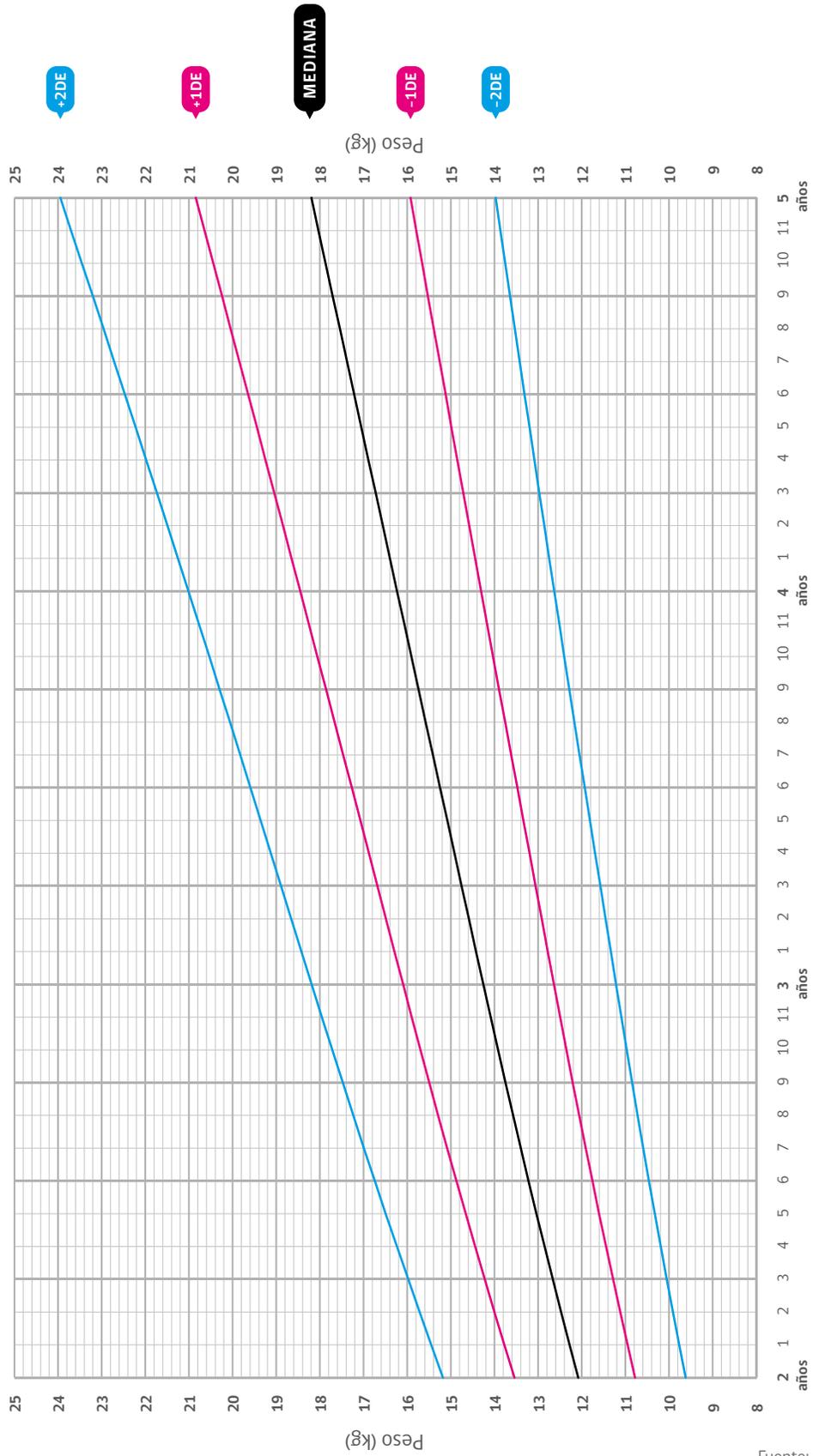
Fuente: OMS, 2006



Peso por edad en niños de 2 años a 5 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Peso por edad (P/E)

2 años a 5 años



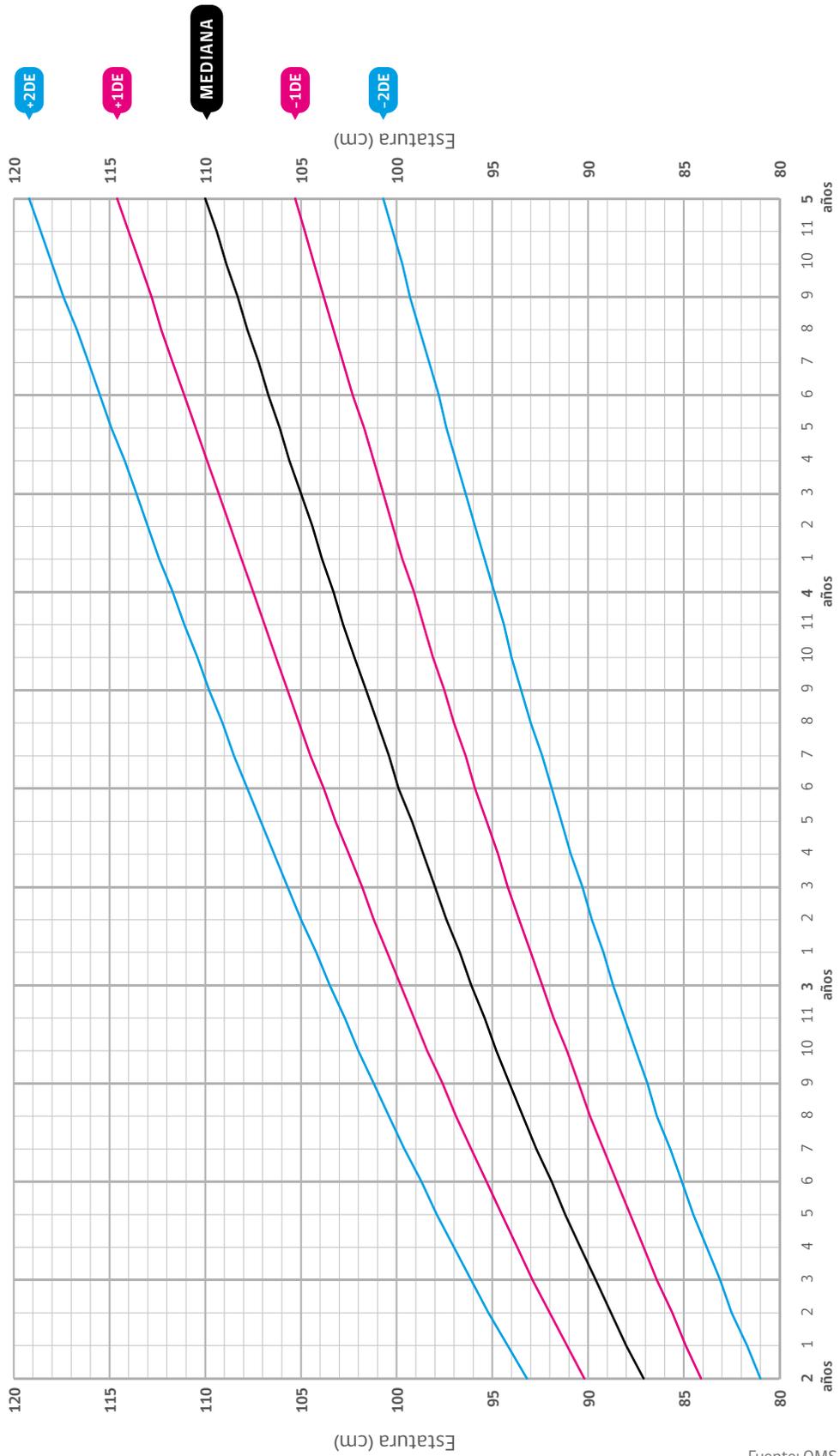
Fuente: OMS, 2006



Estatura por edad en niños de 2 a 5 años MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Talla por edad (T/E)

2 años a 5 años



Fuente: OMS, 2006

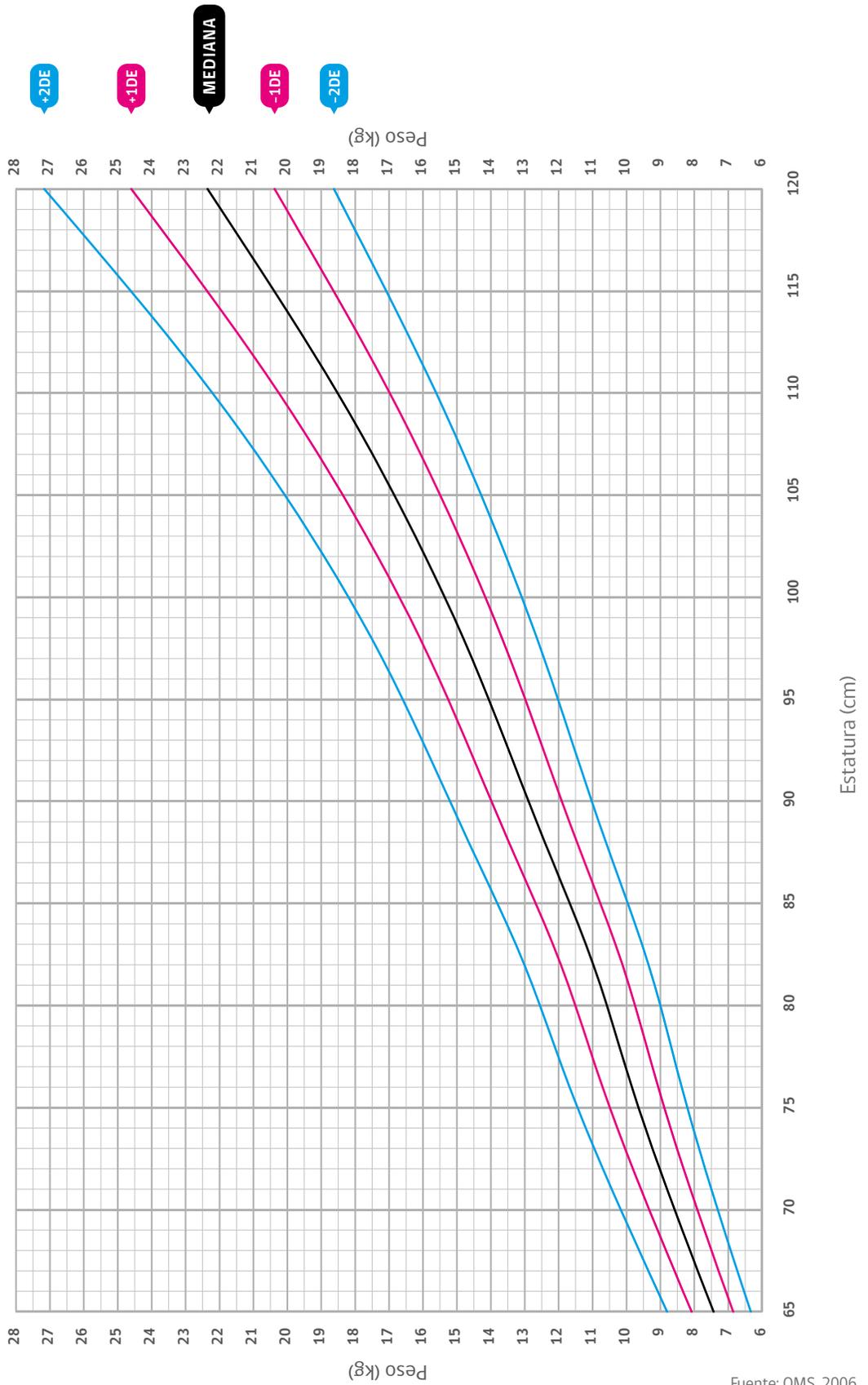


Peso por estatura en niños de 2 años a 5 años,
de 65 cm a 120 cm

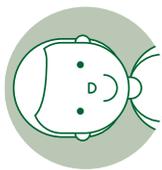
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Peso por talla (P/T)

2 años a 5 años



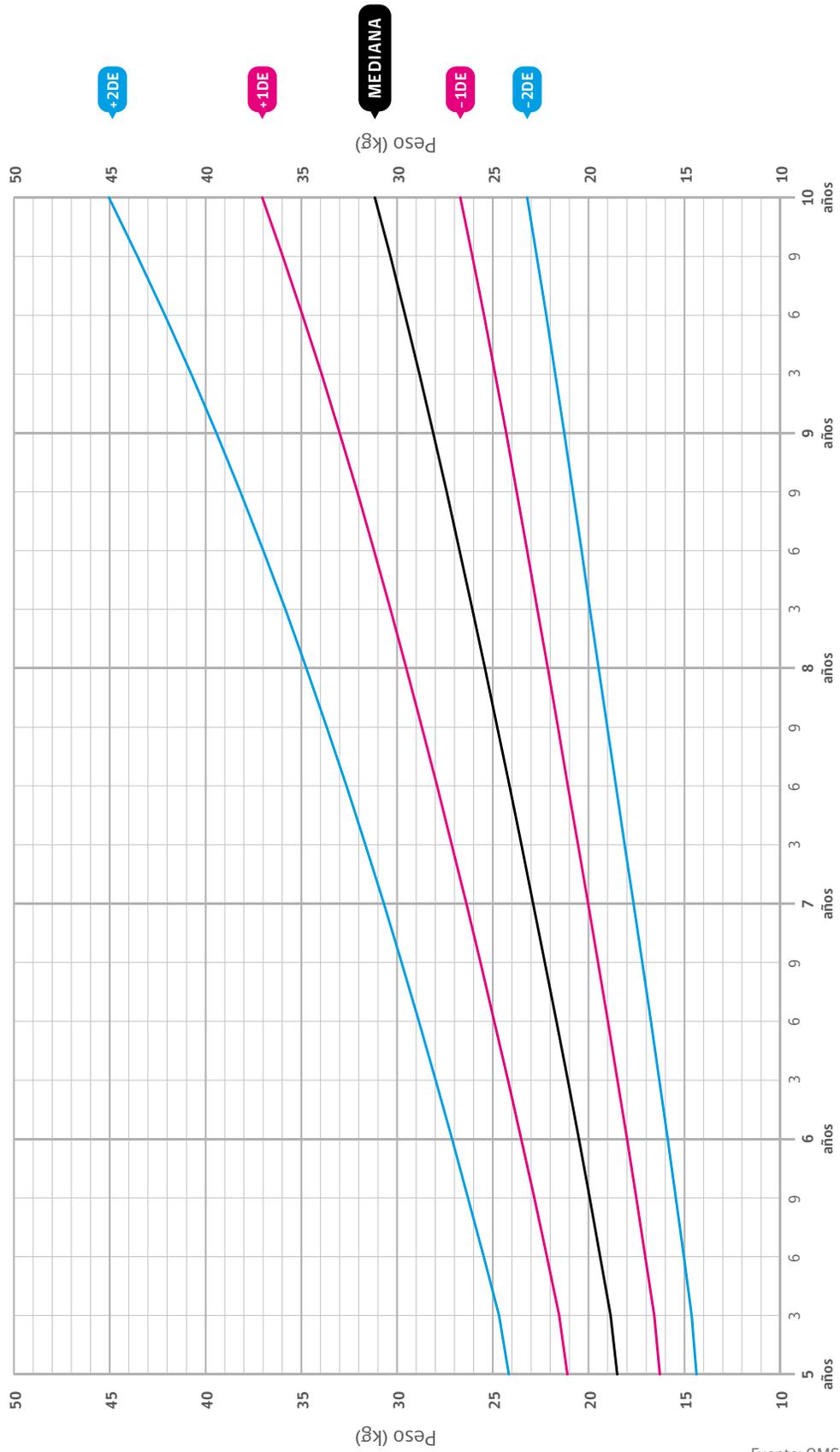
Fuente: OMS, 2006



**Peso por edad en niños y adolescentes,
de 5 años 1 mes a 10 años**
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

Peso por edad (P/E)

5 años 1 mes a 10 años



Edad (en meses y años cumplidos)

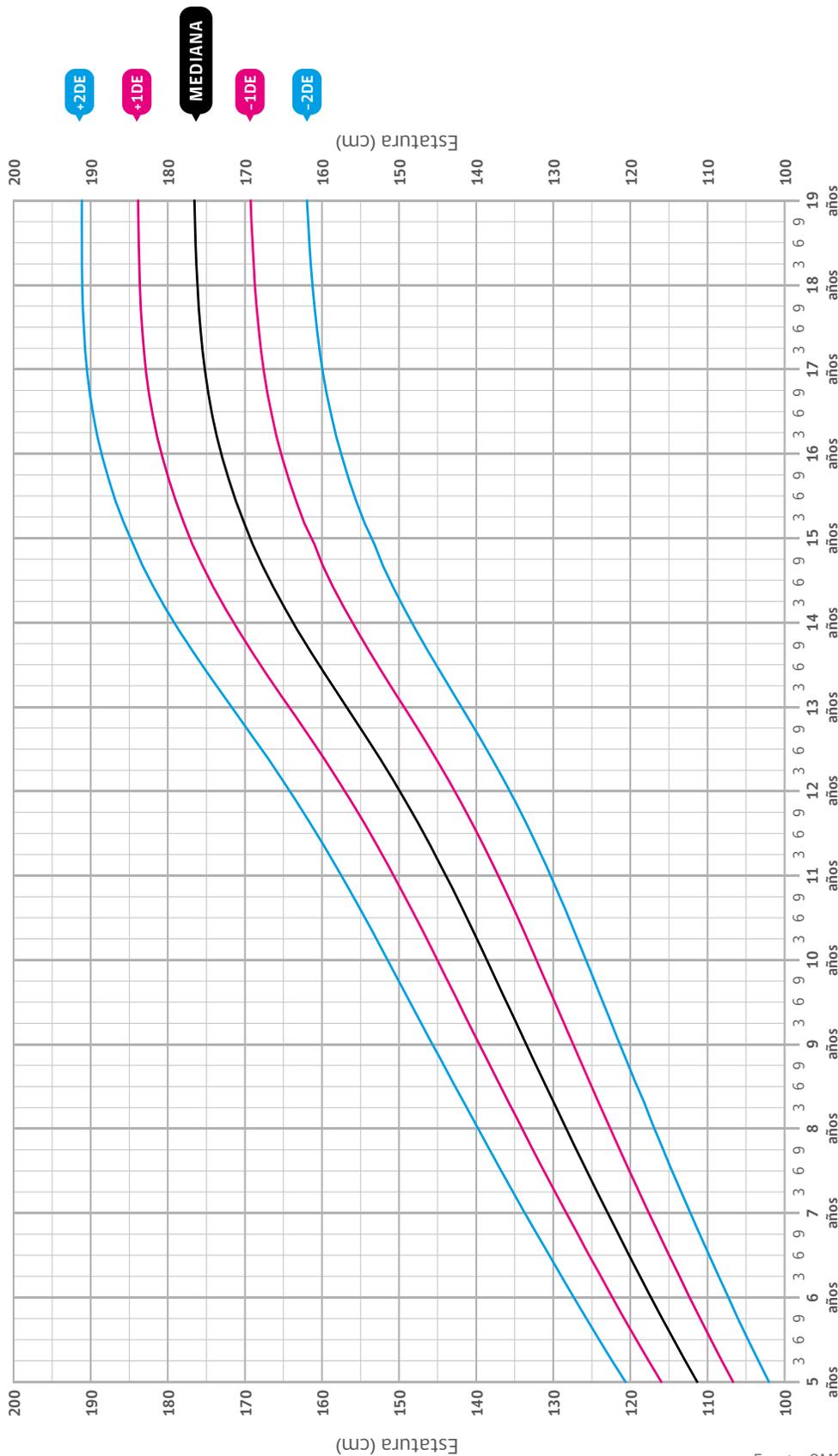
Fuente: OMS, 2007



**Estatura por edad en niños y adolescentes,
de 5 años 1 mes a 19 años
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR**

Talla por edad (T/E)

5 años 1 mes a 19 años



Edad (en meses y años cumplidos)

TOG:

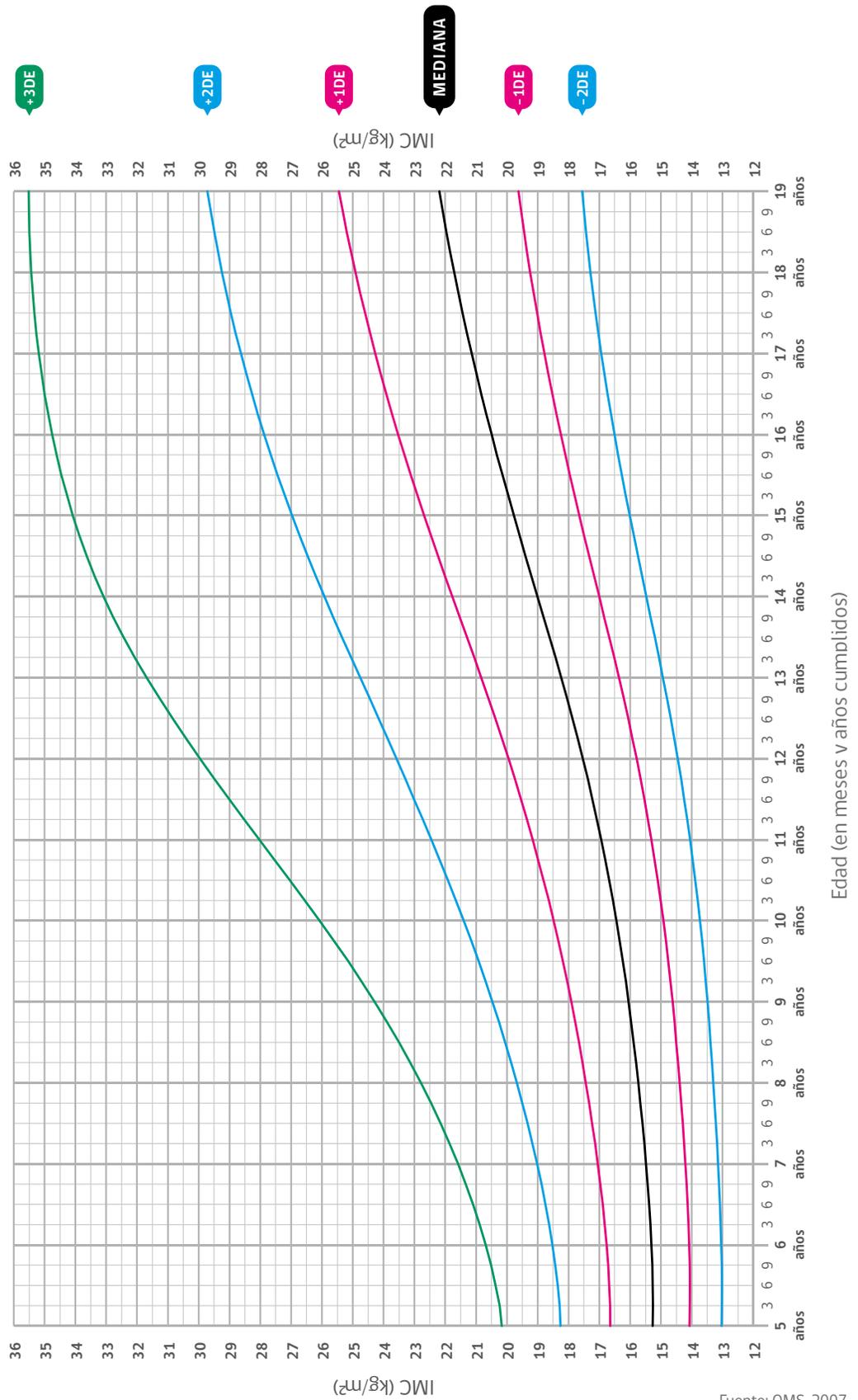
Fuente: OMS, 2007



**IMC por edad en niños y adolescentes,
de 5 años 1 mes a 19 años**
MEDIANA Y DESVIACIÓN ESTANDAR

IMC por edad (IMC/E)

5 años 1 mes a 19 años



Fuente: OMS, 2007

ANEXO 11. TABLAS DE EVALUACIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL



Distribución percentilar de los valores estimados del perímetro de cintura por edad (PC/E) niñas y adolescentes de 5 a 19 años

Perímetro de cintura por edad (PC/E)

5 años a 19 años

Edad (Años)	Percentiles para niñas y adolescentes				
	p10	p25	p50	p75	p90
5	48.5	50.1	53.0	56.7	61.4
6	50.1	51.8	55.0	59.1	64.1
7	51.6	53.5	56.9	61.5	67.5
8	53.2	55.2	58.9	63.9	70.5
9	54.8	56.9	60.8	66.3	73.6
10	56.3	58.6	62.8	58.7	76.6
11	57.9	60.3	64.8	71.1	79.7
12	59.5	62.0	66.7	73.5	82.7
13	61.0	63.7	68.7	75.9	85.9
14	62.6	65.4	70.6	78.3	88.8
15	64.2	67.1	72.6	80.7	91.9
16	65.7	68.8	74.6	83.1	94.9
17	67.3	70.5	76.5	85.5	98.0
18	68.9	72.2	78.5	87.9	101.0

Fuente: Fernández J. et Al. J. Pediatr 2004: 14439-44



Distribución percentilar de los valores estimados del perímetro de cintura por edad (PC/E) niños y adolescentes de 5 a 19 años

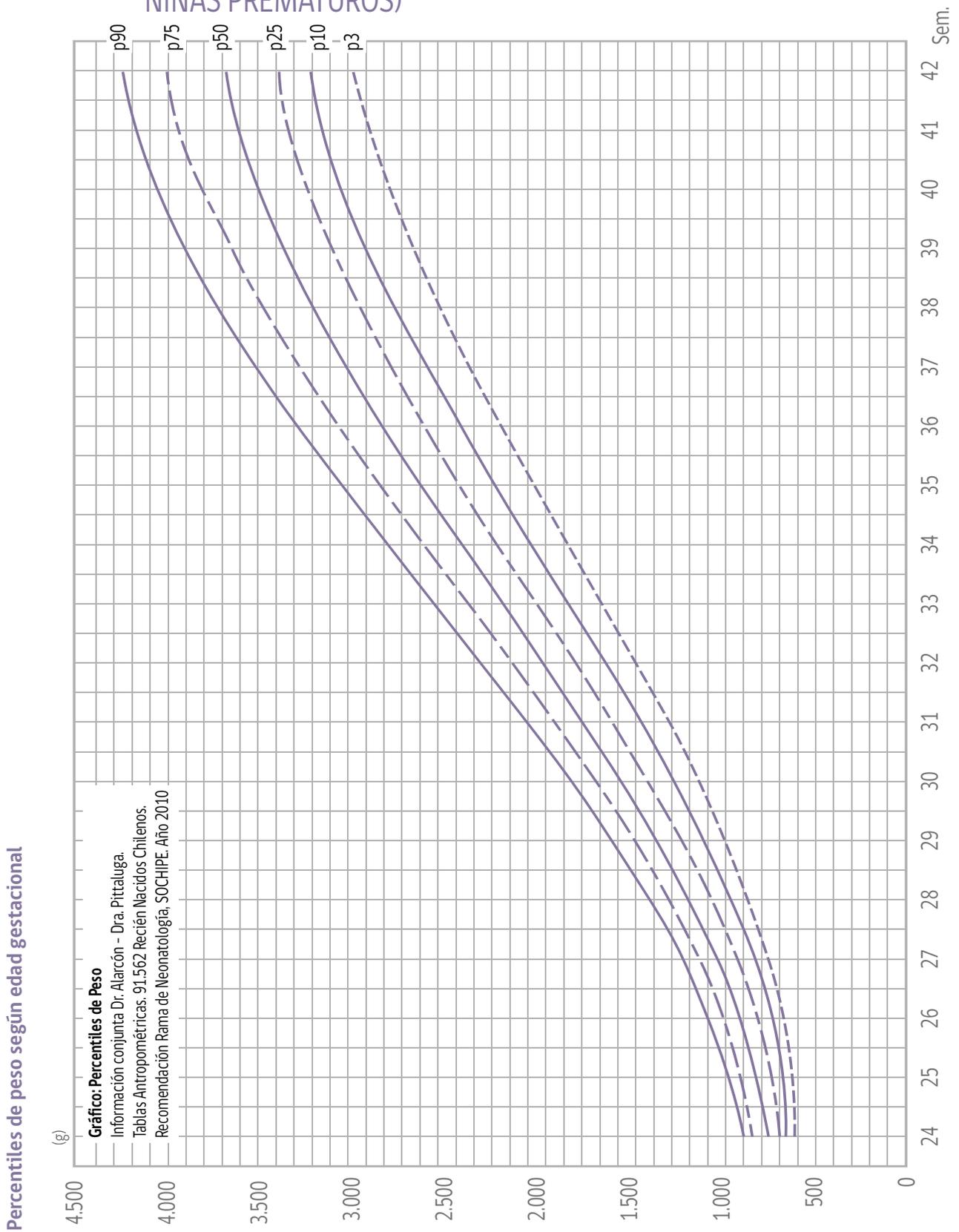
Perímetro de cintura por edad (PC/E)

5 años a 19 años

Edad (Años)	Percentiles para niñas y adolescentes				
	p10	p25	p50	p75	p90
5	48.5	50.6	53.2	56.4	61.0
6	50.1	52.4	55.0	59.0	64.4
7	51.8	54.3	55.2	61.5	67.8
8	53.5	56.1	57.2	64.1	71.2
9	55.3	58.0	59.3	66.6	74.6
10	57.0	59.8	63.3	69.2	78.0
11	58.7	61.7	65.4	71.7	81.4
12	60.5	63.5	67.4	74.3	84.4
13	62.2	65.4	69.5	76.8	82.2
14	63.9	67.2	71.5	79.4	91.6
15	65.6	69.1	73.5	81.9	95.0
16	65.6	70.9	75.6	84.5	98.4
17	69.1	72.8	77.6	87.0	101.8
18	70.8	74.6	79.6	89.6	105.2

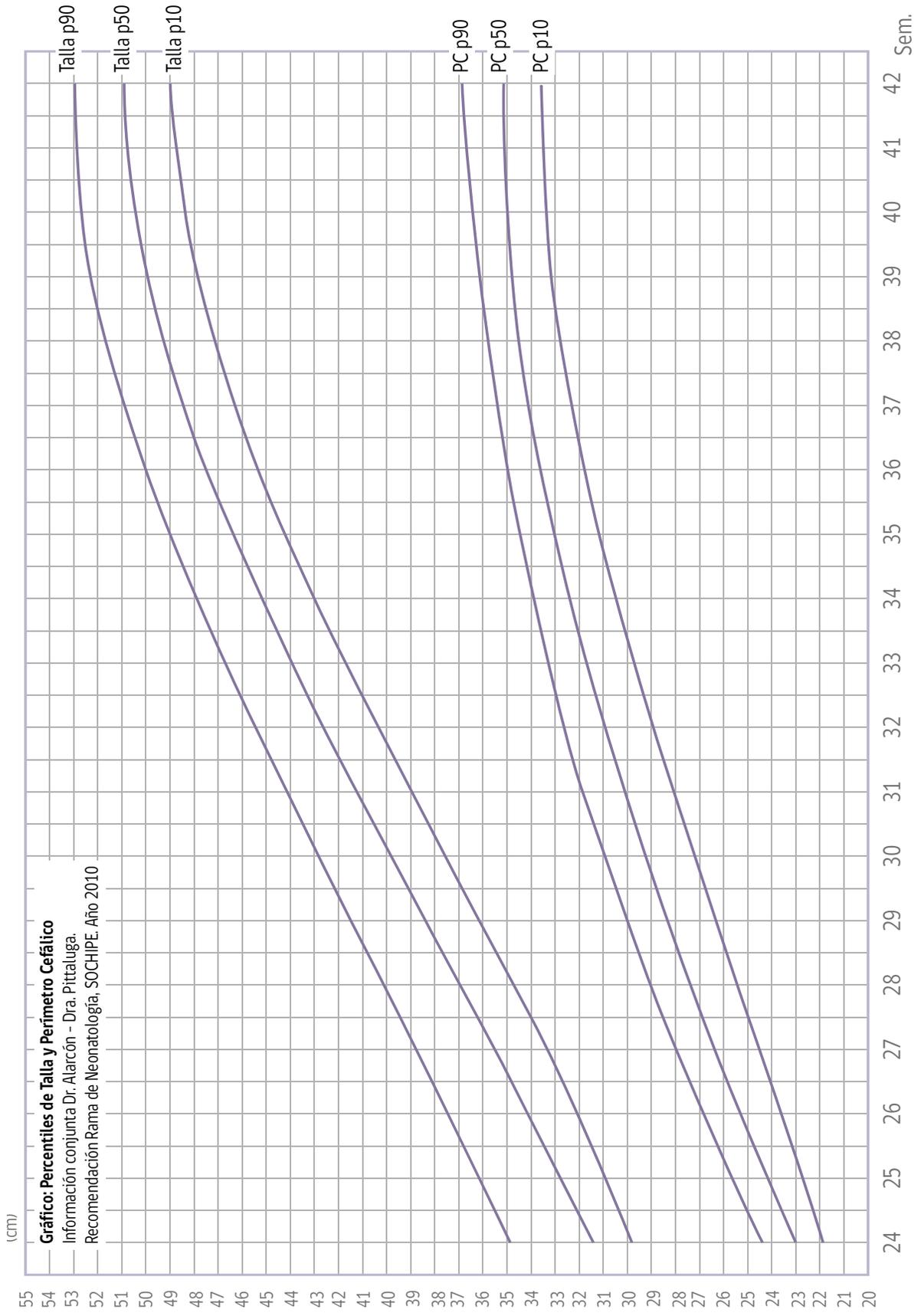
Fuente: Fernández J. et Al. J. Pediatr 2004: 14439-44

ANEXO 12. CURVAS DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO NACIONALES (NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS)



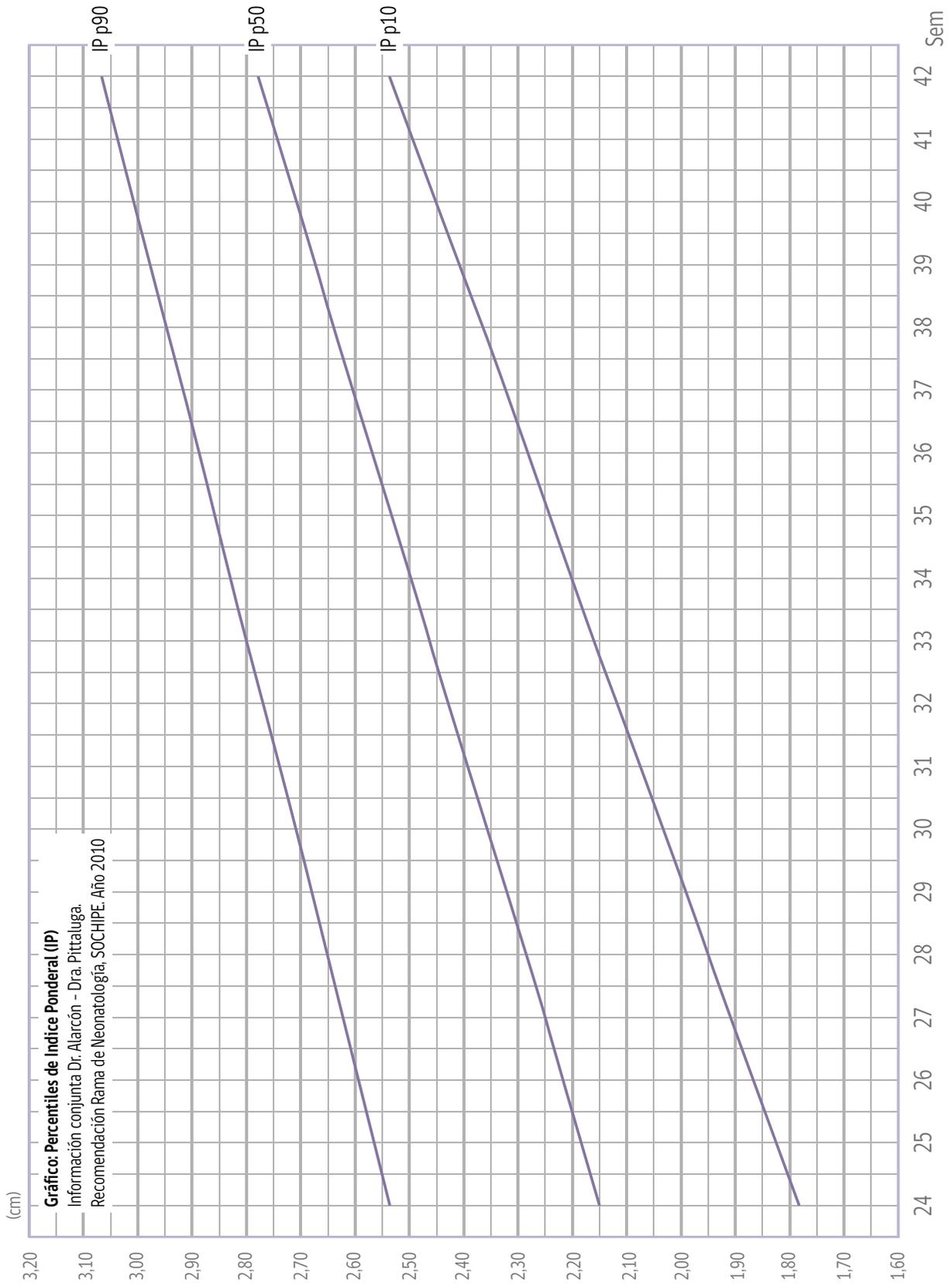
Fuente: Rama de Neonatología SOCHIPE, «Recomendación sobre Curvas de Crecimiento Intrauterino» Sin Data.
[En línea]. Available: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n3/art11.pdf>.

Percentiles de talla y perímetro craneano según edad gestacional



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>.

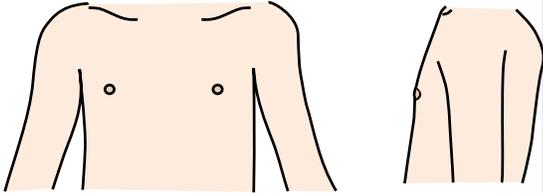
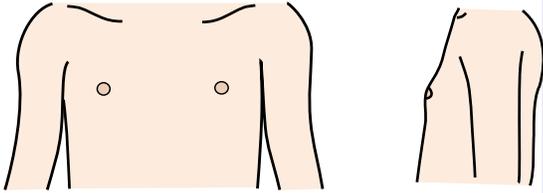
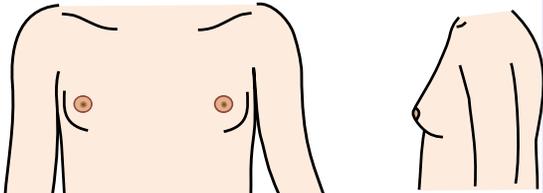
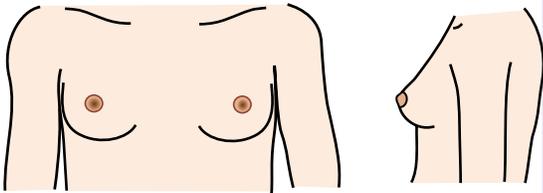
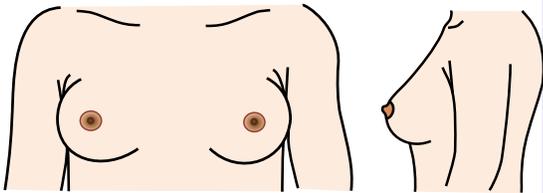
Percentiles de índice ponderal según edad gestacional



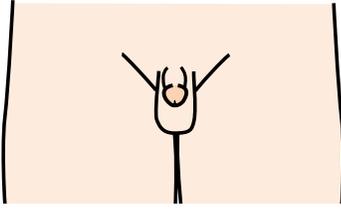
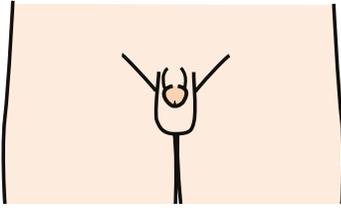
Fuente: Rama de Neonatología SOCHIPE, «Recomendación sobre Curvas de Crecimiento Intrauterino» Sin Data.
 [En línea]. Available: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n3/art11.pdf>.

ANEXO 13. ESTADIOS DE TANNER

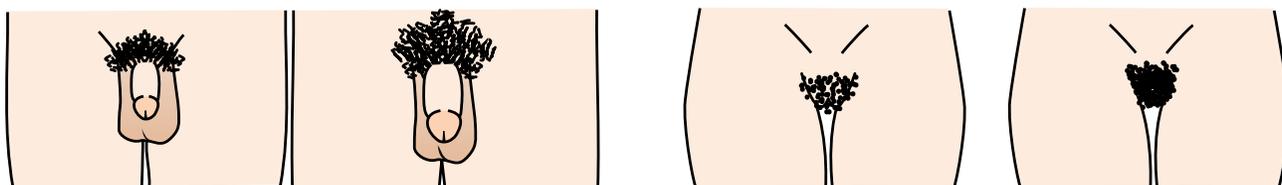
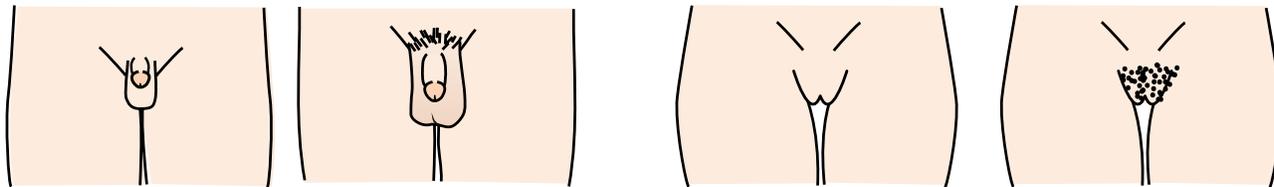
ESTADIOS DE TANNER: DESARROLLO MAMARIO EN SEXO FEMENINO E INTERPRETACIÓN DE LA EDAD BIOLÓGICA

ESTADIOS DE TANNER	DESARROLLO MAMARIO EN LA MUJER DURANTE LA PUBERTAD, SEGÚN ESTADIOS DE TANNER	EDAD BIOLÓGICA	
Estadio I		<p>Prepuberal, no hay tejido palpable, sólo el pezón protruye, la aréola no está pigmentada</p>	<p>< 10 años 6 meses</p>
Estadio II		<p>Se palpa tejido mamario bajo la aréola sin sobrepasar ésta. Aréola y pezón protuyen juntos, con aumento del diámetro de la aréola. Es la etapa de la aparición del botón mamario.</p>	<p>10 años 6 meses</p>
Estadio III		<p>Se caracteriza por crecimiento de la mama, con pigmentación de la aréola y se visualiza que la mama y la aréola tienen un solo contorno.</p>	<p>11 años</p>
Estadio IV		<p>Existe mayor aumento de la mama, con la aréola más pigmentada y solevantada, por lo que se observa un doble contorno (aréola y mama).</p>	<p>12 años, si no hay menarquia</p>
Estadio V		<p>La mama es de tipo adulto, en el cual el pezón protuye y la aréola se retare y tiene el mismo contorno que la mama.</p>	<p>12 años y 8 meses</p>

ESTADIOS DE TANNER: DESARROLLO GENITALES EN SEXO MASCULINO E INTERPRETACIÓN DE LA EDAD BIOLÓGICA

ESTADIOS DE TANNER	DESARROLLO GENITAL EN EL HOMBRE DURANTE LA PUBERTAD, SEGÚN ESTADIOS DE TANNER	EDAD BIOLÓGICA	
Estadio I		<p>Los testículos tienen un volumen menor a 4 cc. escroto y pene tienen características infantiles.</p>	<p>< 12 años</p>
Estadio II		<p>El pene no se modifica mientras los testículos aumentan ligeramente de tamaño alcanzando un volumen testicular de 4 a 8 cc., la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura haciéndose más laxa.</p>	<p>12 años</p>
Estadio III		<p>Se inicia el crecimiento del pene en longitud, los testículos tienen un volumen entre 6 y 12 cc. y el escroto está más laxo.</p>	<p>12 años, 6 meses</p>
Estadio IV		<p>Hay mayor crecimiento del pene, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos están entre 15 y 20 cc. y el escroto está más desarrollado y pigmentado.</p>	<p>13 años, 6 meses</p>
Estadio V		<p>Los genitales tienen forma y tamaño semejante a los de un adulto. Volumen testicular promedio de 25 cc.</p>	<p>14 años, 6 meses</p>

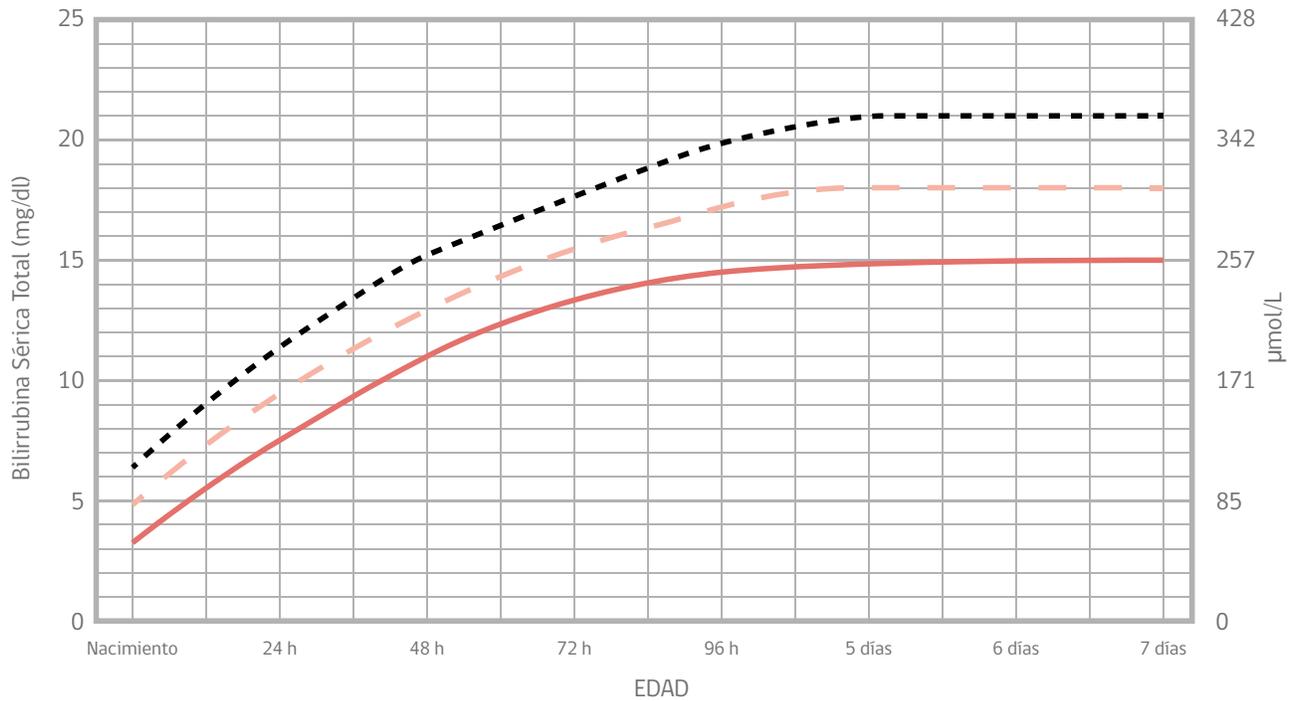
ESTADIOS DE TANNER: DESARROLLO DEL VELLO PÚBICO PARA SEXO MASCULINO Y FEMENINO



<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/03/2018.03.16-Patrones-de-crecimiento-para-la-evaluaci%C3%B3n-nutricional-de-ni%C3%B1os-y-adolescentes-2018.pdf>

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

ANEXO 14. CURVAS PARA INDICACIÓN DE FOTOTERAPIA EVALUACIÓN DE HIPERBILIRRUBINEMIA EN RN ≥ 35 SEMANAS DE GESTACIÓN



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 isoimmune, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, asfisia, letargo significativo, inestabilidad de la temperatura, septicemia, acidosis, y albúmina $<3,0$ g / dl (si se mide).

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.

PROGRESIÓN CÉFALO CAUDAL DE ICTERICIA, CORRELACIÓN APROXIMADA CON LAS CIFRAS DE LABORATORIO

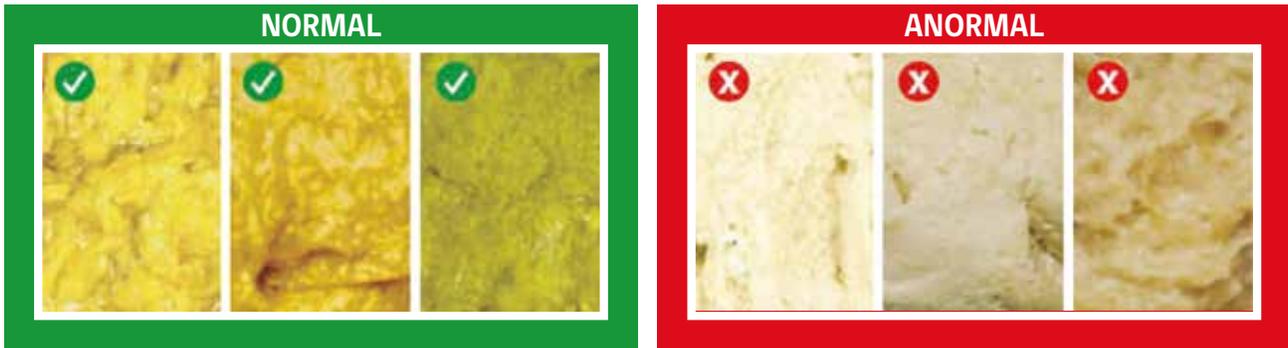
Zona 1	4 - 7 mg/dL
Zona 2	5 - 8,5 mg/dL
Zona 3	6 - 11,5 mg/dL
Zona 4	9 - 17 mg/dL
Zona 5	>15 mg/dL



*Recordar que la evaluación clínica de la ictericia tiene mucha variabilidad, incluso en profesionales con experiencia, por lo que ante dudas y factores de riesgo se debe derivar para toma de exámenes de bilirrubina total y directa.

ANEXO 15. ATRESIA BILIAR

CARTILLA DE COLORES DE DEPOSICIONES PARA DIAGNOSTICO PRECOZ DE ATRESIA BILIAR



- La Atresia biliar es una enfermedad del hígado que se presenta el primer mes de vida.
- Es la principal causa de Transplante Hepático Pediátrico en el mundo.
- La cirugía precoz puede curarla.
- Si su hijo o hija sigue amarillo, mire el color de las deposiciones y compare con la cartilla.
- Si son anormales consulte en Servicio de Urgencia Infantil.





ANEXO 16. PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑAS

VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
PARA NIÑAS DE ACUERDO A PERCENTIL DE EDAD Y TALLA

EDAD (AÑOS)	PERCENTIL DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)						
		PERCENTIL DE TALLA						
		5	10	25	50	75	90	95
1	Talla en cm:	75.4	76.6	78.6	80.8	83	84.9	86.1
	Percentil 50	84	85	86	86	87	88	88
	Percentil 90	98	99	99	100	101	102	102
	Percentil 95	101	102	102	103	104	105	105
	Percentil 95 + 12 mmHg	113	114	114	115	116	117	117
2	Talla en cm:	84.9	86.3	88.6	91.1	93.7	96	97.4
	Percentil 50	87	87	88	89	90	91	91
	Percentil 90	101	101	102	103	104	105	106
	Percentil 95	104	105	106	106	107	108	109
	Percentil 95 + 12 mmHg	116	117	118	118	119	120	121
3	Talla en cm:	91	92.4	94.9	97.6	100.5	103.1	104.6
	Percentil 50	88	89	89	90	91	92	93
	Percentil 90	102	103	104	104	105	106	107
	Percentil 95	106	106	107	108	109	110	110
	Percentil 95 + 12 mmHg	118	118	119	120	121	122	122
4	Talla en cm:	97.2	98.8	101.4	104.5	107.6	110.5	112.2
	Percentil 50	89	90	91	92	93	94	94
	Percentil 90	103	104	105	106	107	108	108
	Percentil 95	107	108	109	109	110	111	112
	Percentil 95 + 12 mmHg	119	120	121	121	122	123	124
5	Talla en cm:	103.6	105.3	108.2	111.5	114.9	118.1	120
	Percentil 50	90	91	92	93	94	95	96
	Percentil 90	104	105	106	107	108	109	110
	Percentil 95	108	109	109	110	111	112	113
	Percentil 95 + 12 mmHg	120	121	121	122	123	124	125
6	Talla en cm:	110	111.8	114.9	118.4	122.1	125.6	127.7
	Percentil 50	92	92	93	94	96	97	97
	Percentil 90	105	106	107	108	109	110	111
	Percentil 95	109	109	110	111	112	113	114
	Percentil 95 + 12 mmHg	121	121	122	123	124	125	126

EDAD (AÑOS)	PERCENTIL DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)						
		PERCENTIL DE TALLA						
		5	10	25	50	75	90	95
7	Talla en cm:	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7
	Percentil 50	92	93	94	95	97	98	99
	Percentil 90	106	106	107	109	110	111	112
	Percentil 95	109	110	111	112	113	114	115
	Percentil 95 + 12 mmHg	121	122	123	124	125	126	127
8	Talla en cm:	121	123	126.5	130.6	134.7	138.5	140.9
	Percentil 50	93	94	95	97	98	99	100
	Percentil 90	107	107	108	110	111	112	113
	Percentil 95	110	111	112	113	115	116	117
	Percentil 95 + 12 mmHg	122	123	124	125	127	128	129
9	Talla en cm:	125.3	127.6	131.3	135.6	140.1	144.1	146.6
	Percentil 50	95	95	97	98	99	100	101
	Percentil 90	108	108	109	111	112	113	114
	Percentil 95	112	112	113	114	116	117	118
	Percentil 95 + 12 mmHg	124	124	125	126	128	129	130

	Normal
	Presión Arterial Elevada
	HTA Etapa I
	HTA Etapa II

Esta tabla es una adaptación de Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith M, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2017;140(3):e20171904.

NOTA: Los valores correspondientes a HTA Etapa II, ya consideran la incorporación de los 12 mmHg, por tanto, es el valor final que se debe utilizar para el diagnóstico de presión arterial.



VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA PARA NIÑAS DE ACUERDO A PERCENTIL DE EDAD Y TALLA

EDAD (AÑOS)	PERCENTIL DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mmHg)						
		PERCENTIL DE TALLA						
		5	10	25	50	75	90	95
1	Talla en cm:	75.4	76.6	78.6	80.8	83	84.9	86.1
	Percentil 50	41	42	42	43	44	45	46
	Percentil 90	54	55	56	56	57	58	58
	Percentil 95	59	59	60	60	61	62	62
	Percentil 95 + 12 mmHg	71	71	72	72	73	74	74
2	Talla en cm:	84.9	86.3	88.6	91.1	93.7	96	97.4
	Percentil 50	45	46	47	48	49	50	51
	Percentil 90	58	58	59	60	61	62	62
	Percentil 95	62	63	63	64	65	66	66
	Percentil 95 + 12 mmHg	74	75	75	76	77	78	78
3	Talla en cm:	91	92.4	94.9	97.6	100.5	103.1	104.6
	Percentil 50	48	48	49	50	51	53	53
	Percentil 90	60	61	61	62	63	64	65
	Percentil 95	64	65	65	66	67	68	69
	Percentil 95 + 12 mmHg	76	77	77	78	79	80	81
4	Talla en cm:	97.2	98.8	101.4	104.5	107.6	110.5	112.2
	Percentil 50	50	51	51	53	54	55	55
	Percentil 90	62	63	64	65	66	67	67
	Percentil 95	66	67	68	69	70	70	71
	Percentil 95 + 12 mmHg	78	79	80	81	82	82	83
5	Talla en cm:	103.6	105.3	108.2	111.5	114.9	118.1	120
	Percentil 50	52	52	53	55	56	57	57
	Percentil 90	64	65	66	67	68	69	70
	Percentil 95	68	69	70	71	72	73	73
	Percentil 95 + 12 mmHg	80	81	82	83	84	85	85
6	Talla en cm:	110	111.8	114.9	118.4	122.1	125.6	127.7
	Percentil 50	54	54	55	56	57	58	59
	Percentil 90	67	67	68	69	70	71	71
	Percentil 95	70	71	72	72	73	74	74
	Percentil 95 + 12 mmHg	82	83	84	84	85	86	86

EDAD (AÑOS)	PERCENTIL DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mmHg)						
		PERCENTIL DE TALLA						
		5	10	25	50	75	90	95
7	Talla en cm:	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7
	Percentil 50	55	55	56	57	58	59	60
	Percentil 90	68	68	69	70	71	72	72
	Percentil 95	72	72	73	73	74	74	75
	Percentil 95 + 12 mmHg	84	84	85	85	86	86	87
8	Talla en cm	121	123	126.5	130.6	134.7	138.5	140.9
	Percentil 50	56	56	57	59	60	61	61
	Percentil 90	69	70	71	72	72	73	73
	Percentil 95	72	73	74	74	75	75	75
	Percentil 95 + 12 mmHg	84	85	86	86	87	87	87
9	Talla en cm:	125.3	127.6	131.3	135.6	140.1	144.1	146.6
	Percentil 50	57	58	59	60	60	61	61
	Percentil 90	71	71	72	73	73	73	73
	Percentil 95	74	74	75	75	75	75	75
	Percentil 95 + 12 mmHg	86	86	87	87	87	87	87

	Normal
	Presión Arterial Elevada
	HTA Etapa I
	HTA Etapa II

Esta tabla es una adaptación de Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith M, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2017;140(3):e20171904.

NOTA: Los valores correspondientes a HTA Etapa II, ya consideran la incorporación de los 12 mmHg, por tanto, es el valor final que se debe utilizar para el diagnóstico de presión arterial.

ANEXO 17. VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS

VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
PARA NIÑOS DE ACUERDO A PERCENTIL DE EDAD Y TALLA

EDAD (AÑOS)	PERCENTIL DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)						
		PERCENTIL DE TALLA						
		5	10	25	50	75	90	95
1	Talla en cm:	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9
	Percentil 50	85	85	86	86	87	88	88
	Percentil 90	98	99	99	100	100	101	101
	Percentil 95	102	102	103	103	104	105	105
	Percentil 95 + 12 mmHg	114	114	115	115	116	117	117
2	Talla en cm:	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5
	Percentil 50	87	87	88	89	89	90	91
	Percentil 90	100	100	101	102	103	103	104
	Percentil 95	104	105	105	106	107	107	108
	Percentil 95 + 12 mmHg	116	117	117	118	119	119	120
3	Talla en cm:	92.5	93.9	96.3	99	101.8	104.3	105.8
	Percentil 50	88	89	89	90	91	92	92
	Percentil 90	101	102	102	103	104	105	105
	Percentil 95	106	106	107	107	108	109	109
	Percentil 95 + 12 mmHg	118	118	119	119	120	121	121
4	Talla en cm:	98.5	100.2	102.9	105.9	108.9	111.5	113.2
	Percentil 50	90	90	91	92	93	94	94
	Percentil 90	102	103	104	105	105	106	107
	Percentil 95	107	107	108	108	109	110	110
	Percentil 95 + 12 mmHg	119	119	120	120	121	122	122
5	Talla en cm:	104.4	106.2	109.1	112.4	115.7	118.6	120.3
	Percentil 50	91	92	93	94	95	96	96
	Percentil 90	103	104	105	106	107	108	108
	Percentil 95	107	108	109	109	110	111	112
	Percentil 95 + 12 mmHg	119	120	121	121	122	123	124
6	Talla en cm:	110.3	112.2	115.3	118.9	122.4	125.6	127.5
	Percentil 50	93	93	94	95	96	97	98
	Percentil 90	105	105	106	107	109	110	110
	Percentil 95	108	109	110	111	112	113	114
	Percentil 95 + 12 mmHg	120	121	122	123	124	125	126

EDAD (AÑOS)	PERCENTIL DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)						
		PERCENTIL DE TALLA						
		5	10	25	50	75	90	95
7	Talla en cm:	116.1	118	121.4	125.1	128.9	132.4	134.5
	Percentil 50	94	94	95	97	98	98	99
	Percentil 90	106	107	108	109	110	111	111
	Percentil 95	110	110	111	112	114	115	116
	Percentil 95 + 12 mmHg	122	122	123	124	126	127	128
8	Talla en cm:	121.4	123.5	127	131	135.1	138.8	141
	Percentil 50	95	96	97	98	99	99	100
	Percentil 90	107	108	109	110	111	112	112
	Percentil 95	111	112	112	114	115	116	117
	Percentil 95 + 12 mmHg	123	124	124	126	127	128	129
9	Talla en cm:	126	128.3	132.1	136.3	140.7	144.7	147.1
	Percentil 50	96	97	98	99	100	101	101
	Percentil 90	107	108	109	110	112	113	114
	Percentil 95	112	112	113	115	116	118	119
	Percentil 95 + 12 mmHg	124	124	125	127	128	130	131

	Normal
	Presión Arterial Elevada
	HTA Etapa I
	HTA Etapa II

Esta tabla es una adaptación de Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith M, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2017;140(3):e20171904.

NOTA: Los valores correspondientes a HTA Etapa II, ya consideran la incorporación de los 12 mmHg, por tanto, es el valor final que se debe utilizar para el diagnóstico de presión arterial.



VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA PARA NIÑOS DE ACUERDO A PERCENTIL DE EDAD Y TALLA

EDAD (AÑOS)	PERCENTIL DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mmHg)						
		PERCENTIL DE TALLA						
		5	10	25	50	75	90	95
1	Talla en cm:	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9
	Percentil 50	40	40	40	41	41	42	42
	Percentil 90	52	52	53	53	54	54	54
	Percentil 95	54	54	55	55	56	57	57
	Percentil 95 + 12 mmHg	66	66	67	67	68	69	69
2	Talla en cm:	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5
	Percentil 50	43	43	44	44	45	46	46
	Percentil 90	55	55	56	56	57	58	58
	Percentil 95	57	58	58	59	60	61	61
	Percentil 95 + 12 mmHg	69	70	70	71	72	73	73
3	Talla en cm:	92.5	93.9	96.3	99	101.8	104.3	105.8
	Percentil 50	45	46	46	47	48	49	49
	Percentil 90	58	58	59	59	60	61	61
	Percentil 95	60	61	61	62	63	64	64
	Percentil 95 + 12 mmHg	72	73	73	74	75	76	76
4	Talla en cm:	98.5	100.2	102.9	105.9	108.9	111.5	113.2
	Percentil 50	48	49	49	50	51	52	52
	Percentil 90	60	61	62	62	63	64	64
	Percentil 95	63	64	65	66	67	67	68
	Percentil 95 + 12 mmHg	75	76	77	78	79	79	80
5	Talla en cm:	104.4	106.2	109.1	112.4	115.7	118.6	120.3
	Percentil 50	51	51	52	53	54	55	55
	Percentil 90	63	64	65	65	66	67	67
	Percentil 95	66	67	68	69	70	70	71
	Percentil 95 + 12 mmHg	78	79	80	81	82	82	83
6	Talla en cm:	110.3	112.2	115.3	118.9	122.4	125.6	127.5
	Percentil 50	54	54	55	56	57	57	58
	Percentil 90	66	66	67	68	68	69	69
	Percentil 95	69	70	70	71	72	72	73
	Percentil 95 + 12 mmHg	81	82	82	83	84	84	85

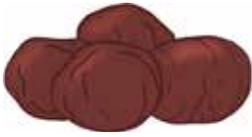
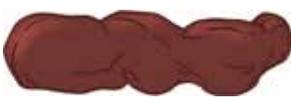
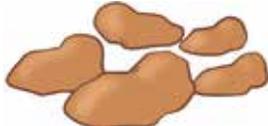
EDAD (AÑOS)	PERCENTIL DE PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (mmHg)						
		PERCENTIL DE TALLA						
		5	10	25	50	75	90	95
7	Talla en cm:	116.1	118	121.4	125.1	128.9	132.4	134.5
	Percentil 50	56	56	57	58	58	59	59
	Percentil 90	68	68	69	70	70	71	71
	Percentil 95	71	71	72	73	73	74	74
	Percentil 95 + 12 mmHg	83	83	84	85	85	86	86
8	Talla en cm:	121.4	123.5	127	131	135.1	138.8	141
	Percentil 50	57	57	58	59	59	60	60
	Percentil 90	69	70	70	71	72	72	73
	Percentil 95	72	73	73	74	75	75	75
	Percentil 95 + 12 mmHg	84	85	85	86	87	87	87
9	Talla en cm:	126	128.3	132.1	136.3	140.7	144.7	147.1
	Percentil 50	57	58	59	60	61	62	62
	Percentil 90	70	71	72	73	74	74	74
	Percentil 95	74	74	75	76	76	77	77
	Percentil 95 + 12 mmHg	86	86	87	88	88	89	89

	Normal
	Presión Arterial Elevada
	HTA Etapa I
	HTA Etapa II

Esta tabla es una adaptación de Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith M, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2017;140(3):e20171904.

NOTA: Los valores correspondientes a HTA Etapa II, ya consideran la incorporación de los 12 mmHg, por tanto, es el valor final que se debe utilizar para el diagnóstico de presión arterial.

ANEXO 18. ESCALA DE HECES DE BRISTOL ³

	TIPO 1	Deposiciones duras como bolitas separadas.
	TIPO 2	Como una salchicha compuesta de fragmentos
	TIPO 3	Deposiciones con forma alargada como una salchicha, con grietas en su superficie.
	TIPO 4	Deposiciones con forma alargada como salchicha, lisa y blanda.
	TIPO 5	Deposiciones blandas y trozos separados o con bordes definidos.
	TIPO 6	Deposiciones blandas, con trozos separados o con bordes pegados tipo puré.
	TIPO 7	Deposiciones líquidas sin trozos sólidos

³ Adaptado de: Heaton, K W & Lewis, S J 1997, 'Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time'. Scandinavian Journal of Gastroenterology, vol.32, no.9, pp.920 - 924. Y de Parés D., Comas M., Dorcaratto D., Araujo M. I., Vial M., Bohle B. et al. Adaptation and validation of the Bristol scale stool form translated into the Spanish language among health professionals and patients. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2009 Mayo.

ANEXO 19. PAUTA DE EVALUACIÓN DE COMPLEJIDAD MÉDICA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NANEAS)

FECHA DE APLICACIÓN	
NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE	
EDAD	
PROFESIONAL	
ESTABLECIMIENTO	

Componente	Necesidad	Definición	Alternativa	Puntaje	Puntaje obtenido	
1. Necesidad de Cuidados Complejos	Número de Sistemas comprometidos	Se debe contabilizar el número de sistema anatómico funcional comprometido del NNA	Un sistema comprometido	1		
			Dos a cuatro sistemas comprometidos	3		
			Cinco o más sistemas comprometidos	4		
	Necesidad de Polifarmacia	Deben ser contabilizados los fármacos utilizados de manera crónica. No se deben considerar fármacos por morbilidad o procesos agudos. No se deben incluir medicina complementaria, homeopatías ni vitaminas (excepto vitamina D).	No requiere fármacos	0		
			Requiere 1 o 2 fármacos	1		
			Requiere 3 o 4 fármacos	3		
			Requiere 5 o más fármacos	4		
	Necesidad vía alternativa de administración de fármacos	No tiene indicaciones de tratamiento farmacológicos	No requiere fármacos	0		
			Todos sus medicamentos los recibe por vía oral, sin vías alternativas	Sus medicamentos los recibe por vía oral		1
			Aquella administración de fármacos que requiere vías alternativas tales como: sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal (previa evaluación médica), dispositivo de gastrostomía (ya sea sonda o botón)	Al menos un medicamento por vía enteral, distinto de oral		2
			Vía subcutánea; aquel fármaco que se administra entre la piel y el músculo, mediante inyecciones (por ejemplo, heparina, insulina, hormona del crecimiento, etc.) Vía intramuscular, el fármaco va inyectado directamente al músculo.	Al menos un medicamento de administración subcutánea o intramuscular		3
			Fármaco administrado directamente a la vena, mediante una vía venosa periférica, catéter venoso central o catéter con reservorios	Al menos un medicamento vía endovenosa		4

Componente	Necesidad	Definición	Alternativa	Puntaje	Puntaje obtenido
1. Necesidad de Cuidados Complejos (continuación)	Necesidad de fármacos poco accesibles	No tiene indicaciones de tratamiento farmacológicos	No requiere fármacos	0	
		Los fármacos son recetados por el médico y pueden ser adquiridos por el usuario en farmacias del CESFAM, farmacias del hospital o farmacias habituales	Usa medicamentos de accesibilidad y costo poco complejo	1	
		Este fármaco no es compra habitual en los lugares antes referidos y puede ser adquirido mediante solicitudes de compra excepcionales, ya sea en centros de referencia de salud, centro de complejidad médica o en la hospitalización. Cuando esto no sea posible, considera también la compra por parte del usuario/a cuando el medicamento no está disponible por los medios antes descritos	Medicamento poco accesible (requiere solicitud especial a atención secundaria, terciaria) o compra por usuario/a	3	
		Son los medicamentos estipulados en la ley, que en NANEAS generalmente son el Palivizumab, bombas de insulina (Ver detalle el Ley Ricarte Soto)	Medicamento de alto costo considerado en la Ley Ricarte Soto	4	
		Medicamento que requieren seguimiento en atención secundaria, este caso incluye las Garantías Explícitas de Salud GES. Fármacos tales como insulinas, quimioterapias, tratamientos antirretrovirales, etc.	Medicamento incorporado en Programas Ministeriales, que requieren seguimiento en atención secundaria	4	
	Necesidad de Alimentación especial	NNA con alimentación habitual, sin restricción	Alimentación habitual sin restricciones ni necesidades especiales	0	
		Se incluyen restricciones alimentarias específicas, por ejemplo: sin gluten, sin lactosa, así como las alergias alimentarias múltiples	Dietas especiales (sin gluten, sin lactosa, alergias alimentarias múltiples)	1	
		Alimentación especial ya sea de uso exclusivo o mixto. Las cuales deben ser prescritas por nutricionista o médico/a. Éstas incluyen un costo adicional para las familias o el sistema de salud. Se puntúan también acá, NNA con Alergia a la Proteína de la leche de vaca (APLV), mayores de 2 años	Uso de fórmulas especiales, APLV mayor de 2 años.	2	
		La alimentación especial debe ser indicada por neurólogo especialista en epilepsia refractaria. Es exclusiva, no mixta. Debe tener seguimiento con neurólogo y nutricionista. Aquí se incluyen también enfermedades metabólicas con dietas restrictivas que eliminan el factor causal de su enfermedad. Debe tener seguimiento por especialista en enfermedades metabólicas.	Dieta cetogénica y/o Dieta para enfermedades metabólicas	3	

Componente	Necesidad	Definición	Alternativa	Puntaje	Puntaje obtenido
2. Necesidad de Apoyo Respiratorio	Necesidad de oxigenoterapia	La oxigenoterapia se debe sumar en aquellos que están con ventilación invasiva o no invasiva. Se debe incluir sin importar el tiempo que lo utilice	Sin oxigenoterapia	0	
			Con oxigenoterapia	4	
	Necesidad de aspiración de secreciones	No requiere asistencia en eliminación de secreciones Consiste en la eliminación de secreciones mediante la aspiración de boca, nariz y faringe Las secreciones son eliminadas, aspirando con un dispositivo especial, a través de una vía aérea artificial (tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía)	No requiere aspiración	0	
			Requiere de aspiración nasofaríngea	1	
			Requiere de aspiración traqueal	3	
	Necesidad de ventilación mecánica	No requiere apoyo ventilatorio Incluye dispositivos tales como el CPAP y BIPAP Corresponde a un ventilador propiamente tal, en usuarios y usuarias traqueostomizados. Ventilador dependiente, es definido como cualquier NNA que, estando médicamente estable, continúa necesitando asistencia mecánica para respirar	No requiere ventilación mecánica	0	
			Ventilación mecánica no invasiva	3	
			Ventilación mecánica invasiva	4	

Componente	Necesidad	Definición	Alternativa	Puntaje	Puntaje obtenido	
3. Necesidad de Ayudas Técnicas (AATT)	Necesidad de ayudas técnicas para la autonomía, participación social e inclusión	La ayuda técnica puede ser: coche neurológico, silla de ruedas, burrito, bipedestador, artefactos de comunicación aumentativa, agendas visuales, atriles, audífonos de cancelación de ruido, implante coclear, audífonos, lentes, etc. Puede estar asociado a los hitos del desarrollo motor y sensorial del NNA, en donde puede necesitar apoyo para complementar la función o reemplazarla totalmente. Contabilizar cada una de las ayudas técnicas, aunque su uso frecuente sea en pares (por ej. canaletas en ambas piernas se contabilizarán como 2 ayudas técnicas (AATT) ⁴	Autonomía en el traslado diario	0		
			Necesidad de 1 AATT	1		
			Necesidad de 2 AATT	2		
			Necesidad de 3 o más AATT	3		
			Imposibilidad de autonomía y participación social (por ej. uso catre clínico, uso de teclé, postrado)	4		
	Necesidad de ayudas técnicas para los cuidados, higiene	La ayuda técnica puede ser: Sitting para baño, tina para cama, colchón antiescara, barras asideras, etc	No requiere de AATT para los cuidados	0		
			Necesidad de 1 AATT para los cuidados	1		
			Necesidad de 2 AATT para los cuidados	2		
			Necesidad de 3 o más AATT para los cuidados	3		
	Necesidad de ayudas técnicas ortopédicas	Son aquellas que ayudan a enderezar, corregir o incluso evitar problemas de alineación del sistema musculoesquelético (huesos, articulaciones y músculos), además de disminuir/evitar el dolor y disminuir/evitar lesiones. También reemplazan funciones que se encuentran deficitarias, como por ejemplo cuando hay debilidad muscular. Dentro de las ayudas técnicas ortopédicas encontramos los yesos, las órtesis (plantillas, insertos, OTP, KAFO, HKAFO, canaletas, corsé, palmetas/dorsaletas, etc.), sitting y cojines abductores/aductores, entre otros	No requiere de AATT	0		
			Requiere de 1 a 3 AATT	1		
			Requiere de 4 o más AATT ortopédicas o de mayor complejidad como corsé o casco ortopédico.	2		
	TOTAL					

Autoría: Dra. Ana María Cabezas, equipo NINEAS Complejo Asistencial Hospital Sótero del Río, en colaboración con el con Departamento de Ciclo Vital, 2021.

RESULTADOS

Rangos de puntajes para determinación de complejidad

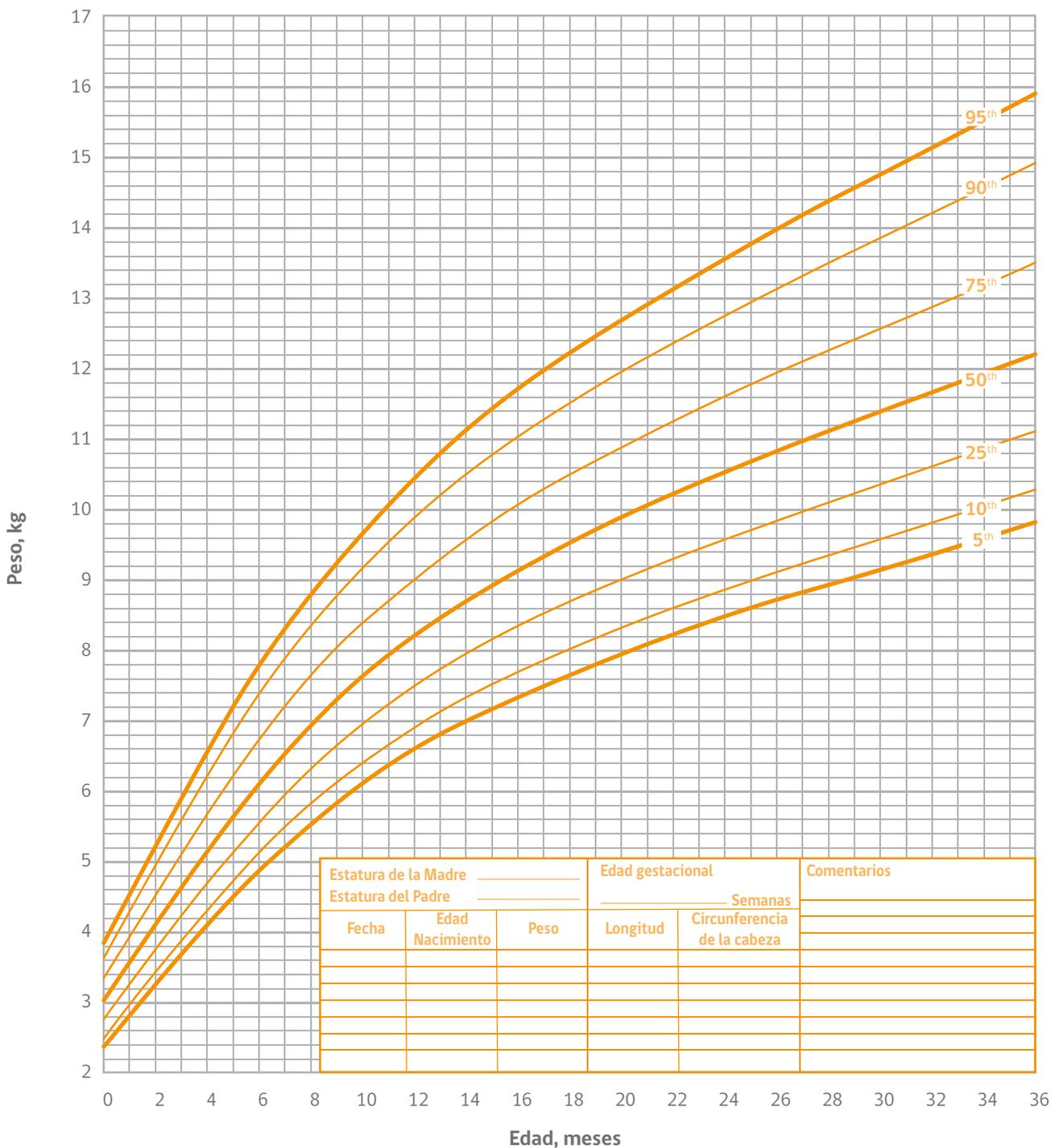
Complejidad sugerida	Puntaje obtenido en escala
BAJA	1 - 8 puntos
MEDIA	9 - 15 puntos
ALTA	16 o más puntos

⁴ Se recomienda ver "Catálogo de ayudas técnicas" para mielomeningocele, GES, para tener una idea de las ayudas disponibles con código SIGGES y CENABAST.

ANEXO 20. CURVAS DE CRECIMIENTO DE NIÑAS Y NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN



PERCENTILES DE PESO PARA LA EDAD (P/E) EN NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES

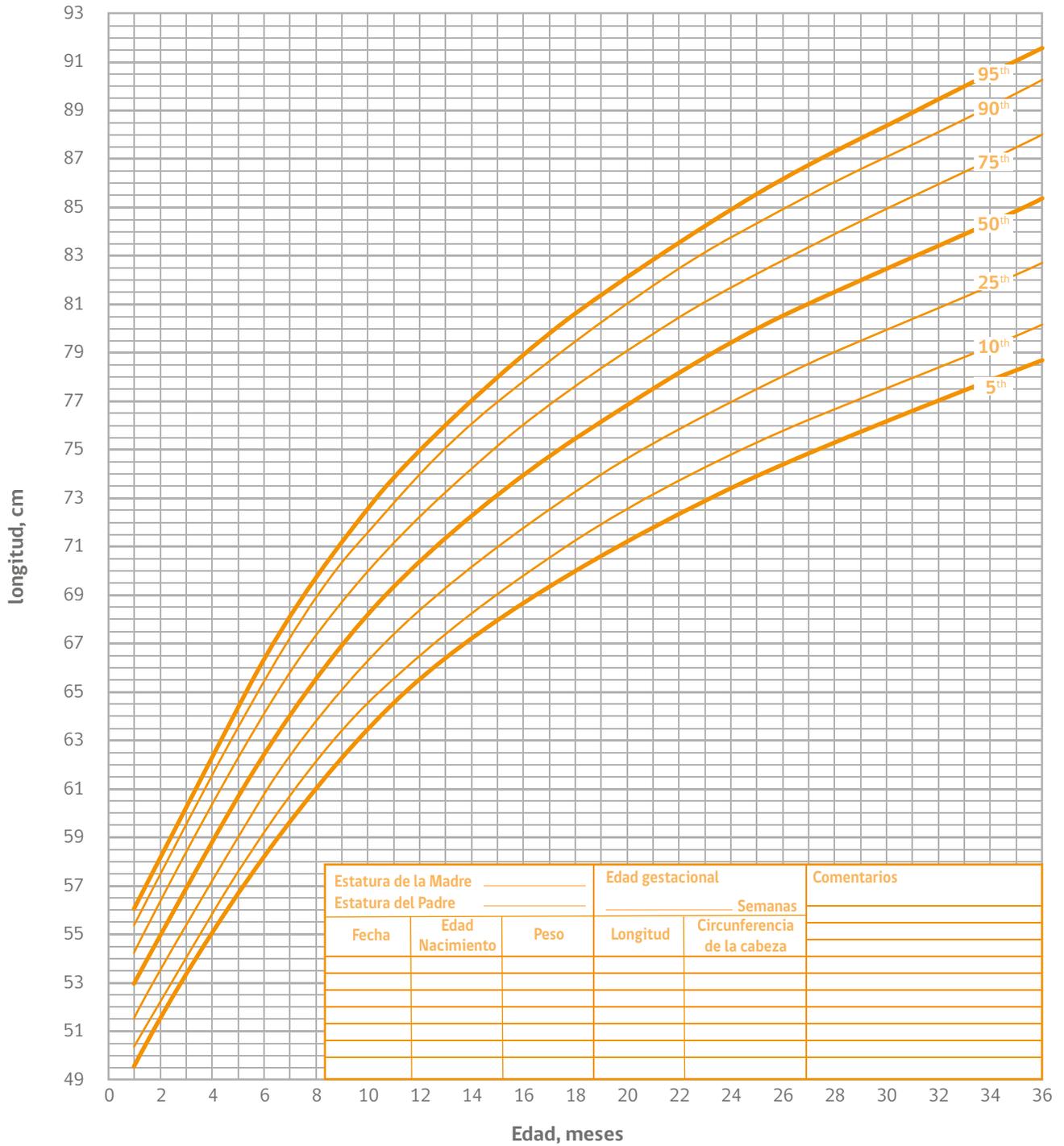


Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.

Curvas de Crecimiento en NI con Sd. de Down



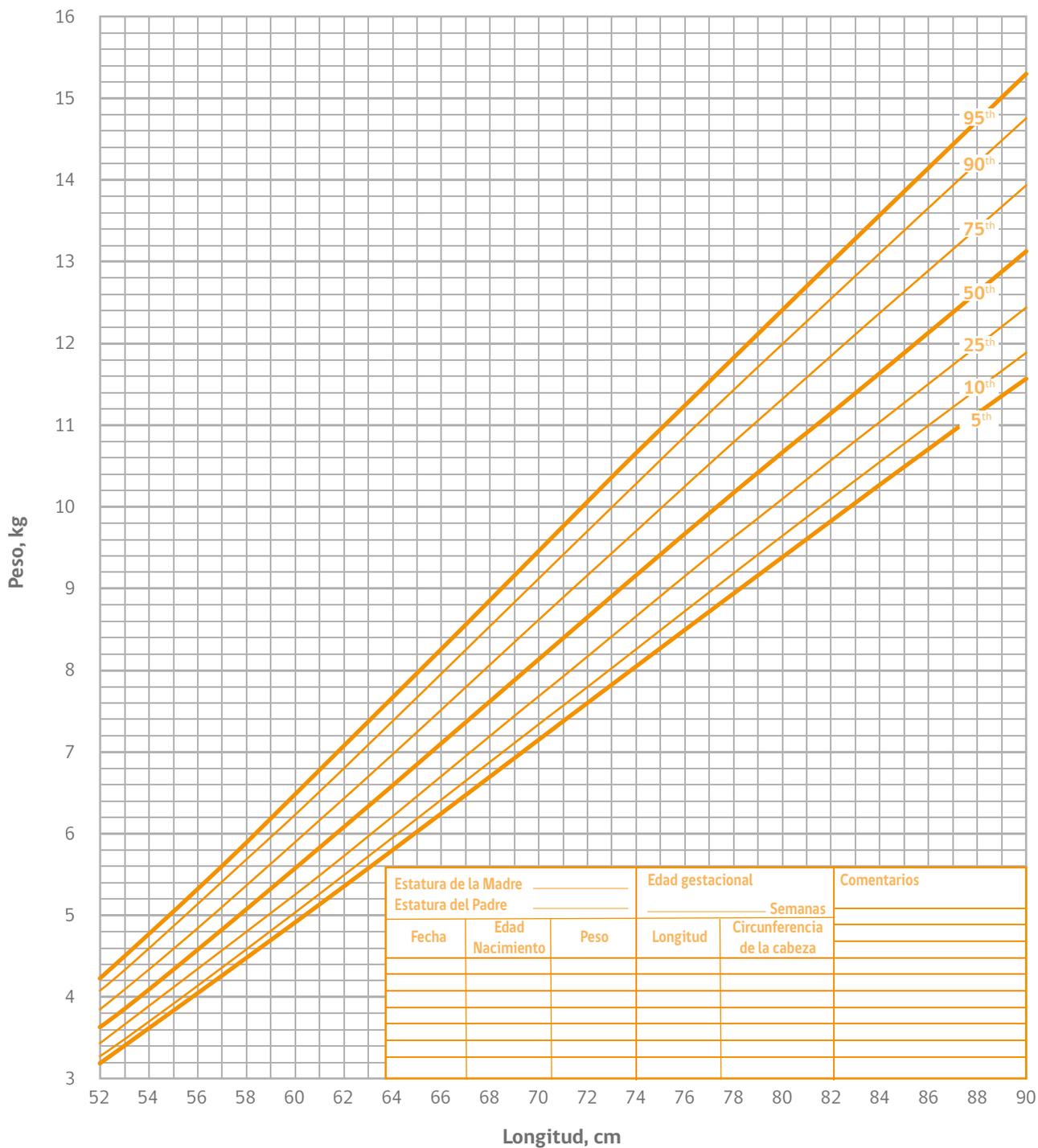
PERCENTILES DE TALLA PARA LA EDAD (T/E) EN NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



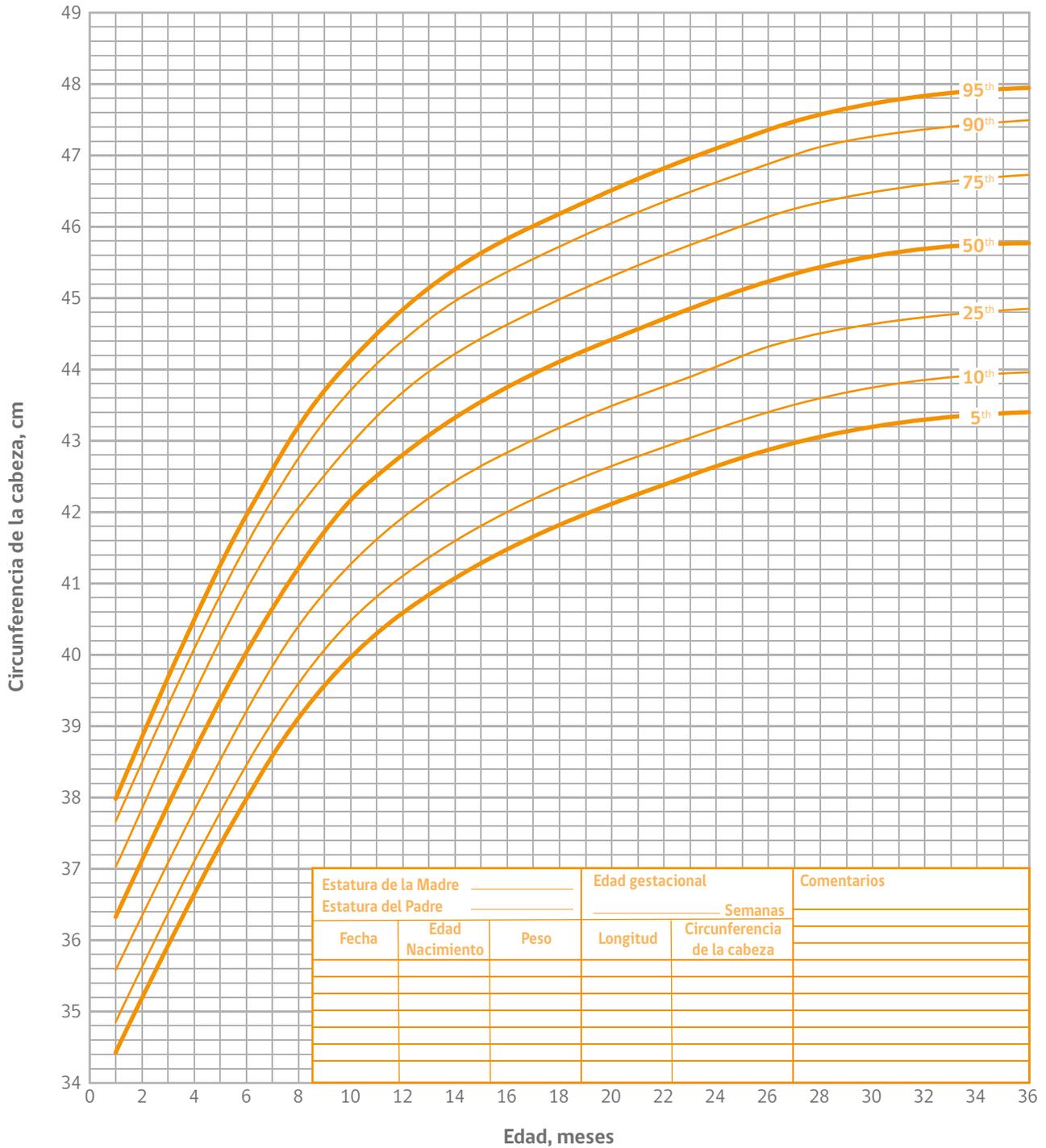
PERCENTILES DE PESO PARA LA TALLA (P/T) EN NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



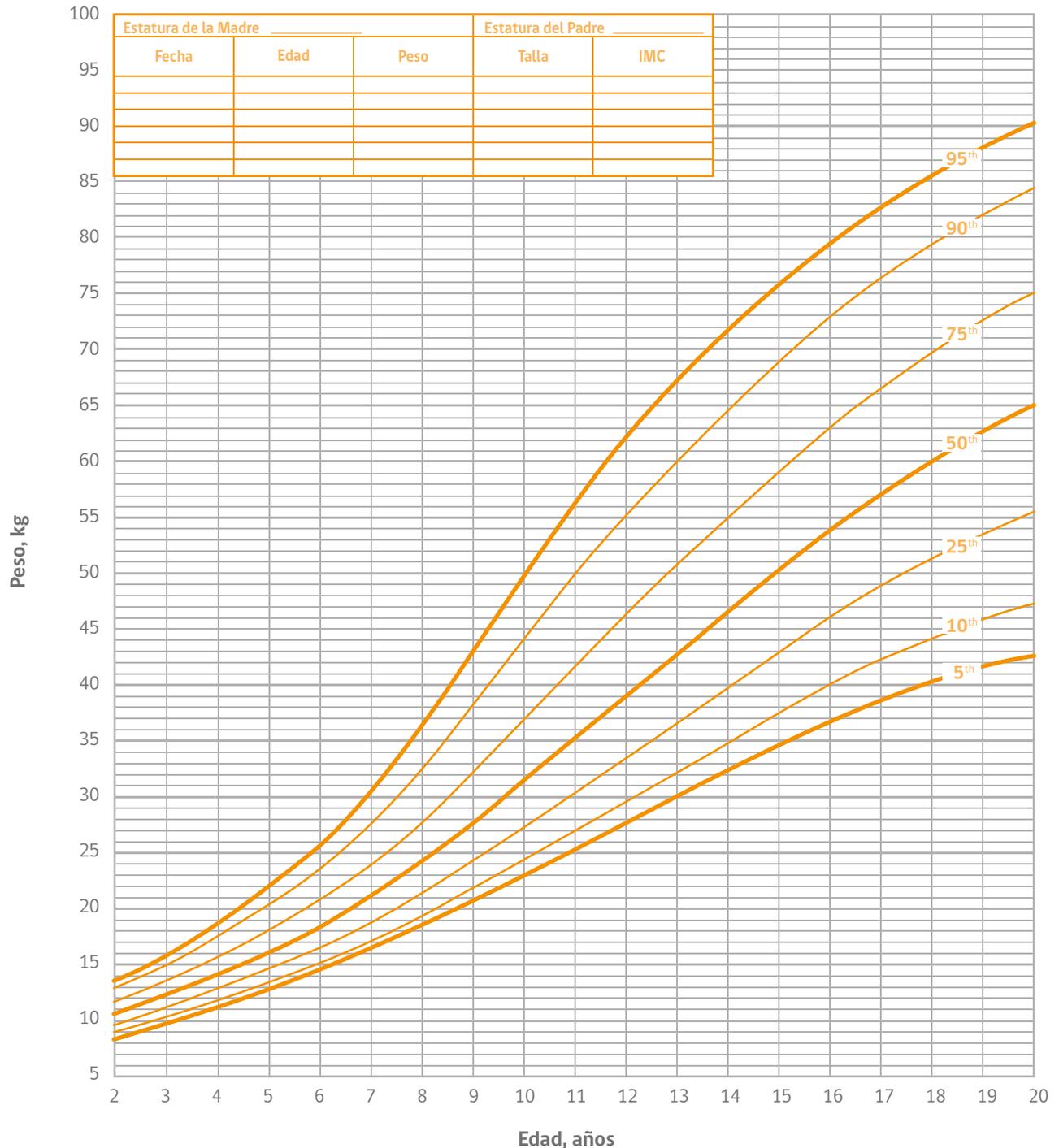
PERCENTILES DE PERÍMETRO CRANEANO PARA LA EDAD (PC/E) EN NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



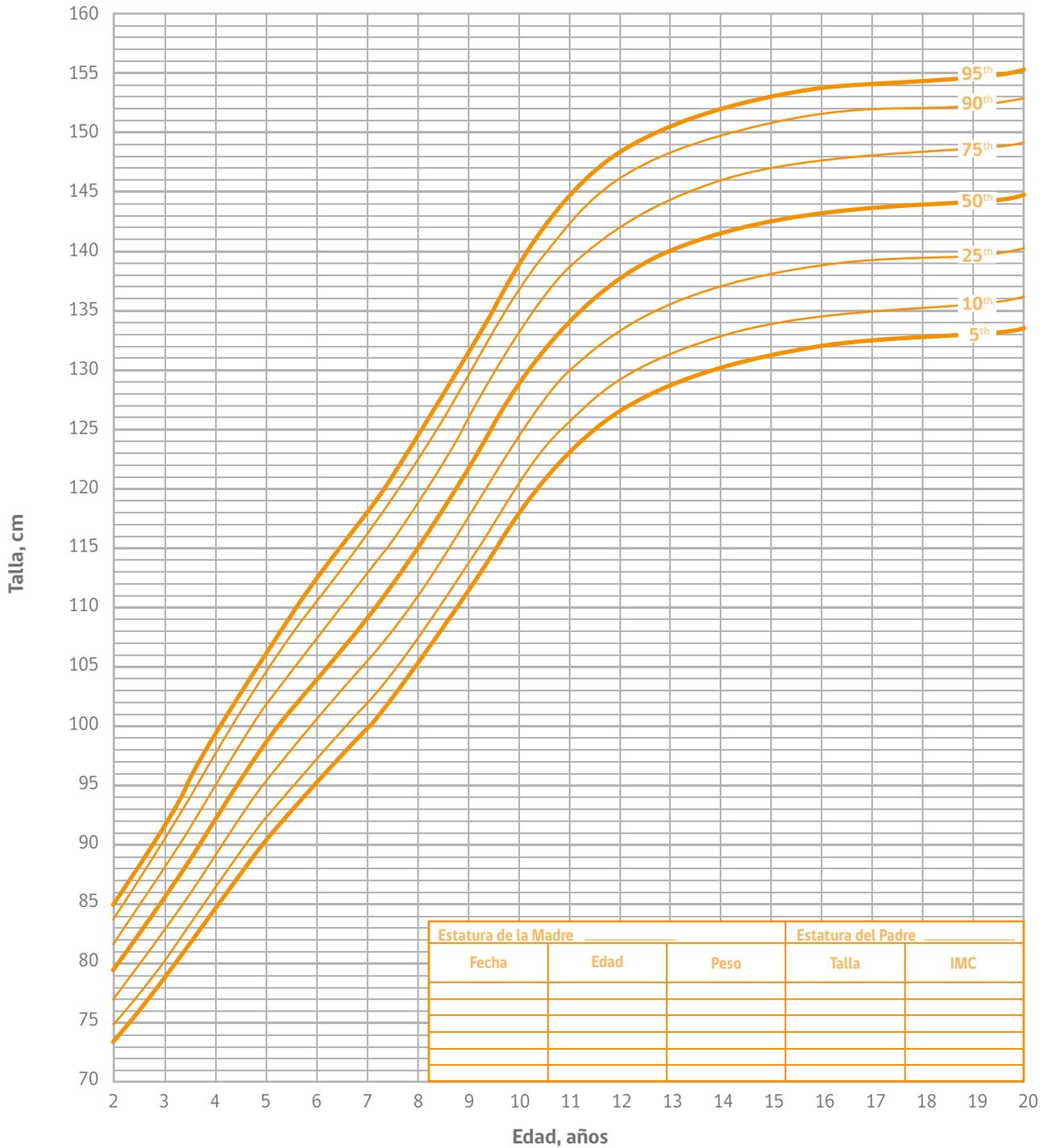
PERCENTILES DE PESO PARA LA EDAD (P/E) EN NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE 2 A 20 AÑOS



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



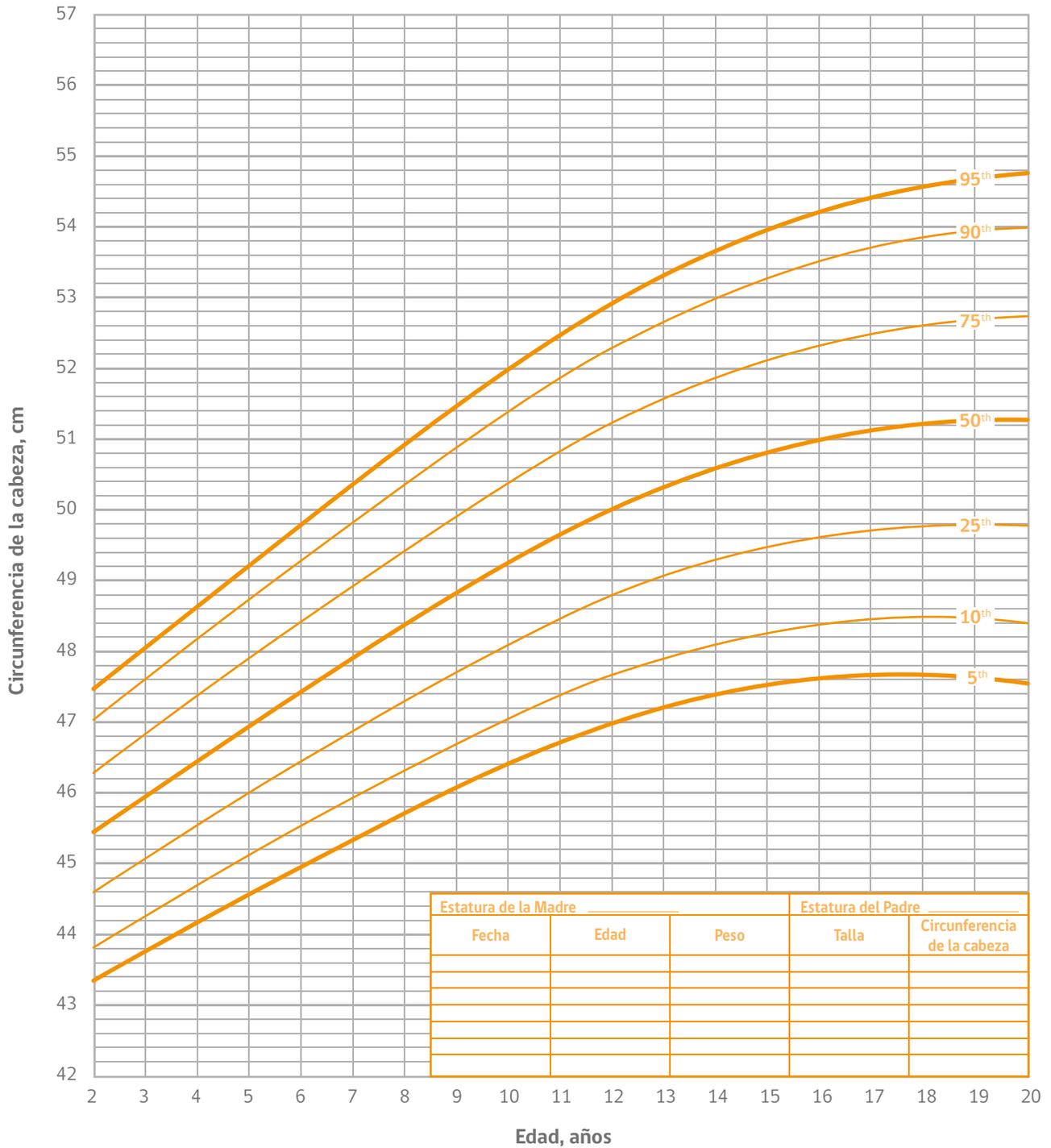
PERCENTILES DE TALLA PARA LA EDAD (T/E) EN NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE 2 A 20 AÑOS



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



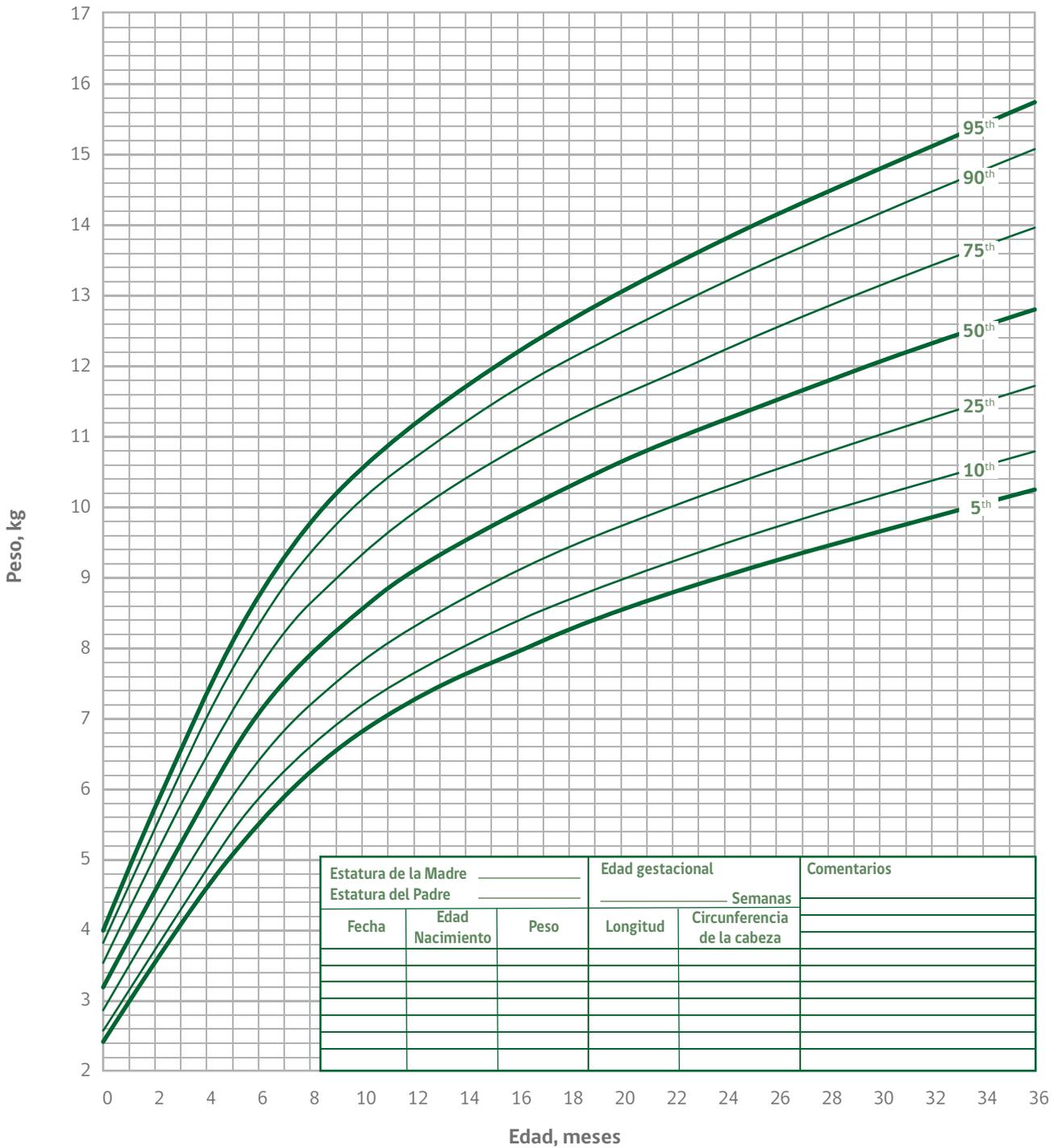
PERCENTILES DE PERÍMETRO CRANEANO PARA LA EDAD (PC/E) EN NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE 2 A 20 AÑOS



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



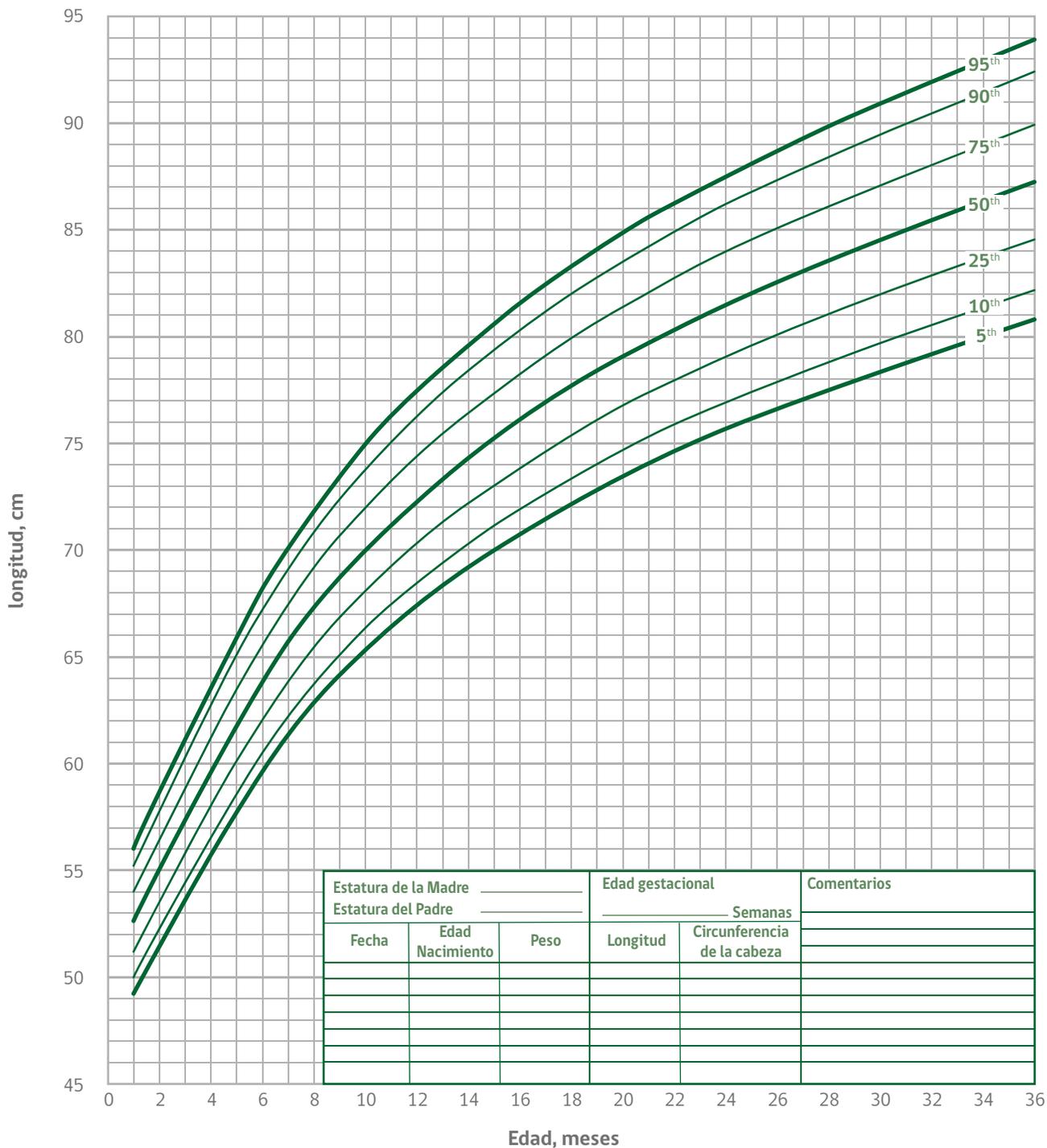
PERCENTILES DE PESO PARA LA EDAD (P/E) EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



PERCENTILES DE TALLA PARA LA EDAD (T/E) EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES

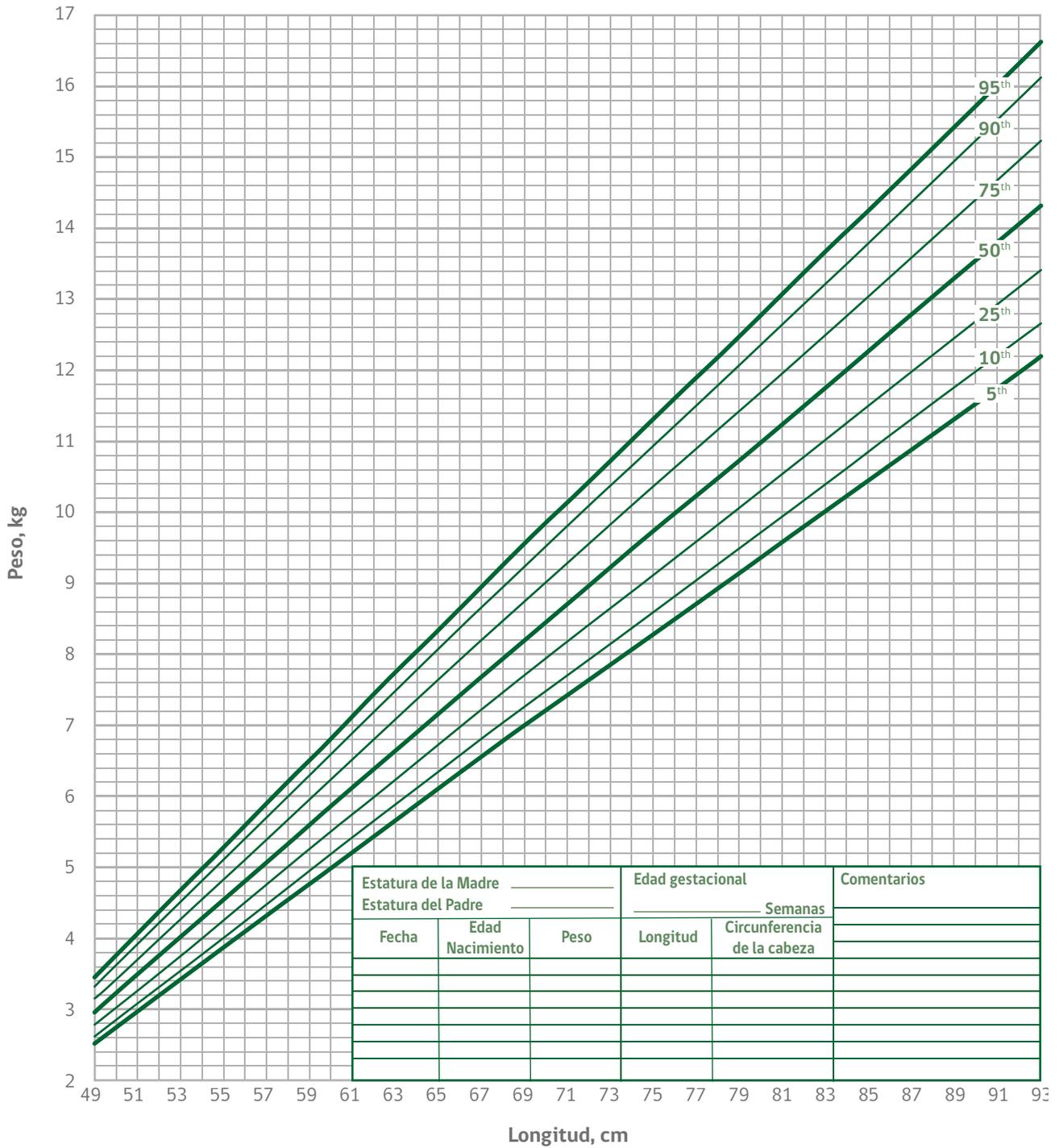


Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.

Curvas de Crecimiento en NI con Sd. de Down



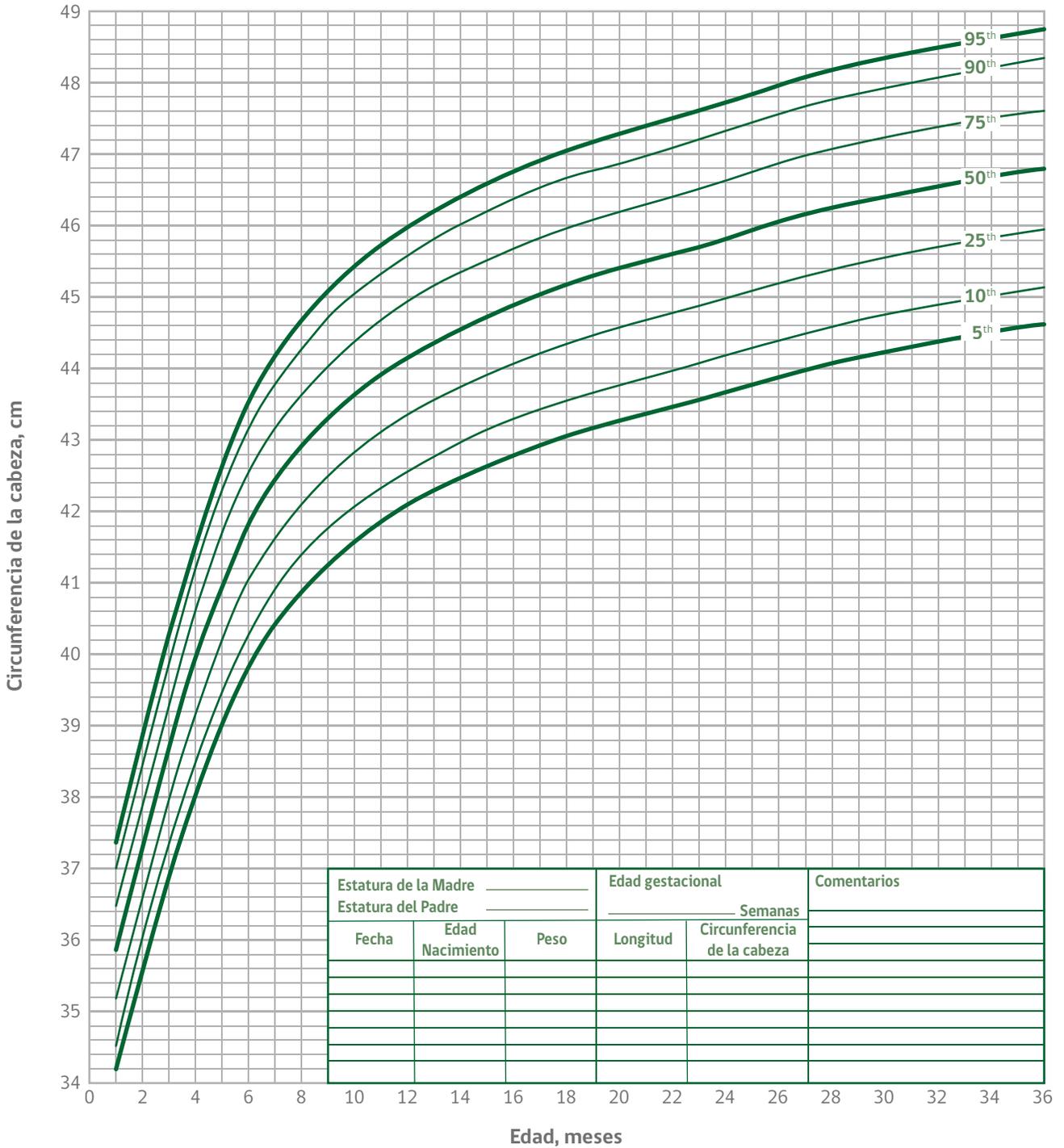
PERCENTILES DE PESO PARA LA TALLA (P/T) EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



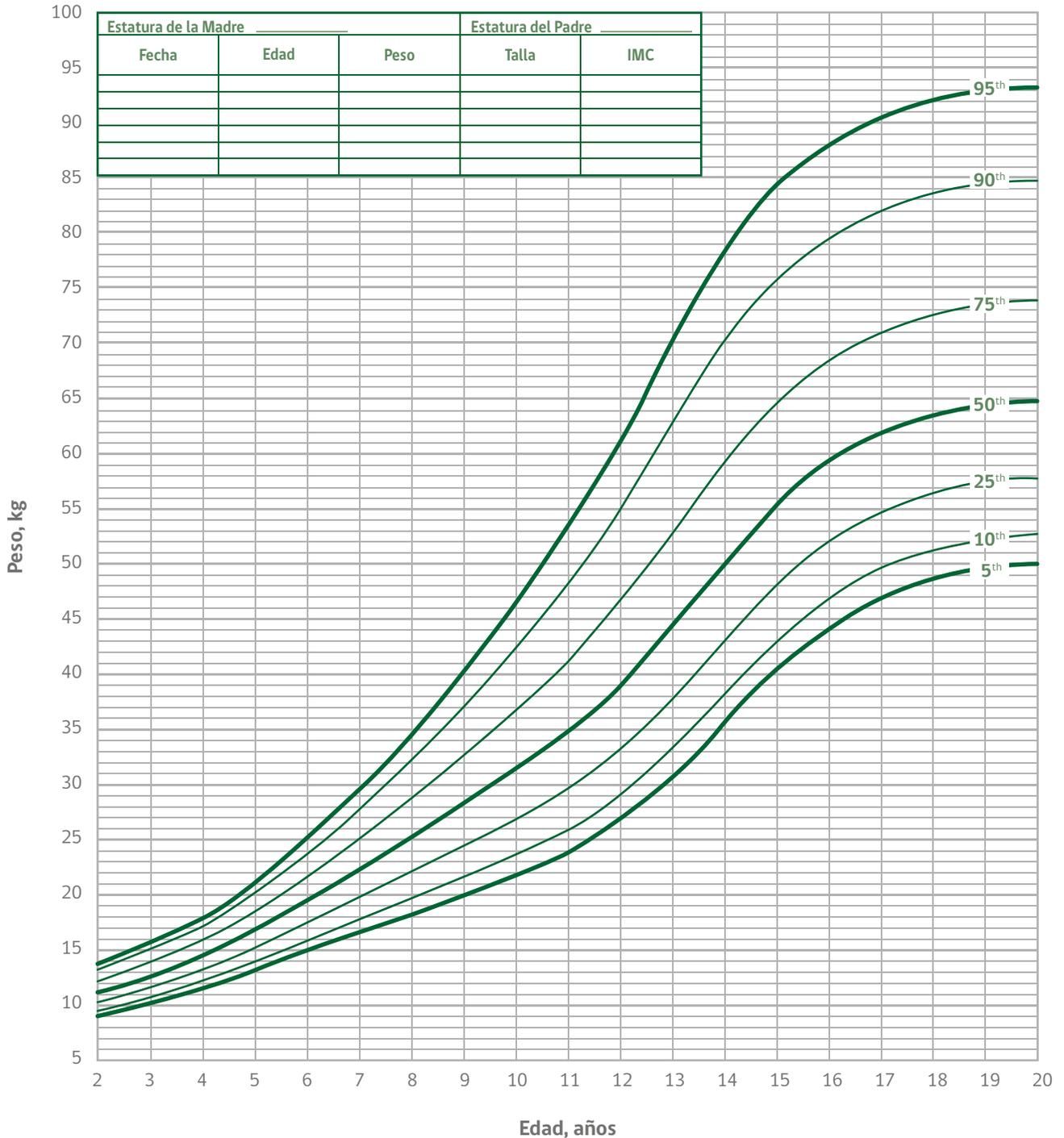
PERCENTILES DE PERÍMETRO CRANEANO PARA LA EDAD (PC/E) EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



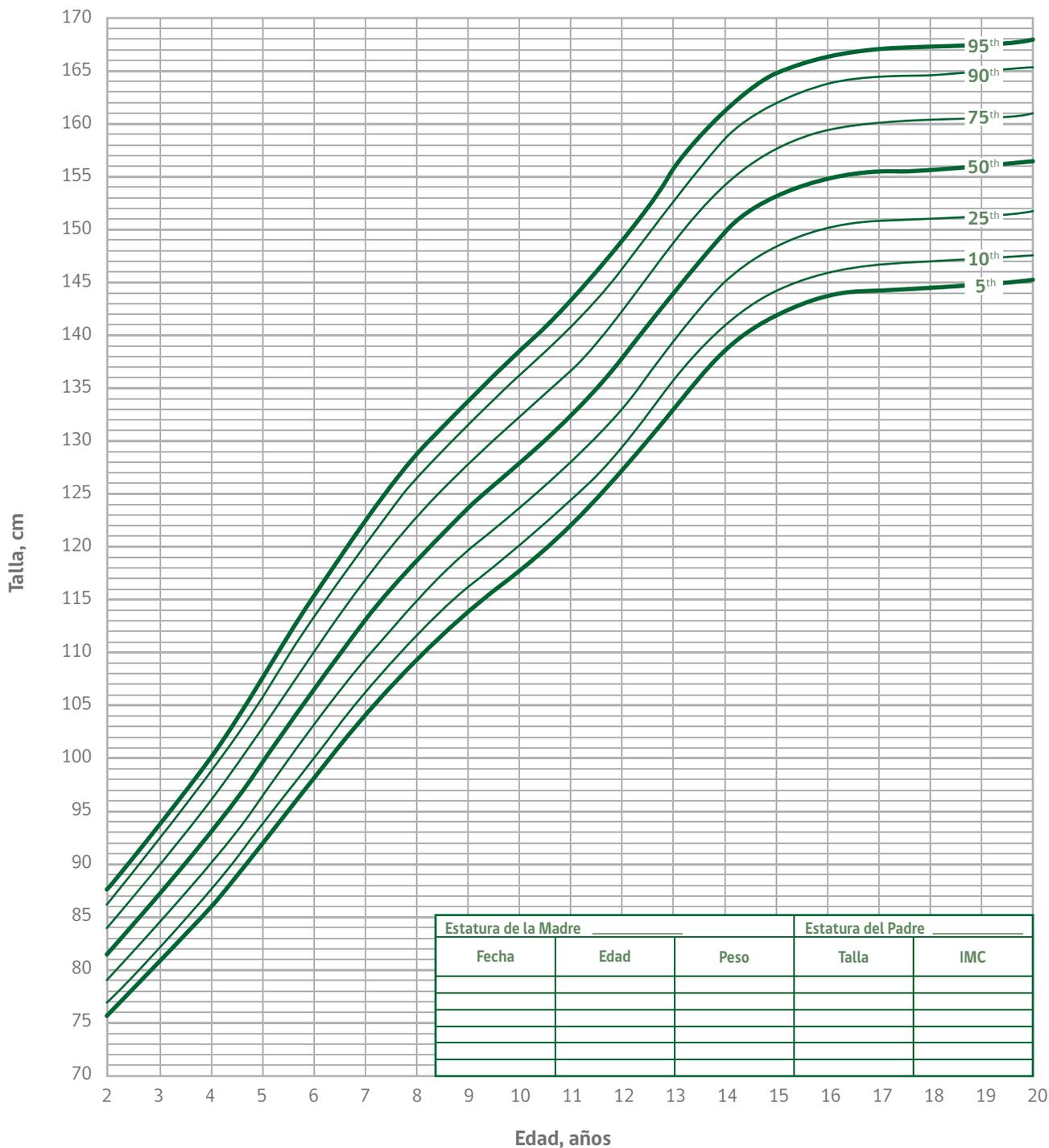
PERCENTILES DE PESO PARA LA EDAD (P/E) EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 2 A 20 AÑOS



Fuente: adaptado de Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



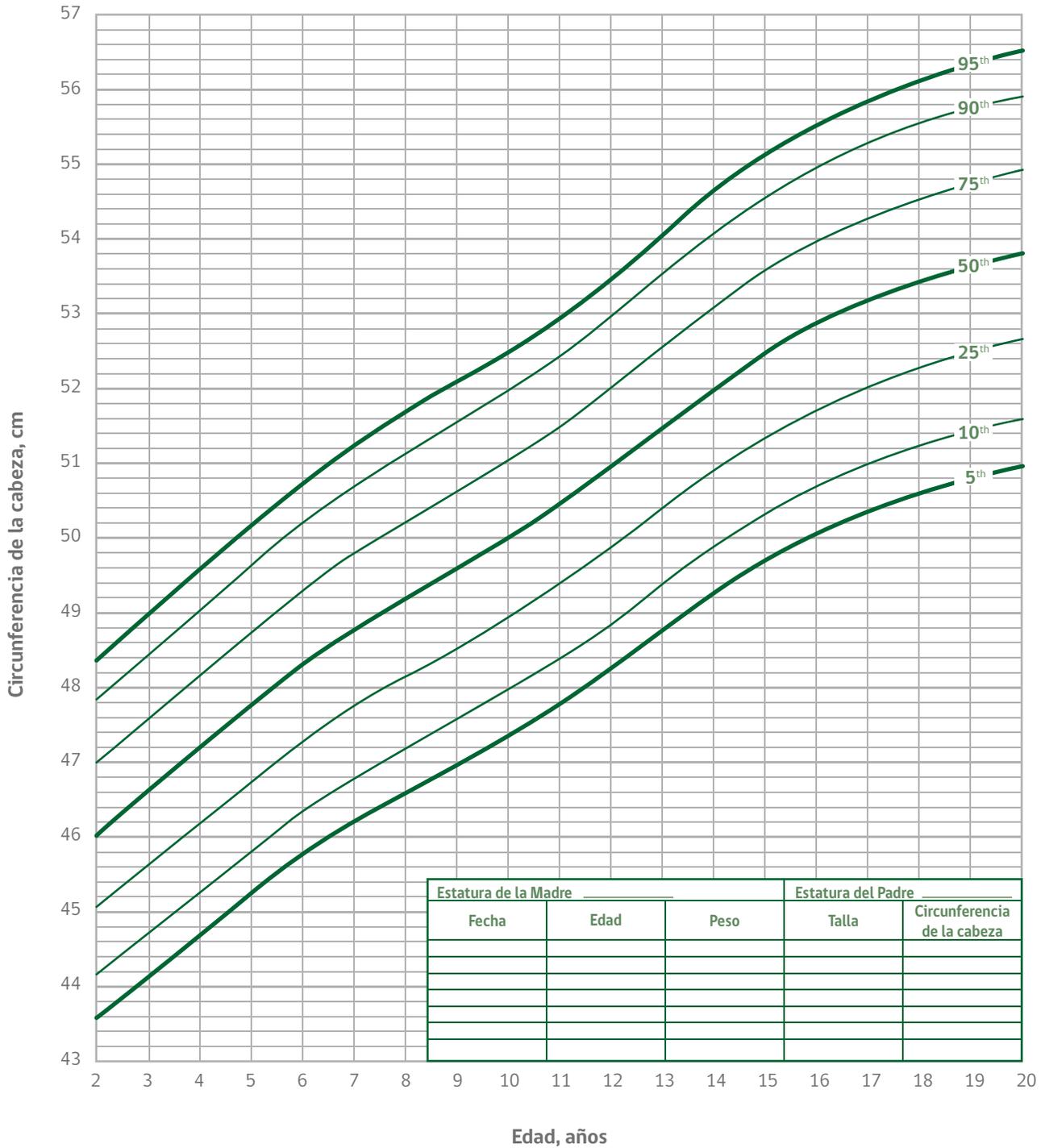
PERCENTILES DE TALLA PARA LA EDAD (T/E) EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 2 A 20 AÑOS



Fuente: adaptado de Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



PERCENTILES DE PERÍMETRO CRANEANO PARA LA EDAD (PC/E) EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE 2 A 20 AÑOS



Fuente: adaptado de Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.

ANEXO 21. CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL AUTISMO EN NIÑOS Y NIÑAS PEQUEÑOS - REVISADO (M-CHAT-R/F)

PRIMERA ETAPA: CUESTIONARIO

Instrucciones para el profesional:

- Explíquelo a la madre, padre o cuidador/a que las preguntas del cuestionario son para explorar en mayor profundidad las áreas del lenguaje y social, con el fin de detectar tempranamente si existen dificultades.
- Considere que las madres, padres o cuidadores pueden responder "tal vez" a algunas preguntas del cuestionario. Si esto ocurre, pregúntele si corresponde a un comportamiento habitual o si más bien es un comportamiento ocasional y continúe el cuestionario de acuerdo con esa respuesta.
- Para todos los ítems (excepto el 2, 5 y 12) la respuesta NO otorga 1 punto e indica Riesgo de EA.
- Para los ítems 2, 5 y 12, la respuesta SI otorga 1 punto e indica Riesgo de EA
- Finalizado el cuestionario, puntúe los resultados. Y realice acciones de acuerdo con el algoritmo de riesgo.
- En aquellos niños y niñas con riesgo moderado (entre 3 y 8 puntos), derive a médico/a para la realización de la entrevista de seguimiento.

CUESTIONARIO DE 20 PREGUNTAS M-CHAT-R/F CON SI O NO

Instrucciones para entregar a la madre, padre o cuidador/a:

A continuación, le realizaré algunas preguntas respecto al comportamiento de su hijo o hija.

Si usted considera que la respuesta es un comportamiento habitual de su hijo o hija, responda **SÍ**. Por el contrario, si usted considera que no es un comportamiento habitual, sino que más bien corresponde a un comportamiento que realiza algunas veces, responda **NO**.

1	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	Si	No
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	Si	No
3	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	Si	No
4	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbajín)	Si	No
5	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	Si	No
6	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	Si	No
7	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	Si	No
8	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños/as, les sonrío o se les acerca)	Si	No
9	¿Su hijo/a le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	Si	No
10	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	Si	No
11	¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él/ella también le sonrío?	Si	No
12	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	Si	No
13	¿Su hijo/a camina solo/a?	Si	No
14	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	Si	No
15	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	Si	No
16	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	Si	No
17	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	Si	No
18	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	Si	No
19	¿Ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	Si	No
20	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	Si	No

Puntuación Total _____

Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2016.

SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

Instrucciones para el profesional:

- Encontrará un flujo para cada uno de los 20 ítems del cuestionario.
- Es necesario que realice la entrevista solo para aquellos ítems que resultaron alterados en la primera etapa.
- Cada flujo de la entrevista le indicará dos posibles resultados: DERIVAR o NO DERIVAR.
- Si al finalizar la entrevista el niño o niña ha obtenido dos o más DERIVAR, se considera un resultado positivo para sospecha de encontrarse en el espectro autista, por lo que debe ser derivado a atención con especialista para confirmación diagnóstica e intervención temprana.
- Si el resultado de la entrevista de seguimiento es negativo para la sospecha de EA (cero o un DERIVAR), pero la madre, padre, cuidador/a o profesional de salud persisten en su preocupación de sospecha de EA, el niño o niña debe ser derivado a especialista, independiente del resultado del M-CHAT-R/F.

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO AL M-CHAT-R/FTM HOJA DE PUNTUACIÓN

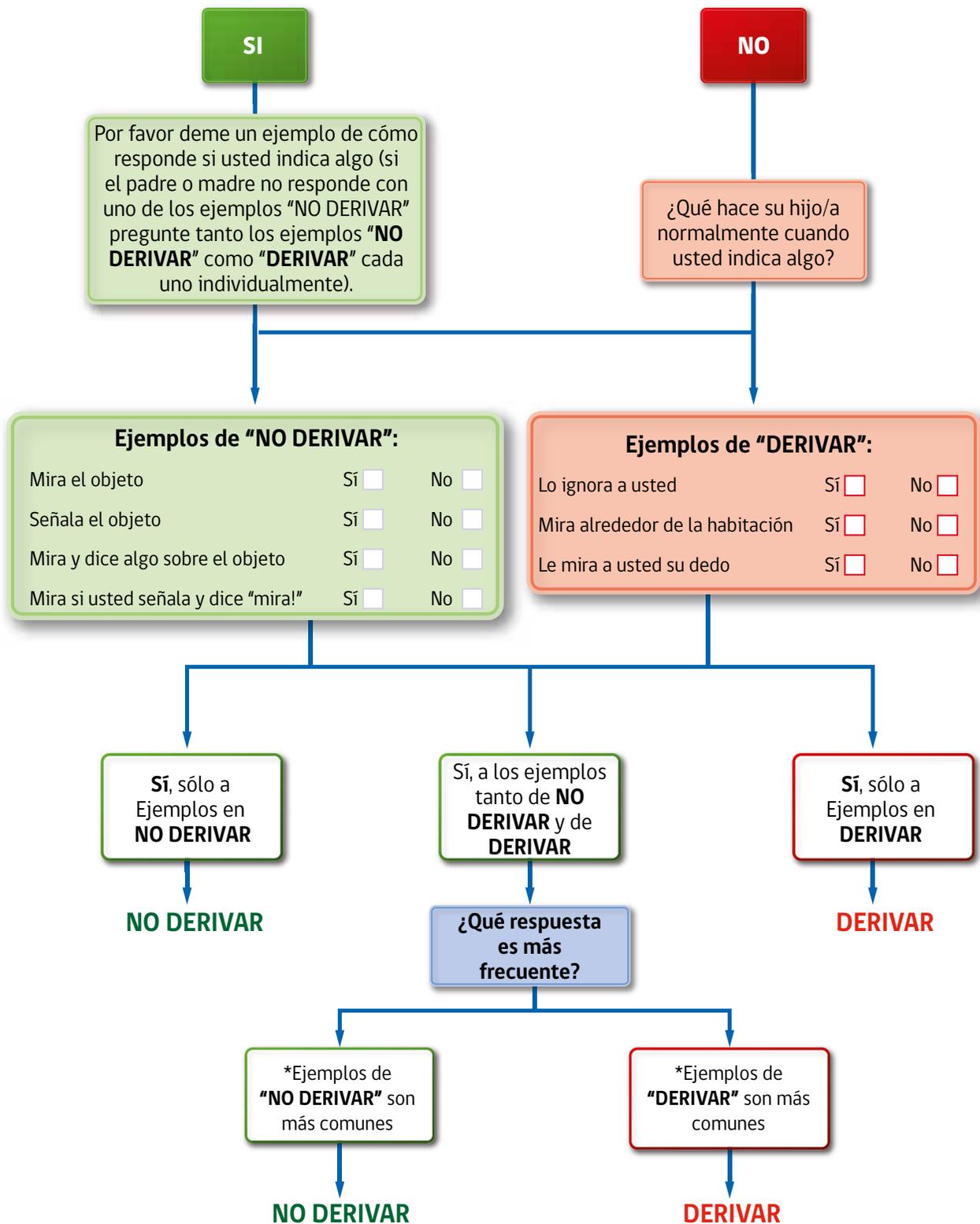
Por favor tenga en cuenta: Sí/No han sido sustituidos por NO DERIVAR/DERIVAR. Con puntuación de 2 o más DERIVAR, se sugiere Derivación para evaluación por especialista.

1	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	No Derivar	Derivar
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	No Derivar	Derivar
3	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de cerner a una muñeca o peluche?)	No Derivar	Derivar
4	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín)	No Derivar	Derivar
5	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	No Derivar	Derivar
6	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo señala un juguete o algo para correr que no puede alcanzar o tomar)	No Derivar	Derivar
7	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	No Derivar	Derivar
8	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca!	No Derivar	Derivar
9	¿Su hijo/a le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de Juguete)	No Derivar	Derivar
10	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	No Derivar	Derivar
11	¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él/ella también le sonrío?	No Derivar	Derivar
12	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	No Derivar	Derivar
13	¿Su hijo/a camina solo?	No Derivar	Derivar
14	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, o juega con él/ella?	No Derivar	Derivar
15	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	No Derivar	Derivar
16	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	No Derivar	Derivar
17	¿Su hijo/a intenta que usted le mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	No Derivar	Derivar
18	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le oíde que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	No Derivar	Derivar
19	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ese da vuelta para ver su cara?)	No Derivar	Derivar
20	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	No Derivar	Derivar

Puntuación Total _____

Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2016.

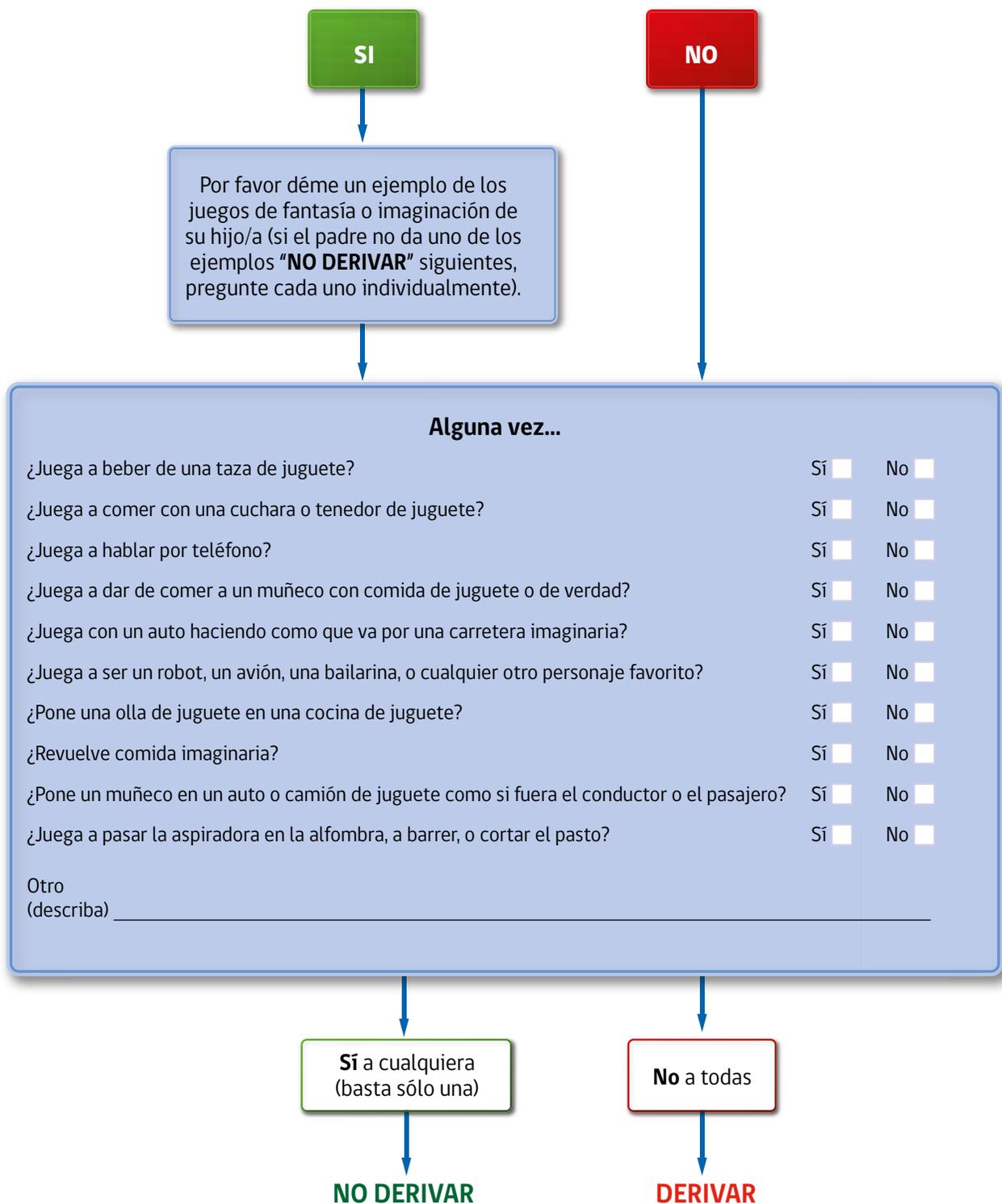
1. Si usted indica algo al otro lado de la habitación, ¿_____ mira hacia lo que usted señala?



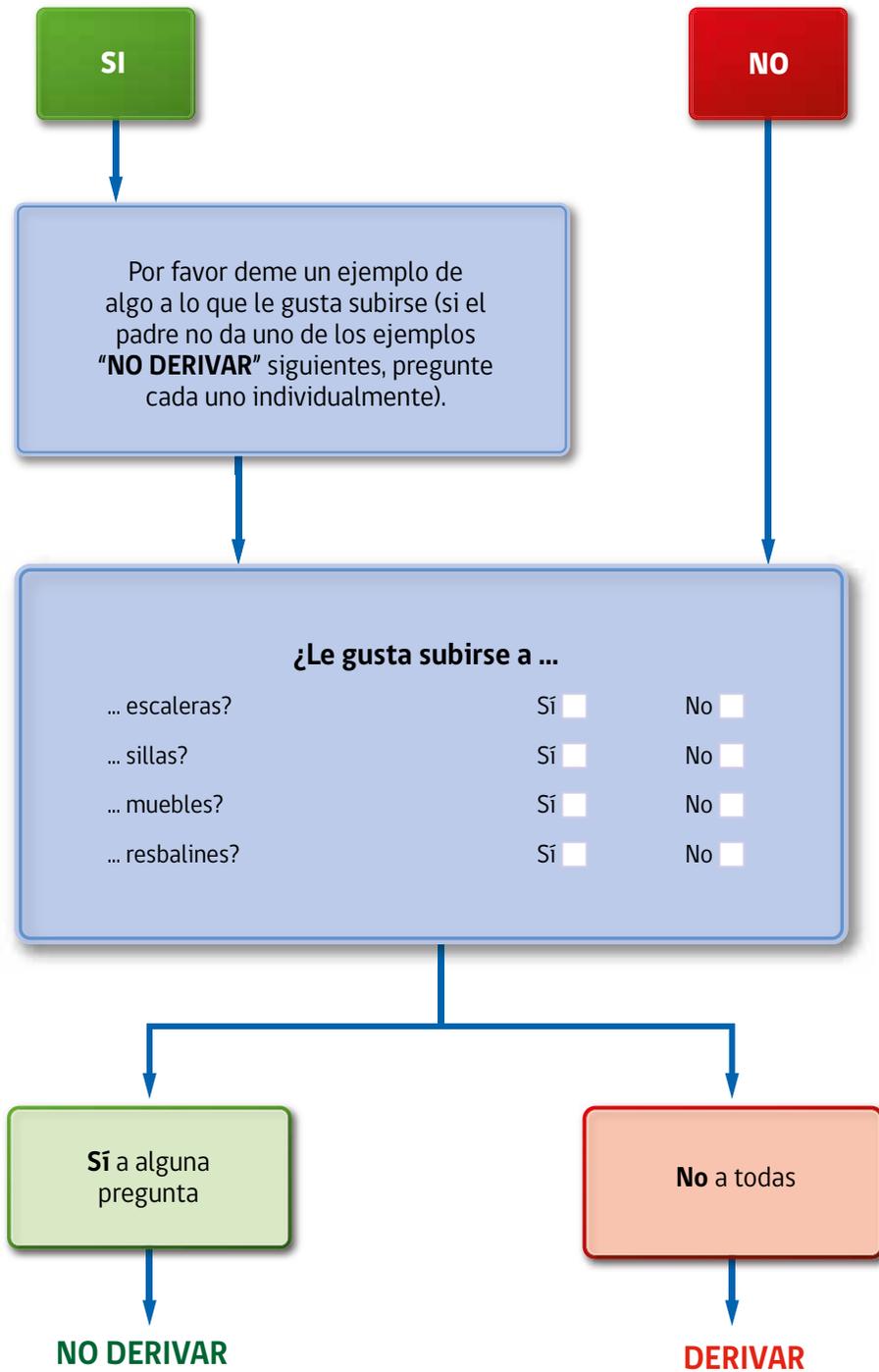
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo es sordo/a?



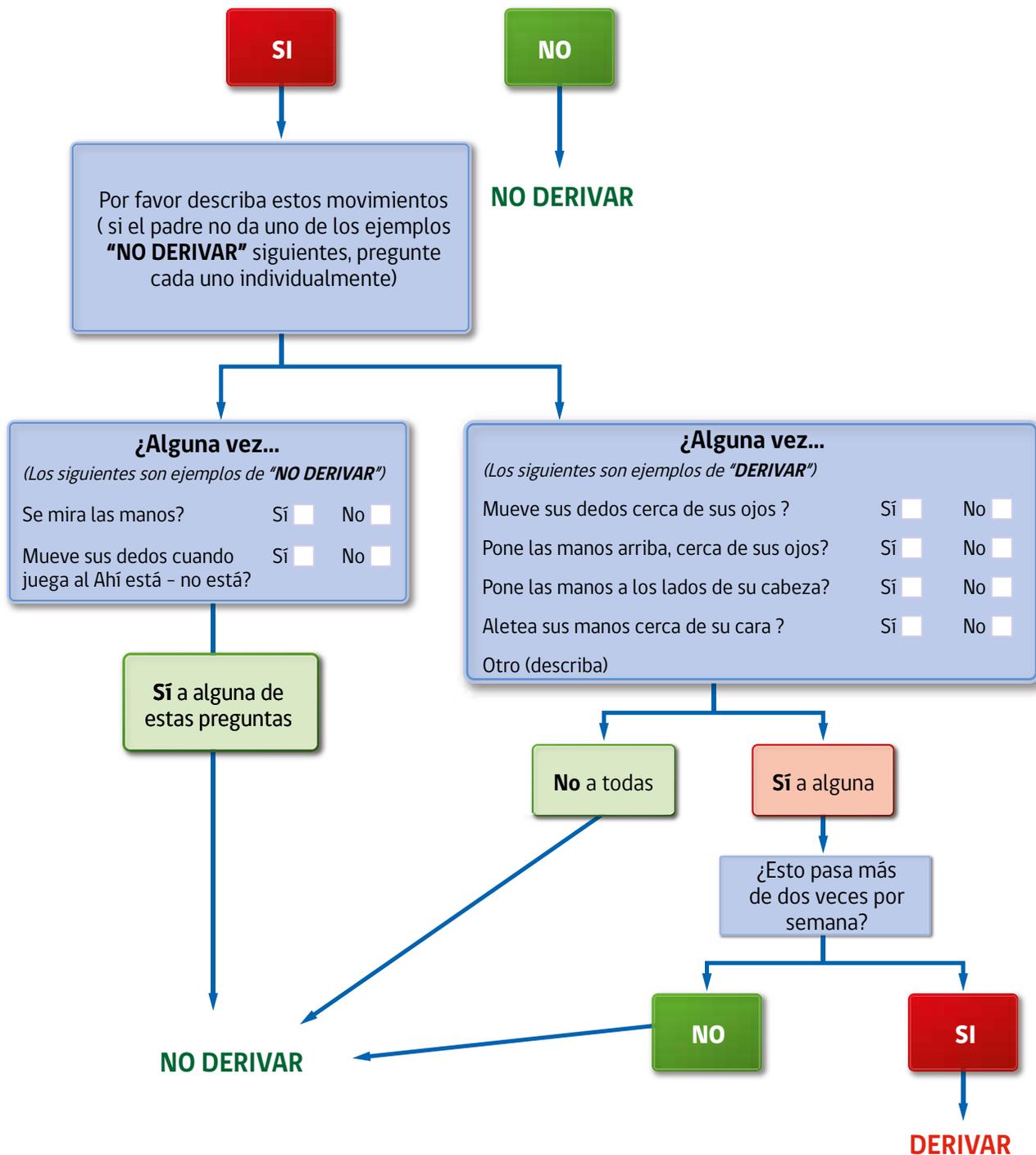
3. ¿_____ realiza juegos de fantasía o imaginación?



4. ¿A _____ le gusta subirse a cosas (como una silla, escalera o resbalín)?

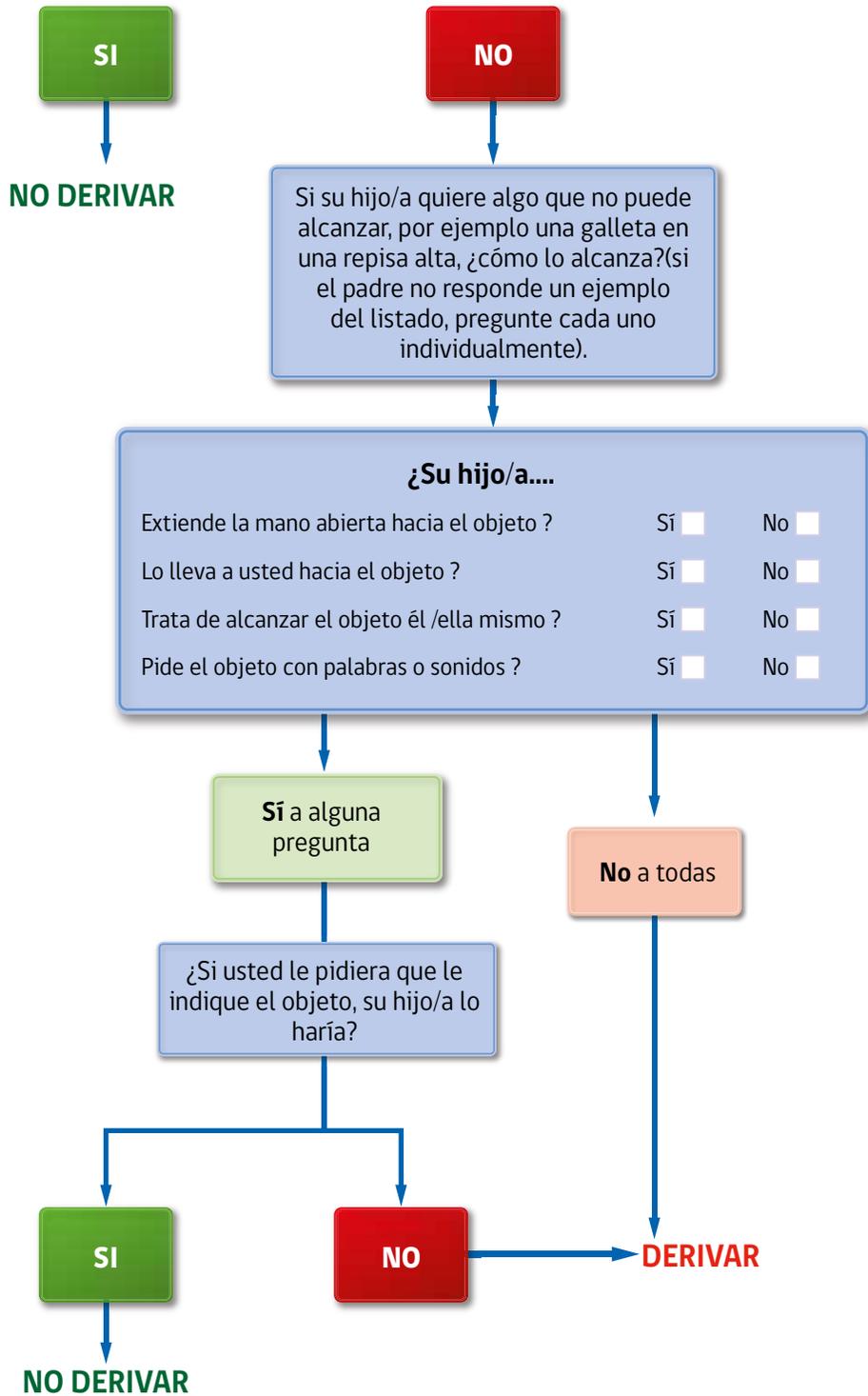


5. ¿_____ hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?

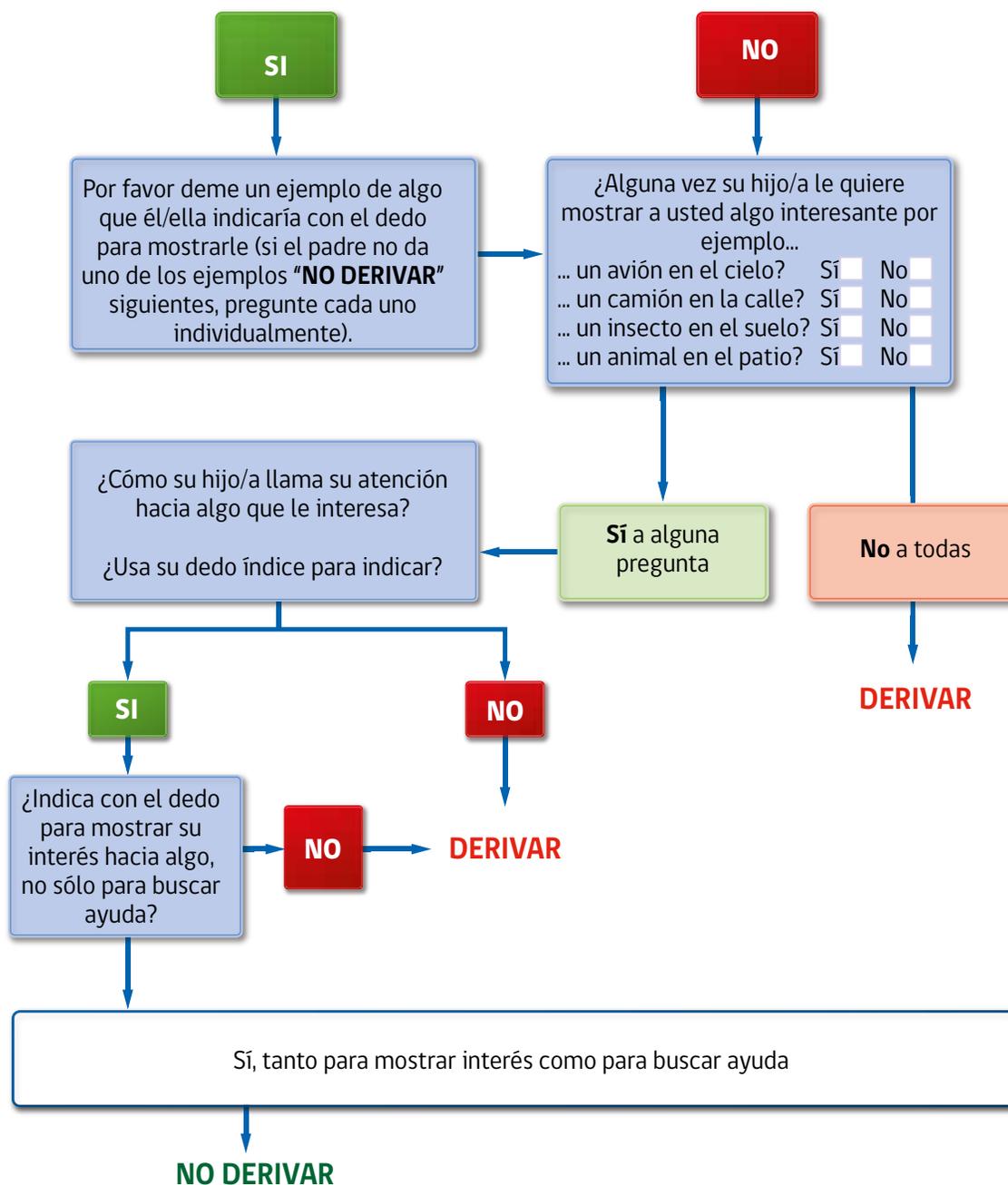


Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile para APS: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020.

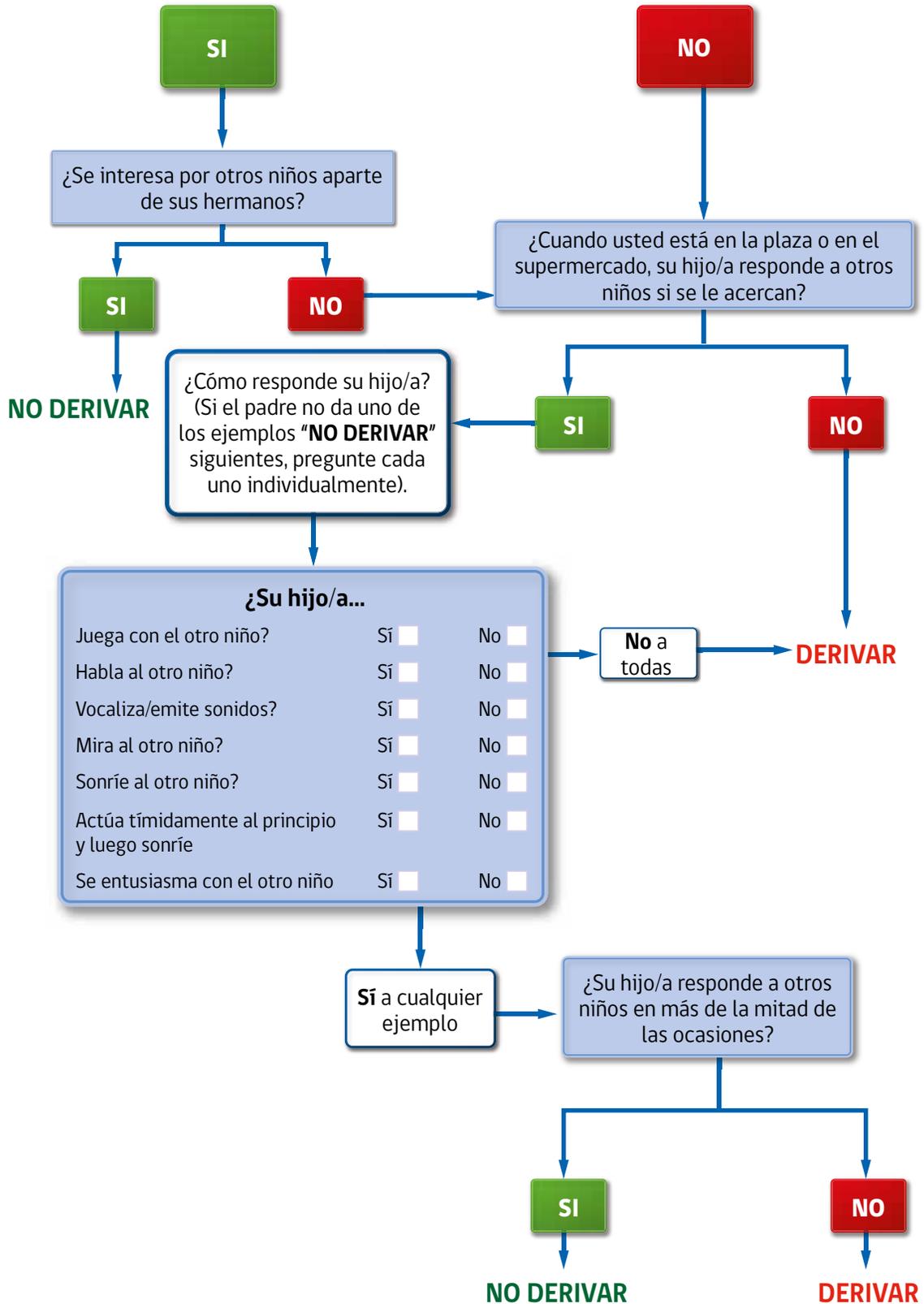
6. ¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo para pedir algo o pedir ayuda?



7. *Si el entrevistador acaba de preguntar el ítem 6, empiece aquí: Acabamos de hablar de indicar o apuntar con un dedo para pedir algo. Preguntar a todos: ¿Su hijo/a señala con un dedo para mostrarle algo interesante?

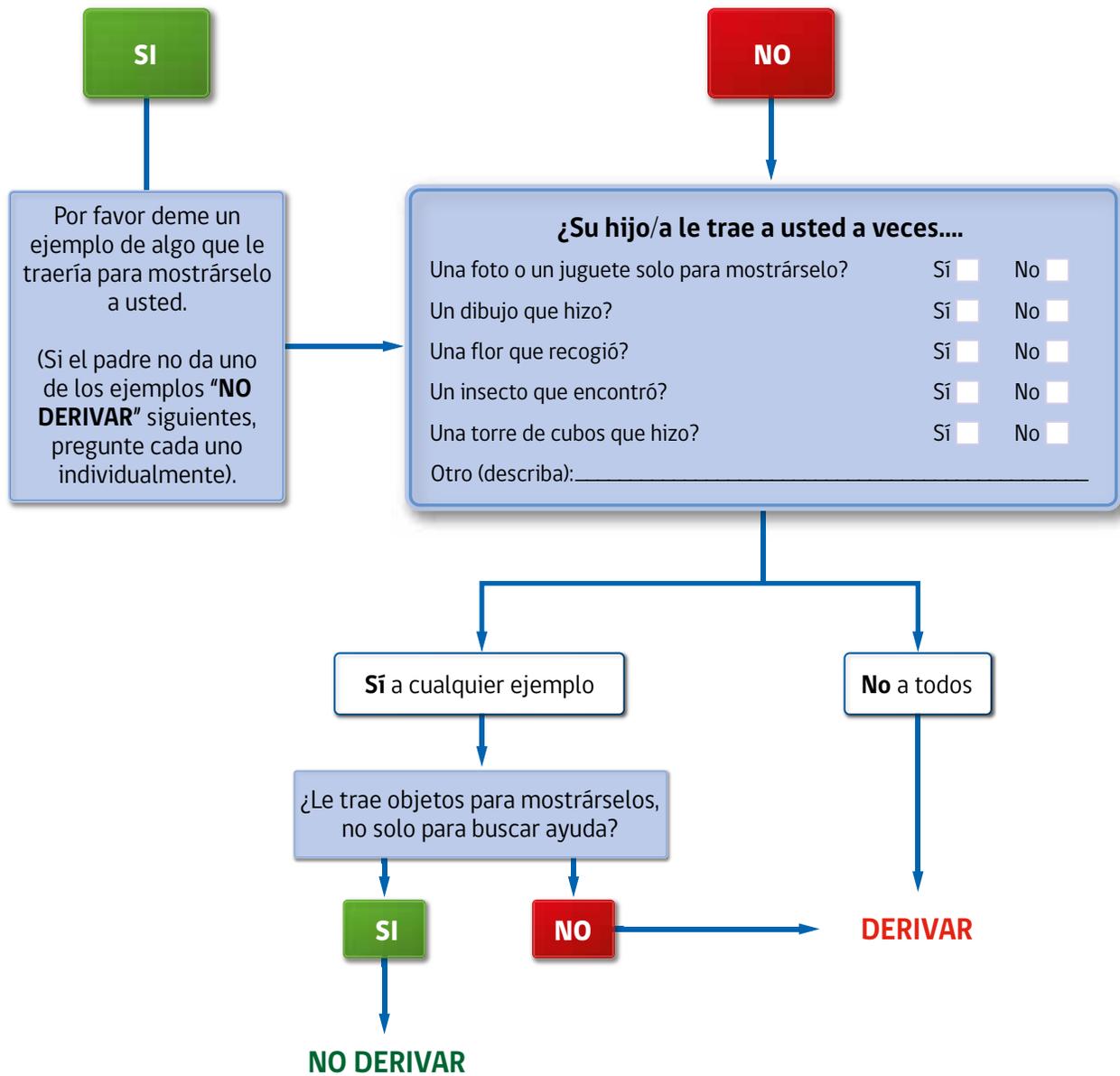


8. ¿ _____ muestra interés en otros niños?

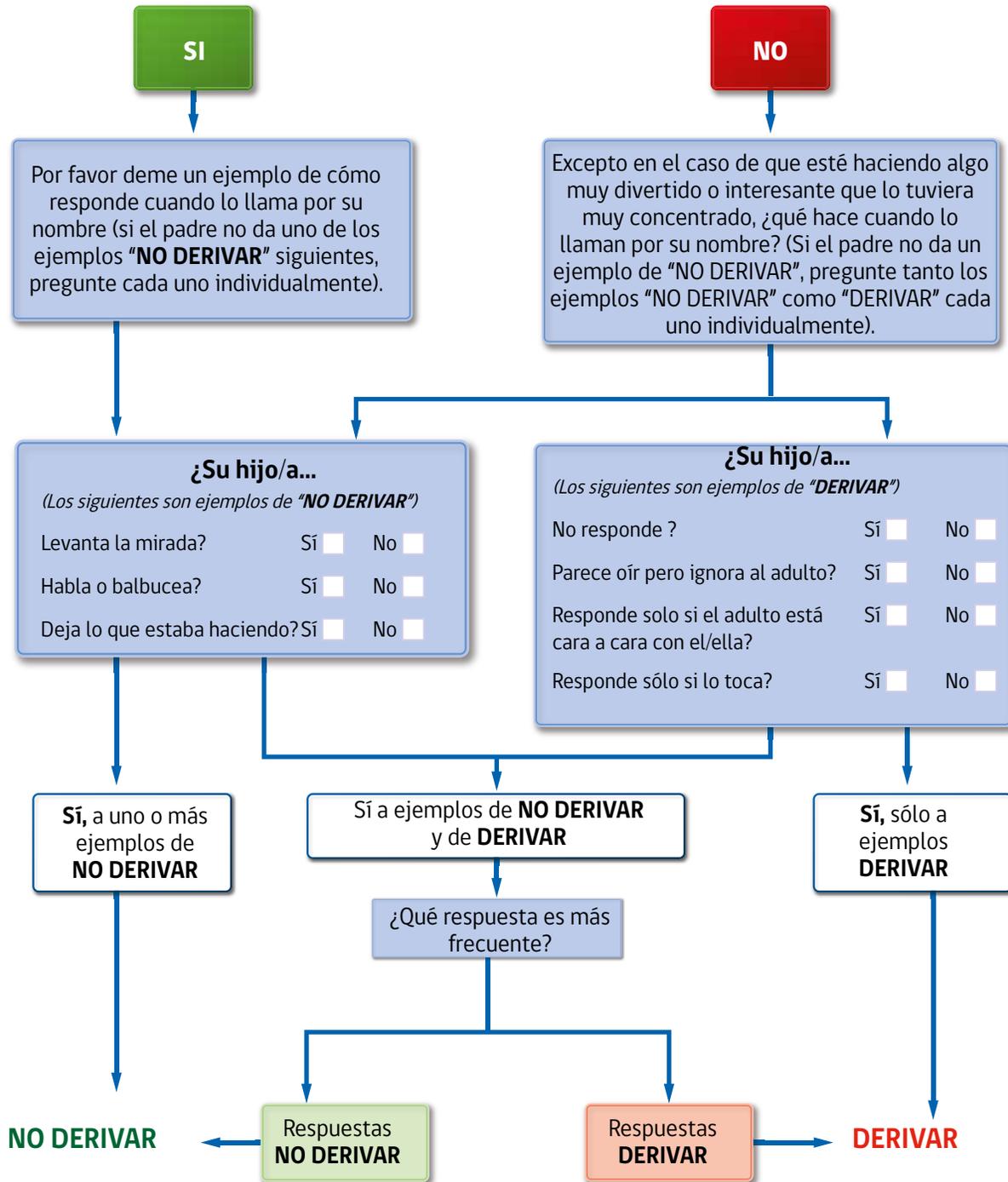


Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile para APS: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020.

9. ¿_____ le muestra o acerca cosas para que usted las vea, no para pedir ayuda, si no solamente para compartirlas con usted?

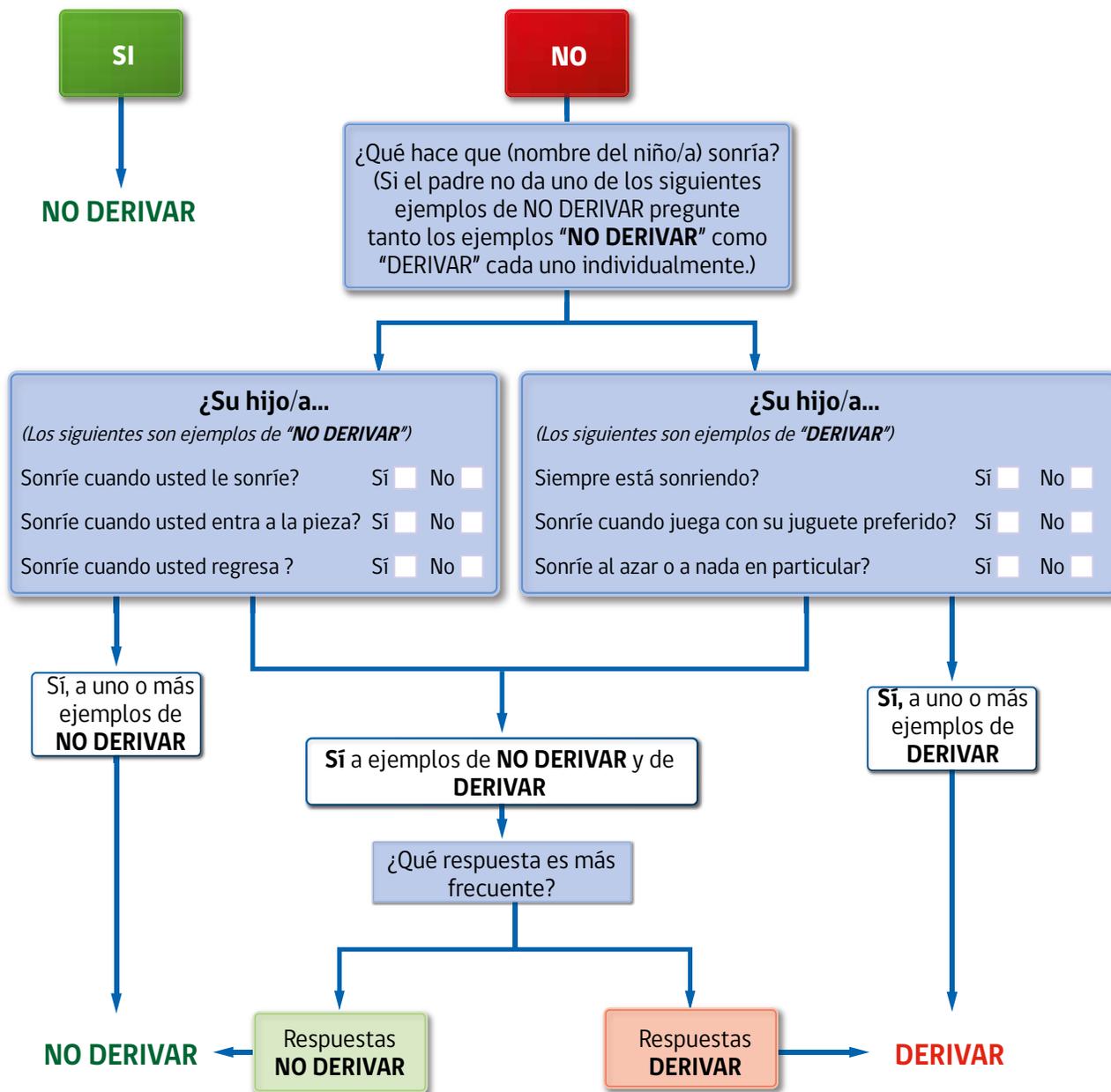


10. ¿ _____ responde cuando usted le llama por su nombre?



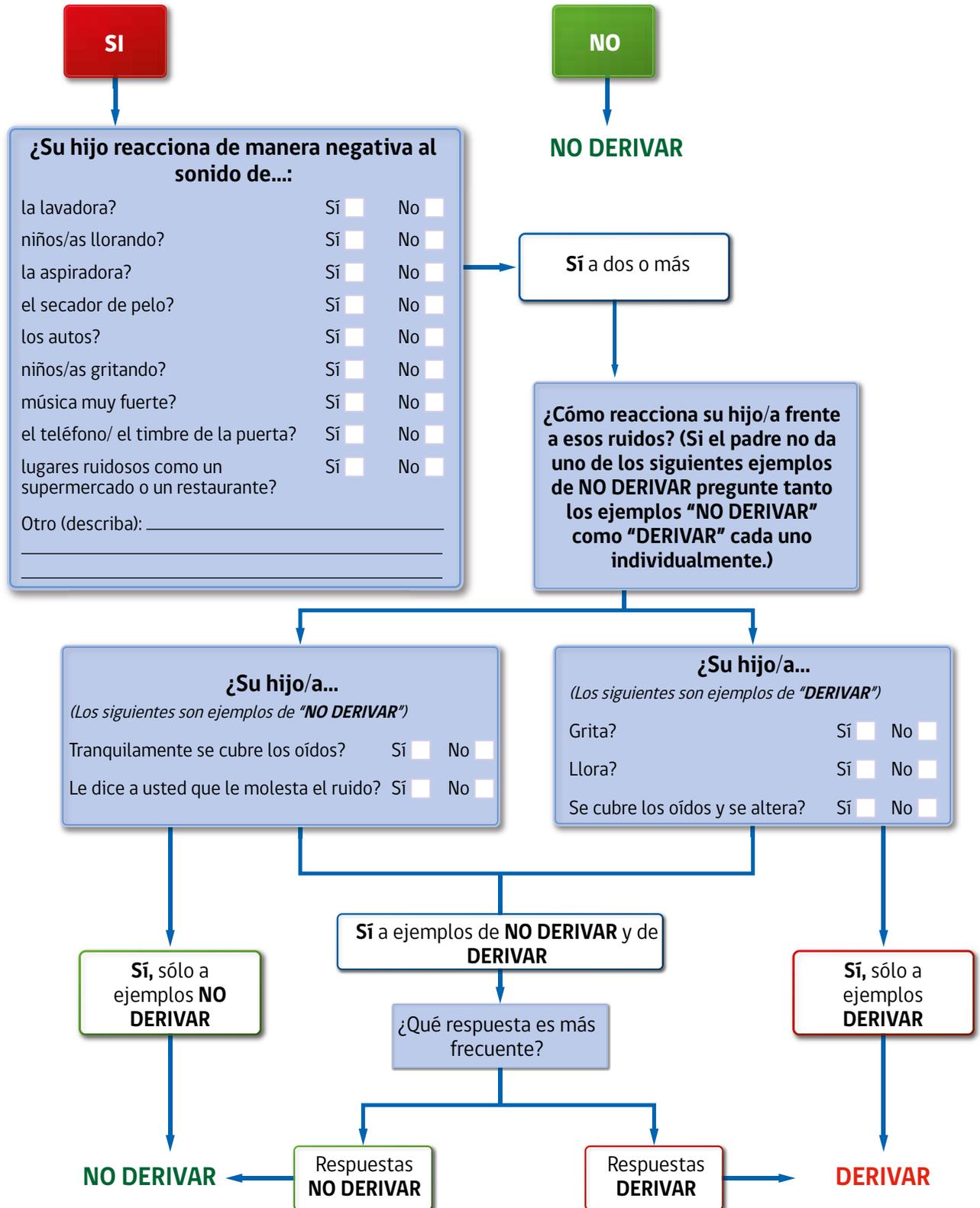
Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile para APS: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020.

11. Cuando usted sonrío a _____, ¿él/ella también le sonrío?



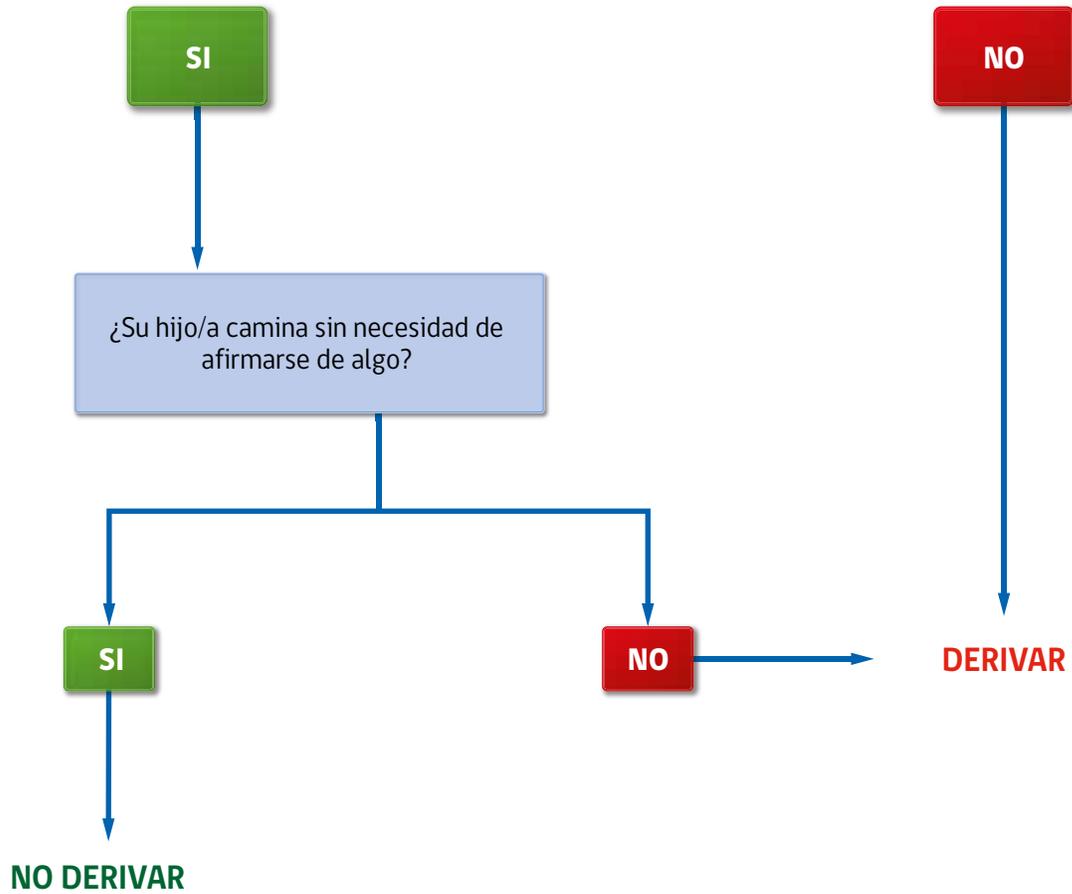
Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile para APS: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020.

12. ¿Le molestan a _____ los ruidos comunes?

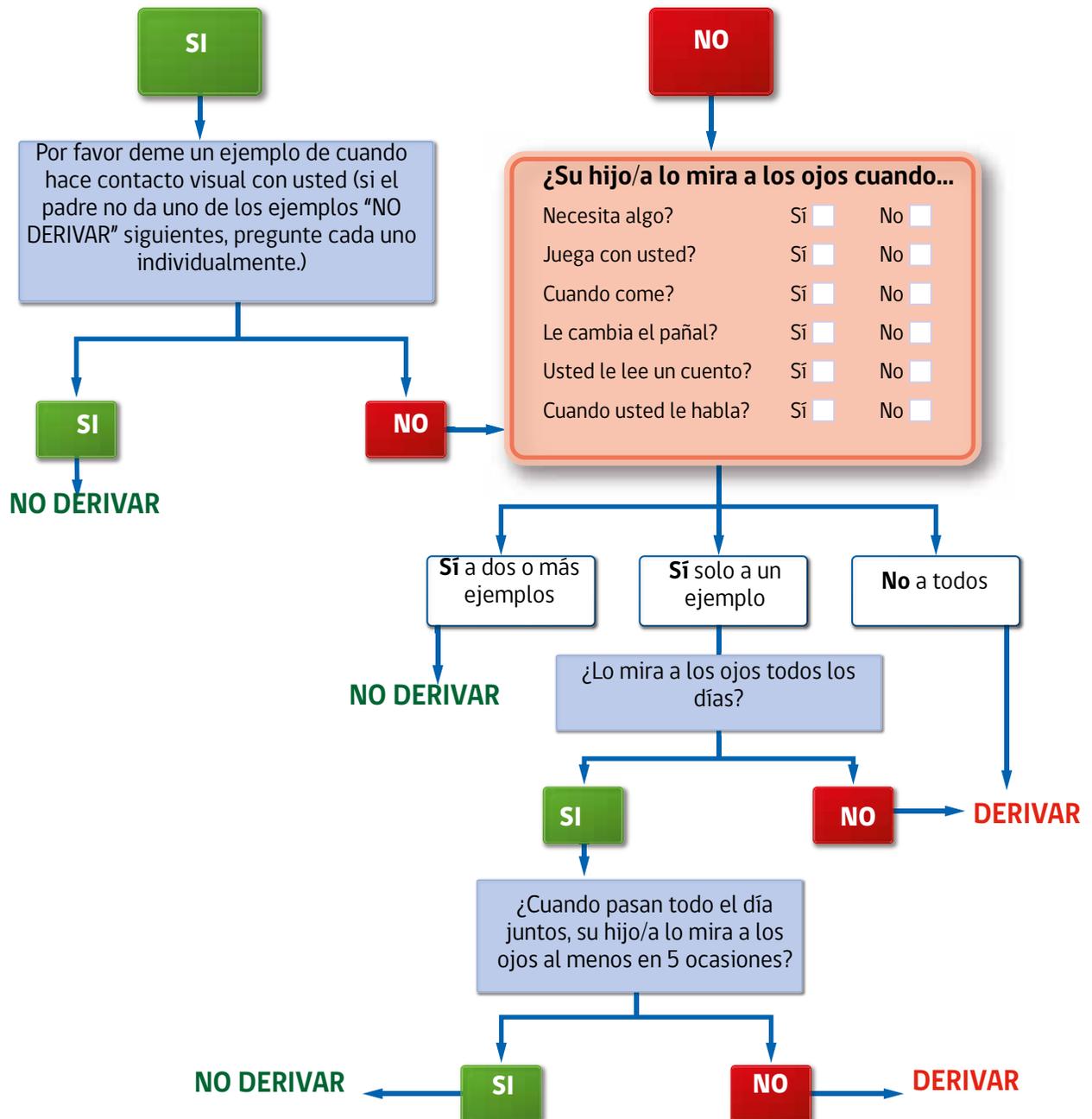


Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile para APS: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020.

13. ¿_____ camina?

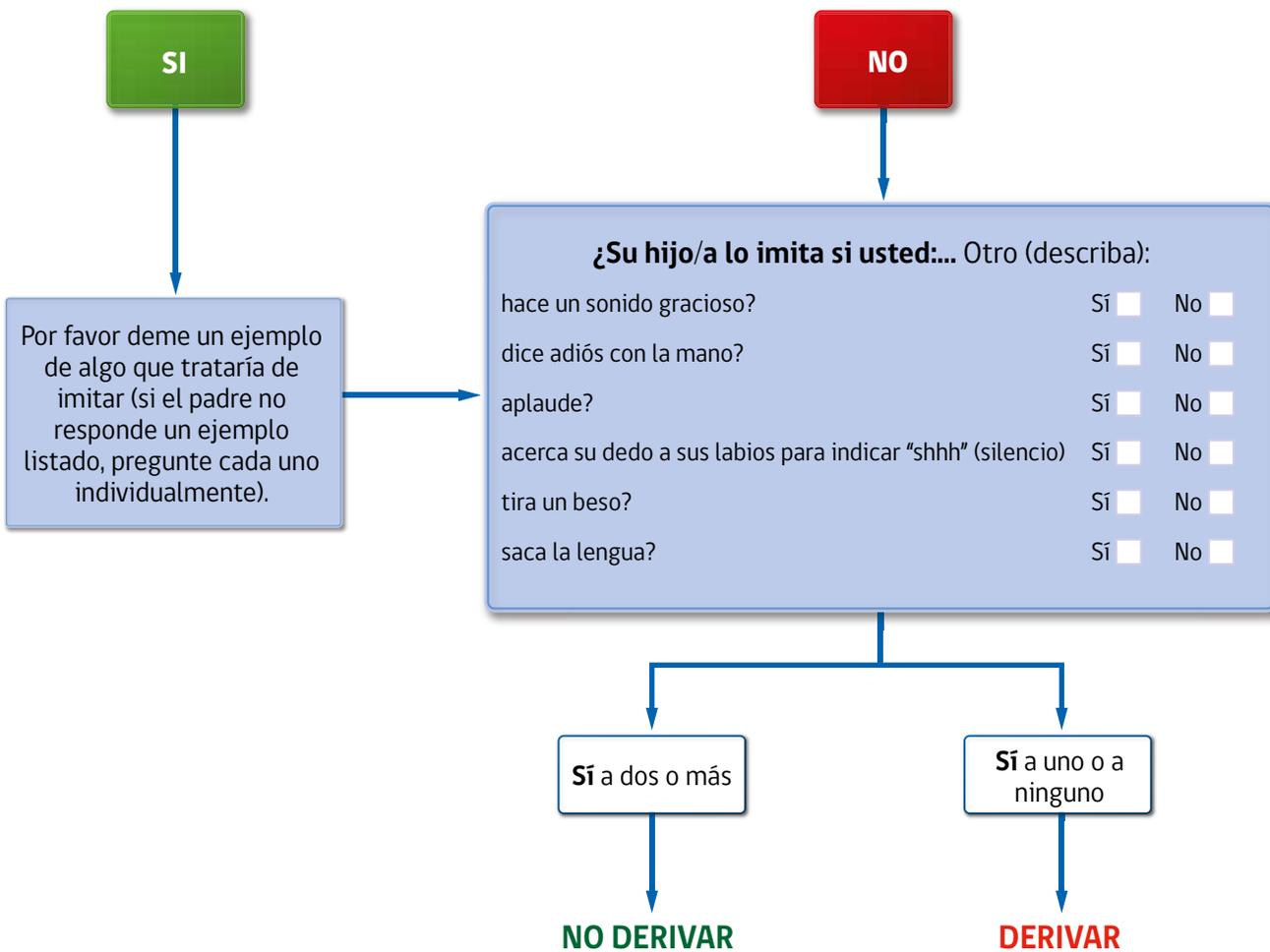


14. ¿_____ lo mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella, o lo viste?

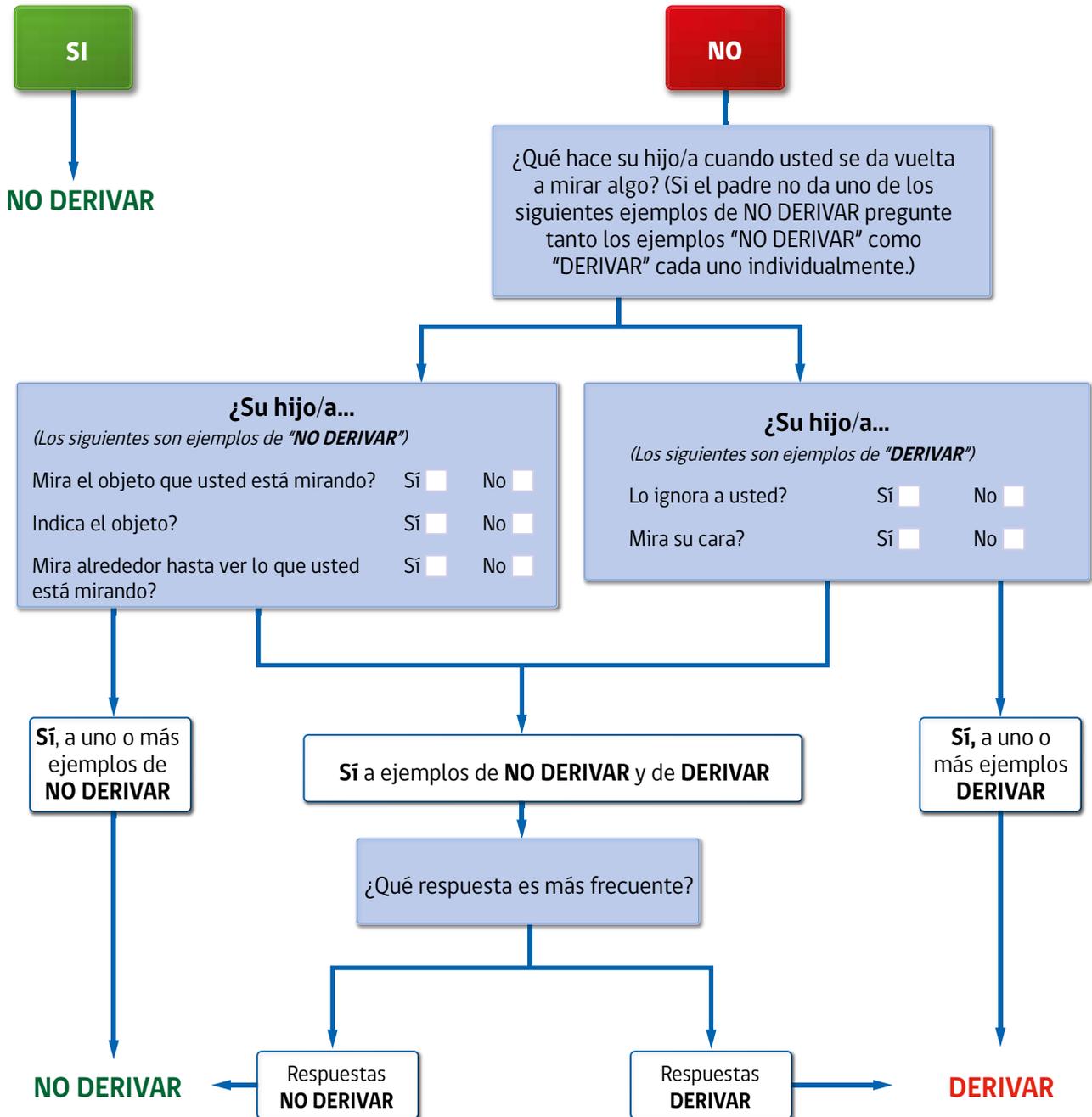


Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile para APS: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020.

15. ¿_____ imita sus movimientos?

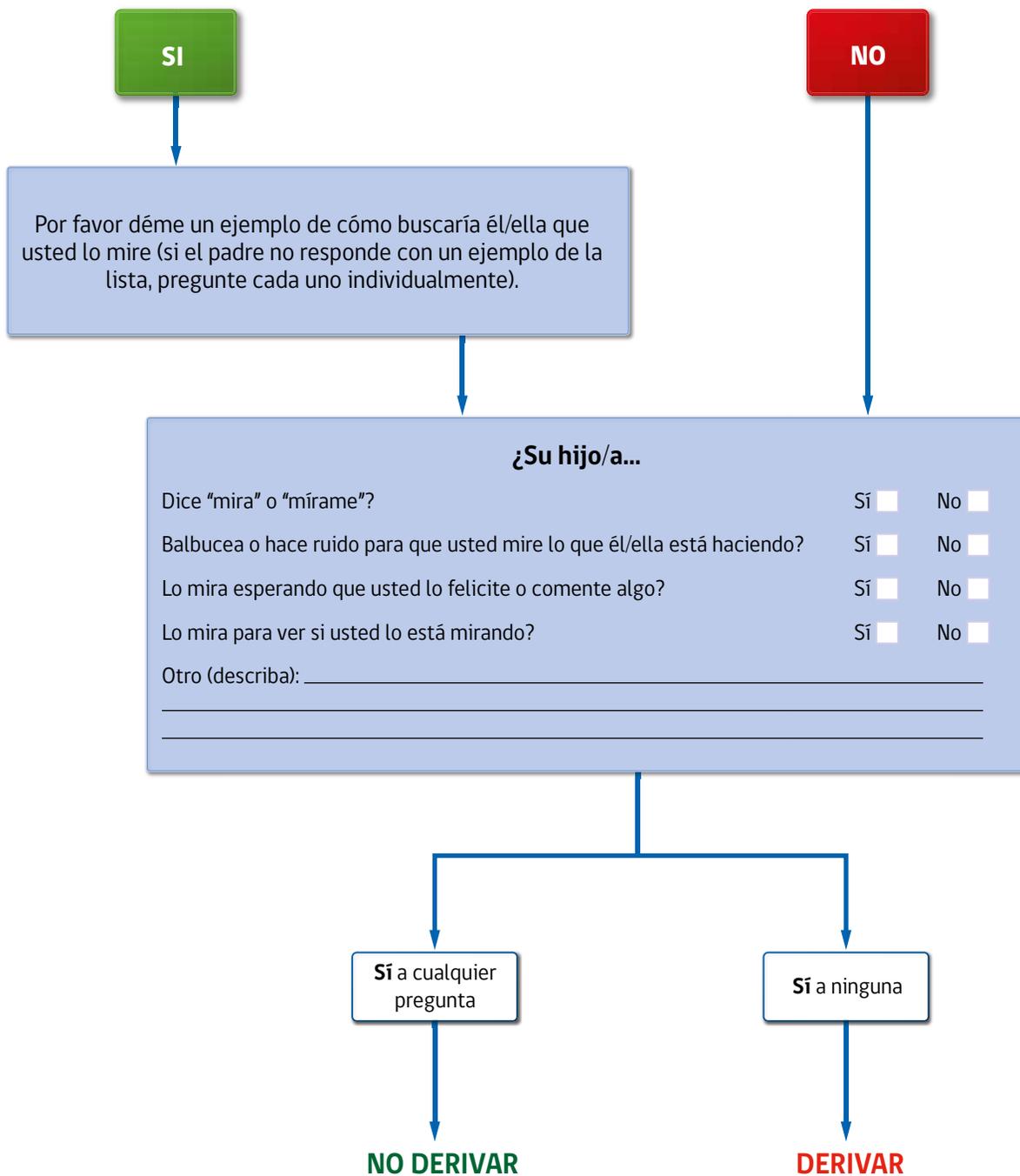


16. Si usted se da vuelta a ver algo, ¿_____ trata de mirar hacia lo que usted está mirando?

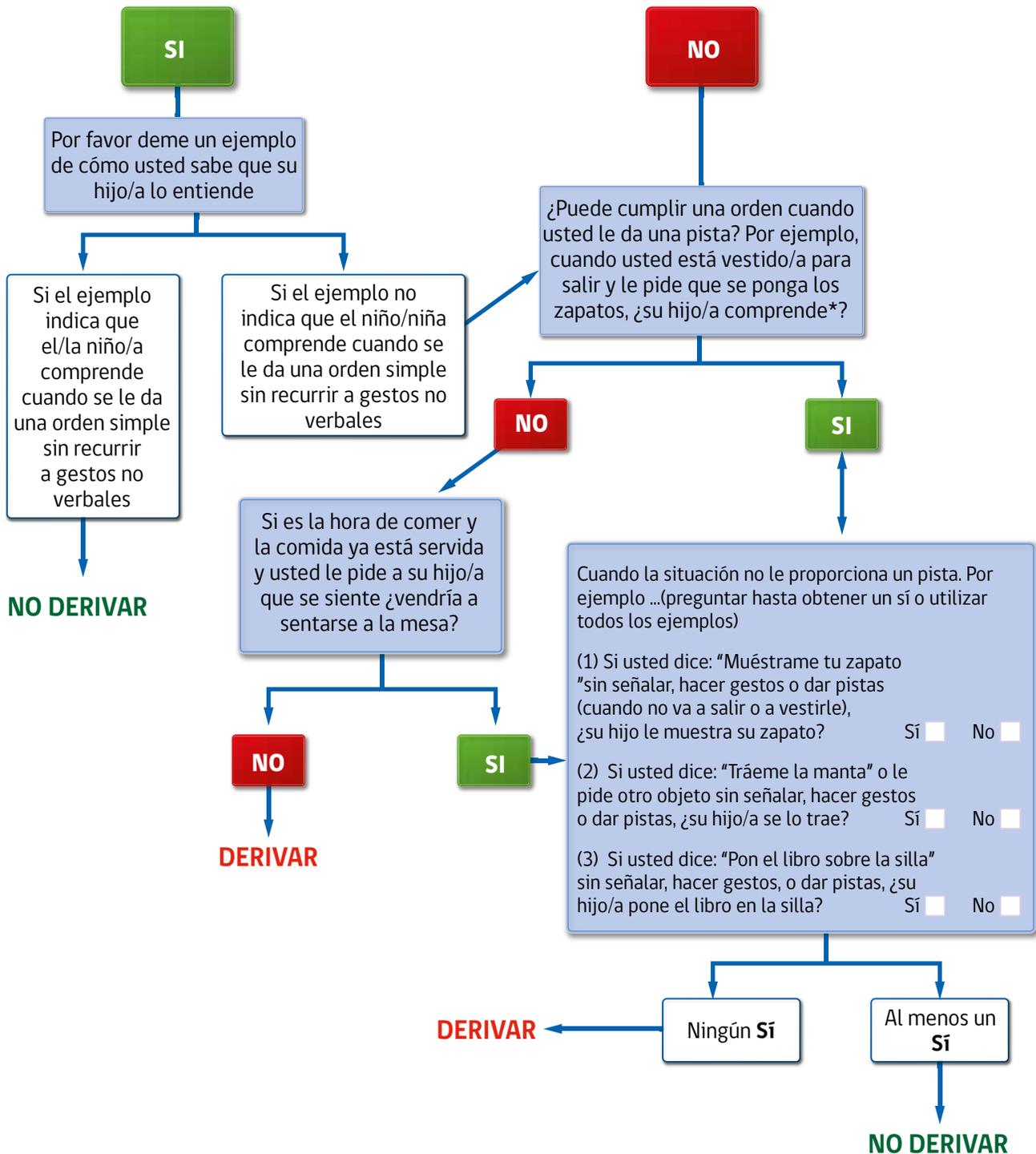


Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile para APS: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020.

17. ¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención?

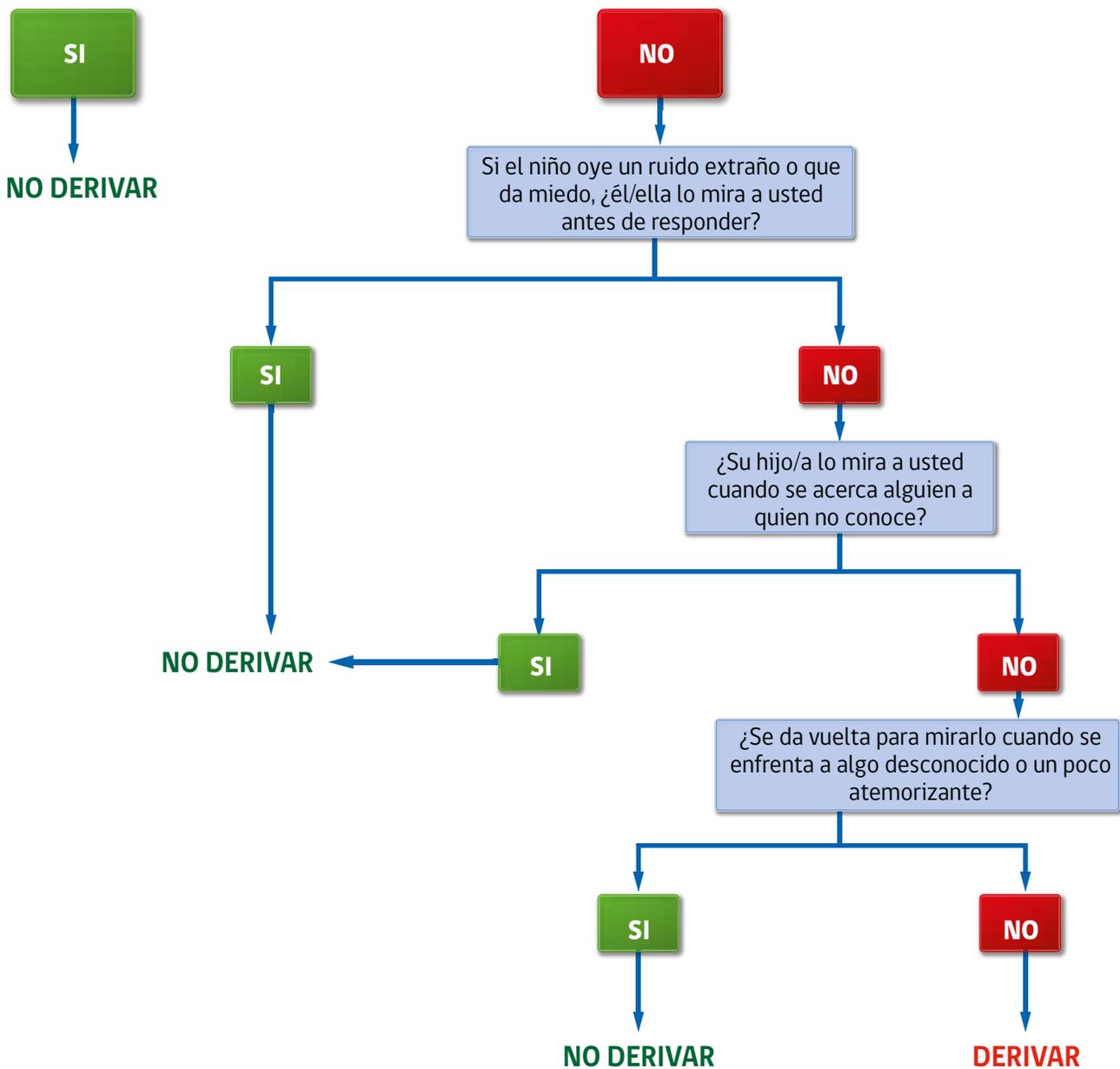


18. ¿_____ le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto?

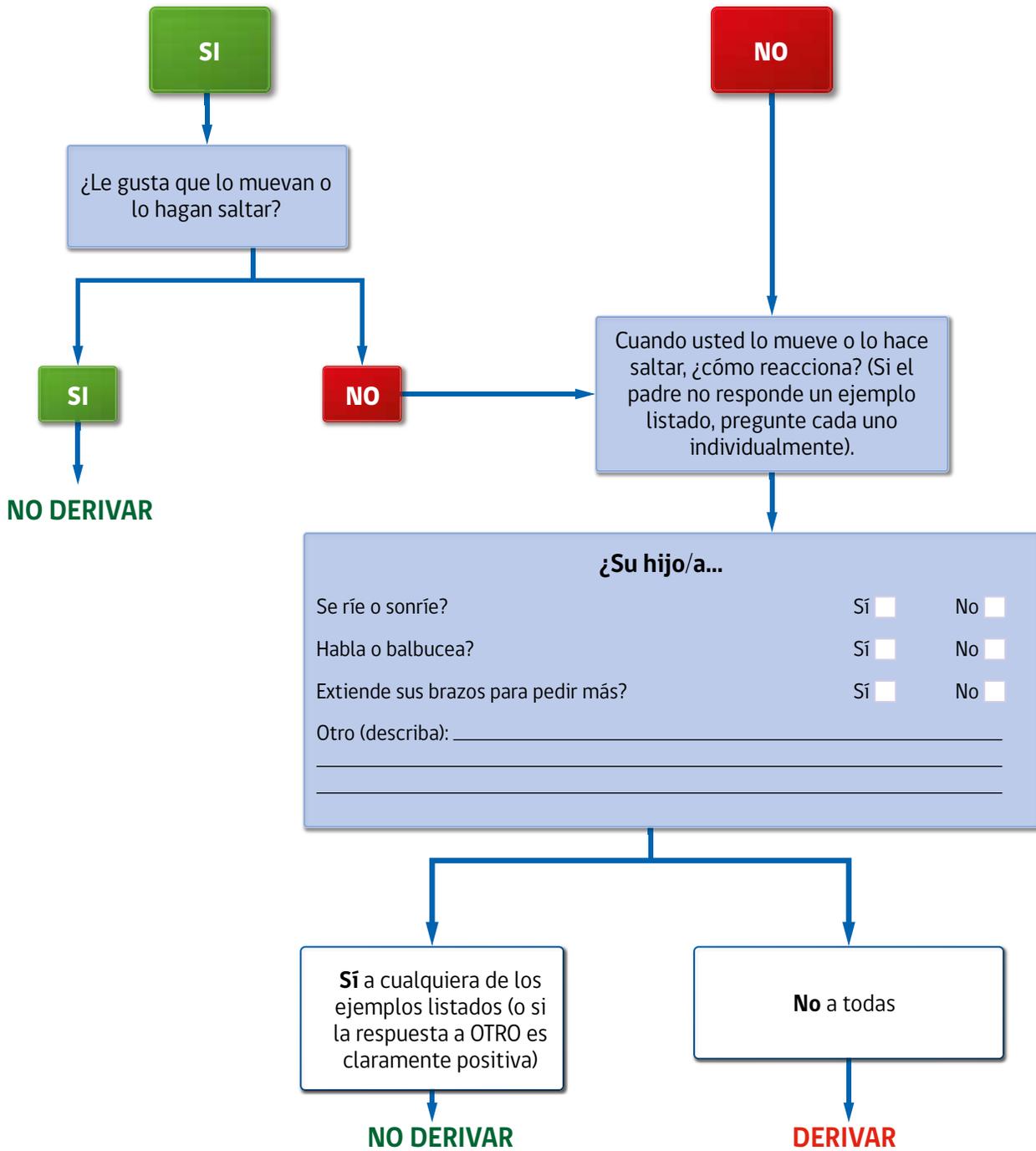


*El comprender hace referencia a que el niño o niña hace algún acto que da a entender que capta la situación, no si ejecuta perfectamente la orden de ponerse los zapatos, puesto que esto es variable según la edad y el nivel del desarrollo del niño al que se le aplica este instrumento.

19. Si ocurre algo que llama la atención de su hijo/a ¿_____ lo mira a usted para ver su reacción?



20. ¿Le gustan a _____ los juegos con movimiento?



ANEXO 22. SCORE DE RIESGO DE MORIR POR NEUMONÍA (SCORE IRA)

FACTOR DE EDAD RIESGO	Pje.	EDAD							
		1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	8 m	12 m
Malformación congénita	11								
Tabaquismo materno	6								
Hospitalización anterior	6								
Desnutrición (Peso/Edad: -2DS)	5								
Baja escolaridad materna	4								
Bajo peso de nacimiento (menos de 2500 g)	3								
Lactancia materna insuficiente (LM + LA)	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 lactantes son clasificados:

RIESGO LEVE	0-5 puntos
RIESGO MODERADO	6-9 puntos
RIESGO GRAVE	Mayor o igual a 10 puntos

ANEXO 23. 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, es necesario revisar la presencia de los factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso para niños o niñas.

Los factores de riesgos pesquisados en el control de salud deben ser abordados y registrados en el mismo control. Asimismo, deberán ser intervenidos en las posteriores consultas de nutrición.

Las acciones por realizar, con aquellos niños o niñas con pauta de riesgo alterada, deberán regirse de acuerdo con la Norma de Malnutrición vigente.

	FACTORES DE RIESGO PARA NIÑOS Y NIÑAS EUTRÓFICOS	SÍ	NO
		1 pto	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 punto.
CON RIESGO	Mayor o igual a 2 puntos, citar a taller grupal nutricional.

ANEXO 24. COMPONENTES DEL PROGRAMA VIDA SANA

Este programa tiene el objetivo disminuir la malnutrición por exceso en usuarios/as entre 6 meses y 64 años de edad inscritos/as en el sistema de atención primaria de salud. Este programa cuenta con cupos comunales que podrán distribuirse de manera flexible de acuerdo con la situación local.

En el grupo de los niños y niñas se consideran algunos criterios como son:

- Perímetro de cintura aumentado,
- Sobrepeso u obesidad,
- Menores de 15 años con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión.

PROPÓSITO DEL PROGRAMA

Contribuir a disminuir enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus tipo II en la población chilena, a través de una intervención en los hábitos de alimentación y la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres embarazadas.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación con la condición física, en beneficiarios de FONASA de 6 meses a 64 años de edad.

CRITERIO DE INCLUSIÓN PARA BENEFICIARIOS

Población inscrita en los centros de salud de atención primaria, validada por FONASA, que cumpla con los siguientes criterios:

Niños y niñas, adolescentes y adultos de 6 meses a menores de 65 años con diagnóstico de sobrepeso y obesidad

Niños, niñas u adolescentes menores de 15 años con diagnóstico de hipertensión y/o Diabetes Mellitus tipo II que tengan sobrepeso u obesidad.

COMPONENTES

El Programa Elige Vida Sana presenta dos componentes que se desarrollan en paralelo durante la intervención.

COMPONENTE 1: Alimentación Saludable

Este componente abarca las prestaciones realizadas por el equipo multidisciplinario compuesto por los siguientes profesionales: nutricionista, psicólogo/a y profesional de actividad física que prestarán consultas individuales y, además, realizar los círculos de vida sana, con el propósito de potenciar el cambio de hábito hacia una alimentación saludable y sostenible en el tiempo.

A las prestaciones grupales (círculo de vida sana) pueden asistir beneficiarios indirectos, entendidos como compañeros de curso, familiares, vecinos o compañeros de trabajo, que acompañen al beneficiario directo y que tienen un vínculo que permitirá contribuir a fortalecer las modificaciones en el entorno.

COMPONENTE 2: Actividad Física y Tiempo Libre

Corresponden a las prestaciones relacionadas con las actividades físicas y familiares recreativas. En ese sentido, este componente entregará acceso a la práctica de actividad física y actividades de recreación en comunidad y en entornos saludables, con el propósito de potenciar el cambio de hábito hacia una vida activa. Estas actividades se podrán realizar en el centro de salud o en un espacio comunitario según espacio disponible en la comuna.

Los objetivos por cada tramo etario son:

- Niños y niñas de 6 meses a 5 años
 - a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario.
 - b) Aumentar nivel de Actividad Física
 - c) Niños y niñas hasta 4 años de edad mejorar ZScore de peso/talla según edad y sexo.
 - d) Niños y niñas de 5 años mejorar ZScore de IMC.
 - e) De 2 a 5 años mejorar la condición física, en términos de capacidad motora.
 - f) Asistencia a sesiones mínimas de actividad física del menor de 2 años junto con madre, padre o cuidadora
- Niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años
 - a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario.
 - b) Aumentar nivel de Actividad Física.
 - c) De 6 a 19 años mejorar ZScore de IMC.
 - d) De 6 a 19 años disminuir el perímetro de cintura.
 - e) De 6 a 19 años mejorar la condición física.

ANEXO 25. CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS

Recolectar información de salud y antecedentes del niño o niña desde kínder a cuarto básico que recibirá el control de salud escolar en establecimiento educacional. Existen dos formatos de cuestionario, 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 de Tanner). En esta sección la madre, padre o cuidador o 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 a la descripción.

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/a 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 llenado 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.

CRITERIO DE DERIVACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR

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/a 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	
Zona inguinal	10	
Pubertad	11	Derivación a médico/a de red de salud de atención primaria para estudio de adrenergia
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/a de atención primaria o de red correspondiente para manejo y/o eventual derivación
Deposiciones / Anal	3, 4, 5 y 6	
Genital	7	
Zona inguinal	8	
Pubertad	9 y 15 (si es antes de los 8 años)	Derivación a médico/a de red de salud de atención primaria para estudio de adrenergia
Respiratorio	10, 11, 12 y 13	Derivar a médico IRA o a kinesióloga 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, padre o el/la cuidador/a principal y tiene como objetivo apoyar el control de salud escolar 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 requiera intervención y es complementario a las preguntas y examen físico que se realizará en el establecimiento educacional. Por protección a los niños el examen escolar no incluye una revisión de los genitales, salvo que la madre, padre o cuidador principal estén presentes y lo autorice. Es por esto que se realizan algunas preguntas de desarrollo genital, así como algunas preguntas orientadas a detectar problemas de salud. La información que nos reporte es muy relevante para poder prevenir enfermedades y promover la salud de su hijo, por lo que 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/a jefe, quien se los entregará al profesional de salud que realice el control de salud.

Nombre Completo			
RUT			
Fecha de Nacimiento		Edad (años y meses cumplidos)	
Nombre de la madre, padre o cuidador/a			
Dirección		Teléfono	
Colegio		Curso	

Marque una X la opción que corresponda a su hijo:

PREGUNTAS		SÍ	NO
1	¿Se orina (o se hace pipí) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2	¿Se queja de dolor frecuente al orinar (hacer pipí)?		
3	¿Elimina deposiciones de manera involuntaria (se hace caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4	¿Ha visto en el último mes parásitos (gusanos) en sus deposiciones (caca) o en zona anal?		
5	¿Mancha los calzoncillos con secreción o deposiciones (caca) 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?		
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.

ESTADIOS	GENITALES (PENE Y TESTÍCULOS)	INDIQUE ESTADIO	VELLO PÚBLICO (PELOS EN PUBIS)	INDIQUE ESTADIO
Estadio 1	El pene y testículos no han cambiado, siguen siendo infantiles.		No hay pelos en zona púbica.	
Estadio 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.	
Estadio 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.	
Estadio 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).	
Estadio 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.	

Estadios de Tanner



Estadio 1:
Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.



Estadio 2:
Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.



Estadio 3:
Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.



Estadio 4:
Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.

Estadio 5:
Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Indique las enfermedades que actualmente presenta su hijo (considerando el último mes).

Indique los medicamentos que actualmente le da a su hijo.

Indique las cirugías que le hayan realizado a su hijo y la razón de éstas.

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, padre o el/la cuidador/a principal y tiene como objetivo apoyar el control de salud escolar 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 requiera intervención y es complementario a las preguntas y examen físico que se realizará en el establecimiento educacional. Por protección a las niñas, el examen escolar no incluye una revisión de los genitales, salvo que la madre, padre o cuidador principal estén presentes y lo autorice. Es por esto que se realizan algunas preguntas de desarrollo genital, así como algunas preguntas orientadas a detectar problemas de salud. La información que nos reporte es muy relevante para poder prevenir enfermedades y promover la salud de su hija, por lo que 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/a jefe, quien se los entregará al profesional de salud que realice el control de salud.

Nombre Completo			
RUT			
Fecha de Nacimiento		Edad (años y meses cumplidos)	
Nombre de la madre, padre o cuidador/a			
Dirección		Teléfono	
Colegio		Curso	

Marque una X la opción que corresponda a su hija:

PREGUNTAS		SÍ	NO
1	¿Se orina (o se hace pipí) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2	¿Se queja de dolor frecuente al orinar?		
3	¿Elimina deposiciones de manera involuntaria (se hace caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4	¿Ha visto en el último mes parásitos (gusanos) en sus deposiciones (caca) o en zona anal?		
5	¿Mancha los calzones con secreción o deposiciones (caca) 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?		
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?		
	¿Qué edad (años y meses) tenía la niña cuando tuvo su primera menstruación?		

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.

ESTADIOS	MAMAS (PECHO)	INDIQUE ESTADIO	VELLO PÚBLICO (PELOS EN PUBIS)	INDIQUE ESTADIO
Estadio 1	No tiene desarrollo alguno, puede haber un poco de grasa blanda en zona mamaria.		No hay pelos en zona púbica.	
Estadio 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.	
Estadio 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.	
Estadio 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).	
Estadio 5	Mama desarrollada en la que sólo sobresale el pezón.		Vello se extiende hacia los muslos.	

Estadios de Tanner



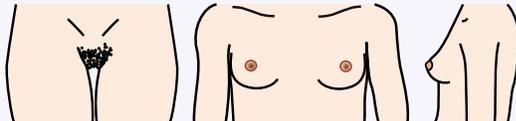
Estadio 1:
Pecho infantil, sin vello púbico.



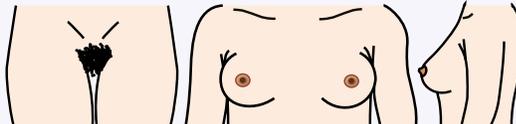
Estadio 2:
Botón mamario, vello púbico no rizado escaso en labios mayores



Estadio 3:
Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.



Estadio 4:
Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.



Estadio 5:
Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Indique las enfermedades que actualmente presenta su hija (considerando el último mes).

Indique los medicamentos que actualmente le da a su hija.

Indique las cirugías que le hayan realizado a su hija y la razón de éstas.

Indique alguna inquietud que tenga al respecto a la salud de su hija.

ANEXO 27. SISTEMA DE REGISTRO, DERIVACIÓN Y MONITOREO (SRDM)

Según el Reglamento del Subsistema Chile Crece Contigo, (<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1113966>), establece que el Ministerio de Desarrollo Social deberá considerar diseñar, administrar y mantener a disposición de las distintas entidades que entregan acciones y prestaciones en el marco del Subsistema, un sistema de registro informático en línea que permita contar con información relevante para el seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas que sean beneficiarios, y de sus respectivas familias o cuidadores, cuando corresponda. Es por esto que el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM), constituirá el soporte de información y comunicaciones para realizar la coordinación y supervisión de las acciones de acompañamiento y seguimiento de la trayectoria del desarrollo integral de los niños y niñas usuarios del Subsistema Chile Crece Contigo a través del registro de atención de las gestantes, niñas y niños, sus familias o cuidadores, cautelando el tratamiento de datos calificados como datos sensibles de conformidad a la normativa vigente.

Este sistema lo utilizará, principalmente, los prestadores del Subsistema (en este caso salud, social y educación). Los cuales deberán cumplir con el registro y monitoreo de la activación y derivación de las acciones y beneficios del Subsistema, así como las estipulaciones destinadas a velar por la seguridad en el acceso a la información contenida en el mismo.

Por lo tanto, salud deberá registrar a los beneficiarios del Programa Eje PADBP logrando ingresar las condiciones de riesgo biopsicosocial y vulnerabilidad de los beneficiarios del Subsistema, evaluaciones del DSM, entre otros para que estos puedan ser derivados, cuando corresponda, a los organismos públicos o privados que, por su participación en el Subsistema, deban proveerles atención. Asimismo deberá efectuar el seguimiento y resolución de las derivaciones de los niños y niñas beneficiarios.

Para lograr lo establecido en la Ley es importante que todo profesional que realice supervisión de salud integral, pueda ingresar al sistema desde el siguiente link: <http://gestion.crececontigo.gob.cl/>, para acceder al Sistema los profesionales deben estar registrado/a.

1. Para registrarse se deben seguir los siguientes pasos:

Llenar el formulario de pre-registro, accediendo a través del botón 'Registrarse', una vez que ingrese al formulario de pre-registro deberá ingresar:

- Su RUN, automáticamente se llenará sus nombres y apellidos.
- Su profesión.
- Su email. Se recomienda el uso de un mail individual y no colectivo, dado que usted será el responsable de la confidencialidad de los datos a los que acceda.
- Su contraseña, la que deberá tener al menos 8 caracteres.
- El perfil, usted podrá escoger el perfil que más se acomode a sus necesidades. En este caso el perfil que le corresponderá es Sectorialista Centro de Salud: este perfil le permitirá operar ampliamente en relación con las gestantes, niños y niñas de su Centro de Salud. Podrá digitar y gestionar datos, así como dar seguimientos a las alertas y acciones del Sistema.

2. Para realizar los registros de controles:

Deberá acceder al módulo controles. Allí debe seleccionar **Primer control niño o niña** (en el caso que sea primer control de salud o primer ingreso al sistema) o contactos (en caso de que sea el segundo control a registrar).

A. Si selecciona primer control deberá registrar:

Sección 1. Identificación del Centro de Salud, la primera parte corresponde a la identificación del Establecimiento de Salud donde se realiza el control. Desde el menú desplegable, seleccione el Centro de Salud y se completarán los datos de la siguiente sección.

Debe completar la identificación del profesional responsable del control: nombre, profesión, e indicar profesión si señala "Otro".

Sección 2. Identificación del niño o niña, se debe digitar el run en el campo RUN, sin puntos ni dígito verificador (1). Todos los campos de la primera fila se completan automáticamente. **No es posible ingresar niños o niñas que no tengan RUN.**

Luego debe ingresar la dirección. El número es obligatorio, por lo que debe ingresar S/N o 0 en caso de que la dirección no lo tenga. Igualmente debe ingresar comuna y al menos un teléfono de contacto.

Indicar si el niño o niña fue prematuro. En caso de responder "Si", debe indicar con cuantas semanas y días nació, para el cálculo de la edad corregida.

Sección 3. Identificación de la Madre, responder:

- (1) Con quién vive el niño o niña: madre, padre, ambos o ninguno.
- (2) Completar run de la madre en sección RUN, sin puntos ni guión. Los datos de identificación se completan automáticamente. En caso de que la madre no tenga run se digita 0 y se escribe el nombre, apellidos y la fecha de nacimiento en formato dd/mm/aaaa, de ser correcta, la edad se actualiza automáticamente.
- (3) Completar datos del cuidador en caso de que el niño o niña no viva ni con la madre ni con el padre. Este campo solo se activa si se responder "Ninguno" en (1). Completar el run del cuidador, sin puntos ni guión. Los datos de identificación se completan automáticamente. Indicar relación con el niño y si es tutor legal.
- (4) Indicar si la madre o el cuidador presentan algún tipo de discapacidad. En caso de contestar "Si", señalar cuál de las opciones (puede ser más de una).

Sección 4. Datos de Seguimiento del Primer Control, completar:

- (1) Fecha del control, independiente de la fecha en la que se esté digitando (que está indicada al principio del formulario).
 - (2) Tipo de control: Diada o control sano.
- Los datos de edad cronológica y edad corregida dependen de lo ingresado en la sección "Identificación del niño o niña".
- (3) Si el niño o niña está afectado por alguna discapacidad. En caso de indicar "Si", seleccionar cual o cuales (puede ser más de una).
 - (4) Indicar si se le entrega alguno de los materiales correspondientes según la edad del niño o niña.

Posteriormente, indicar:

- (1) Si existe otra situación de vulnerabilidad. En caso de responder "Si", seleccionar cual o cuales del listado (2), o bien especificar en "Otro".
- (3) Si el niño o niña está afectado por alguna condición que implique alto riesgo biomédico. En caso de responder "Si", seleccionar cual o cuales del listado (4), o bien especificar en "Otro".
- (5) Si está de acuerdo con integrarse a Visita Domiciliaria.
- (6) Si asiste a sala cuna o jardín.

Para finalizar, indicar:

- (1) Quién acompaña al niño o niña al control de salud. Esta pregunta es obligatoria. En caso de que lo acompañe alguien que no es familiar, indicar "otro, especificar" en pregunta anterior y señalar relación con el niño o niña en el cuadro.
- (2) Se graba con "dejar pendiente" (para terminar de digitar en otro momento) o "terminar solicitud".

B. Para ingresar contactos posteriores al primer control: Debe seleccionar Contactos Niño/a

Sección 1. Identificación del niño o niña: se comienza con el ingreso del run del niño o niña al formulario "Contactos", sección Identificación del niño o niña. Al ingresar el run (1), se cargan los datos asociados automáticamente.

Sección 2. Identificación del Centro de Salud:

Desde el menú desplegable (1), seleccione el Centro de Salud y se completarán los datos de la siguiente sección.

Debe completar la identificación del profesional responsable del control (2): nombre, profesión, e indicar profesión si señala "Otro".

Sección 3. Datos del Contacto se debe completar:

(1) Fecha del contacto, independiente de la fecha en la que se esté digitando (que está indicada al principio del formulario).

(2) Indicar si se le entrega alguno de los materiales correspondientes según la edad del niño. Los materiales ya entregados aparecen marcados.

(3) Si existe otra situación de vulnerabilidad. En caso de responder "Si", seleccionar cual o cuales del listado (4), o bien especificar en "Otro".

(5) Si el niño o niña está afectado por alguna condición que implique alto riesgo biomédico. En caso de responder "Si", seleccionar cual o cuales del listado (6), o bien especificar en "Otro".

Posteriormente, indicar:

(1) Si está de acuerdo con integrarse a Visita Domiciliaria.

(2) Si asiste a sala cuna o jardín.

(3) Si se aplica algún instrumento ChCC en el control o en el período correspondiente, Indicar "Instrumento", "Fecha de aplicación", "Resultado", "Área".

Para finalizar, indicar:

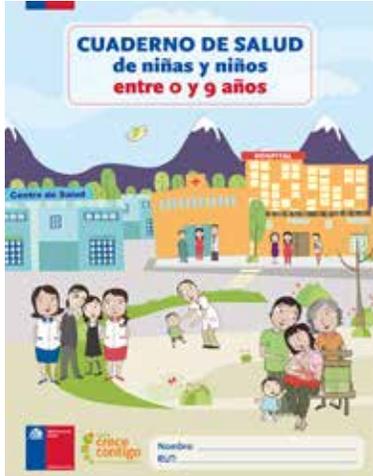
(1) Quién acompaña al niño o niña al control. Esta pregunta es obligatoria. En caso de que lo acompañe alguien que no es familiar, indicar "otro, especificar" en pregunta anterior y señalar relación con el niño o niña en el cuadro.

(2) Se graba con "Grabar contacto".



SRDM tiene una mesa de ayuda y pueden resolver las consultas a través de chat de Whatsapp en el número: +56226751555. No se reciben llamadas ni audios, sólo chat.

ANEXO 28. MATERIALES CHILE CRECE CONTIGO UTILIZADOS EN LOS CONTROLES DE SALUD INFANTIL

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	MATERIAL
<p>El Cuaderno de Salud de niñas y niños entre 0 y 9 años</p>	<p>Es un instrumento de registro de prestaciones, atenciones, diagnósticos e indicaciones entregadas al niño o la niña y su familia por parte del equipo de salud.</p> <p>Descripción breve de contenido: a) Conocer y seguir al desarrollo y crecimiento del niño y niña. b) Recordar las atenciones, diagnósticos e indicaciones que ha recibido el niño o la niña. c) Recordar las fechas de las próximas citas. d) Entregar información y consejos a la familia sobre cuidado, crianza, desarrollo y estimulación. e) Registrar la recepción de prestaciones de alimentación complementaria, suplementación y vacunas.</p> <p>En Hospitales de la Red Pública de Salud: el cuaderno debe ser entregado en la Maternidad a todos los niños y niñas que nazcan en la Red Pública de Salud, independiente de la condición previsional que tenga su madre o padre.</p> <p>En Atención Primaria de Salud: a todos los niños y niñas que, habiendo nacido en establecimientos de salud privados, estén inscritos e ingresen a Control de Salud infantil, en un Establecimiento Público de Salud.</p> <p>La entrega es única y sin reposición.</p>	
<p>Libro Descubriendo juntos</p>	<p>Material didáctico y de estimulación, para el apoyo a la familia en la estimulación respetuosa del desarrollo de niños y niñas durante sus primeros 2 años. Se entrega de forma gratuita en Centros de Atención Primaria en el Control de salud de la Diada.</p> <p>Cuaderno que contiene recomendaciones actualizadas en diversas temáticas del desarrollo y crianza temprana de niños y niñas entre 0 y 2 años. Contiene información y herramientas de apoyo en temas como: sueño, lactancia, apego, estimulación, salud bucal, alimentación, seguridad, entre otros.</p>	
<p>Set Acompañándote a descubrir 1</p>	<p>El set Acompañándote a descubrir 1 contiene: juguetes atractivos y seguros para que la guagua explore a través de la boca, las manos y la vista. Además, fomentan el juego diádico con el adulto, a través de los títeres y fichas de animales.</p> <p>Este set está compuesto por 3 títeres de dedo, 1 pelota suave y con sonido, 1 set de fichas de estimulación.</p> <p>Se entrega de forma gratuita en Centros de Atención Primaria en el control de salud de los 4 meses.</p> <p>Este material cuenta con certificación de no toxicidad.</p>	
<p>Set Acompañándote a descubrir 2</p>	<p>Segundo set de material didáctico y de estimulación, para el apoyo a la familia en la estimulación respetuosa del desarrollo de niños y niñas durante sus primeros 2 años.</p> <p>Este set está compuesto por: set de bloques de madera, 1 libro con sonidos, 1 set de fichas de estimulación.</p> <p>Se entrega de forma gratuita en Centros de Atención Primaria en el control de salud de los 12 meses.</p> <p>Este material cuenta con certificación de no toxicidad.</p>	

- * No existe certeza de la continuidad del material educativo Chile Crece Contigo.
- * Los materiales pueden cambiar a disposición del presupuesto y evaluación técnica.

<p>Set Acompañándote a descubrir 3</p>	<p>Tercer set de material didáctico y de estimulación, para el apoyo a la familia en la estimulación respetuosa del desarrollo de niños y niñas durante sus primeros 3 años.</p> <p>Este set está compuesto por: 1 libro de colores, 1 cd de música: juguemos en el campo, 1 puzzle de madera.</p> <p>Se entrega de forma gratuita en Centros de Atención Primaria en el control de salud de los 2 años. Este material cuenta con certificación de no toxicidad.</p>								
<p>Set Contemos una historia</p>	<p>Material de estimulación del lenguaje e imaginación, en un contexto de juego compartido, placentero y libre de exigencias.</p> <p>Es una caja que contiene 36 tarjetas ilustradas, con diversos animales en distintas situaciones y escenarios.</p> <p>Se entrega de forma gratuita en Centros de Atención Primaria en el control de salud de los 3 años</p>								
<p>Juego Descubriendo mis emociones</p>	<p>Material de estimulación del reconocimiento y expresión emocional, en un contexto de juego y calidez afectiva.</p> <p>Es una que caja que contiene 32 cartas, con emociones y situaciones para jugar, asociar y comentar.</p> <p>Se entrega de forma gratuita en Centros de Atención Primaria en el control de salud de los 4 años.</p>								
<p>Cartillas de crianza respetuosa</p>	<p>Material para madres, padres y cuidadores, con recomendaciones de apoyo a la crianza con enfoque respetuoso a las necesidades psicoemocionales de niños y niñas durante su primera infancia, con el fin de promover su desarrollo integral.</p> <p>Cartillas Crianza Respetuosa (4 blocks con 4 temas c/u). Descripción breve de contenido: Cartillas en tamaño carta con 16 temas diferentes. Cada cartilla tiene recomendaciones para diferentes desafíos presentados durante el desarrollo de los niños y niñas.</p> <p>Cada profesional a cargo del control de salud infantil debe entregar a madres, padres y cuidadores en los controles de salud cuando se les presente alguna duda específica sobre cuidado y crianza de niños y niñas.</p>								
<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="435 1455 646 1486">Temas block 1:</th> <th data-bbox="678 1455 889 1486">Temas block 2:</th> <th data-bbox="987 1455 1198 1486">Temas block 3:</th> <th data-bbox="1230 1455 1442 1486">Temas block 4:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="435 1528 646 1728"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crianza Respetuosa 2. Paternidad Activa 3. Lactancia Materna 4. Apego </td> <td data-bbox="678 1528 889 1795"> <ol style="list-style-type: none"> 5. Consuelo efectivo del Llanto 6. Extracción y Conservación de leche materna 7. Porteo y uso del Portabebé 8. Masaje </td> <td data-bbox="987 1528 1198 1728"> <ol style="list-style-type: none"> 9. El Sueño 10. Alimentación Complementaria 11. Estimulación 12. Fomento del Lenguaje </td> <td data-bbox="1230 1528 1442 1696"> <ol style="list-style-type: none"> 13. ¡A jugar sin juzgar! 14. Pataletas 15. Destete Respetuoso 16. Dejar los pañales </td> </tr> </tbody> </table>		Temas block 1:	Temas block 2:	Temas block 3:	Temas block 4:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crianza Respetuosa 2. Paternidad Activa 3. Lactancia Materna 4. Apego 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Consuelo efectivo del Llanto 6. Extracción y Conservación de leche materna 7. Porteo y uso del Portabebé 8. Masaje 	<ol style="list-style-type: none"> 9. El Sueño 10. Alimentación Complementaria 11. Estimulación 12. Fomento del Lenguaje 	<ol style="list-style-type: none"> 13. ¡A jugar sin juzgar! 14. Pataletas 15. Destete Respetuoso 16. Dejar los pañales
Temas block 1:	Temas block 2:	Temas block 3:	Temas block 4:						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Crianza Respetuosa 2. Paternidad Activa 3. Lactancia Materna 4. Apego 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Consuelo efectivo del Llanto 6. Extracción y Conservación de leche materna 7. Porteo y uso del Portabebé 8. Masaje 	<ol style="list-style-type: none"> 9. El Sueño 10. Alimentación Complementaria 11. Estimulación 12. Fomento del Lenguaje 	<ol style="list-style-type: none"> 13. ¡A jugar sin juzgar! 14. Pataletas 15. Destete Respetuoso 16. Dejar los pañales 						

*Para mayores detalles ver catálogo de prestaciones de Chile Crece Contigo.

ANEXO 29. CONTACTOS DE LA RED DE SERVICIOS PARA EL APOYO A LA SALUD, CRIANZA Y DESARROLLO INFANTIL

INSTITUCIÓN	DESCRIPCIÓN	CONTACTO
Ministerio de Salud	Sitio web con información institucional del Ministerio de Salud, normativas, guías clínicas y reportes periódicos del estado de la red asistencial, incluyendo información epidemiológica.	www.minsal.cl
Chile Crece Contigo	Sitio Web del Subsistema de Protección Integral a la Infancia en el que se dispone de material educativo actualizado, en formato de noticias, entrevistas y consultas a expertos, artículos de interés, videos demostrativos, material educativo que acompaña la trayectoria del desarrollo infantil y fomenta la crianza respetuosa.	www.crececontigo.gob.cl
Salud Responde	Servicio de atención telefónica en temas de salud. Atendido por médicos/as, enfermeras/os y matronas/es. Horario de atención: durante las 24 horas del día los 7 días de la semana.	600 360 7777 https://saludresponde.minsal.cl/
Fono Infancia	Servicio de atención telefónica gratuito (desde teléfonos de red fija y celulares) y chat en línea a través de su sitio web, de cobertura nacional, especializado en temas de crianza, desarrollo infantil y familia. Atendido por psicólogos/as. Horario de atención: de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 h.	800 200 818 www.fonoinfancia.cl
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, GES, Seguro de Cesantía, Subsidio al Empleo Joven, Subsidio para la Vivienda.	www.chileatiende.gob.cl
FONASA	Cuenta con servicios de informaciones, tipos de beneficios, sucursales a nivel país, información de las licencias médicas, consultas en línea de valorización de prestaciones, información sobre planes, cobertura, beneficios, entre otros.	600 360 3000 www.fonasa.cl
Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)	Sitio web oficial de la Junta Nacional de Jardines Infantiles.	226 545000 www.junji.cl
Fundación Integra	Sitio web oficial con sobre Fundación Integra.	www.integra.cl
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 www.dt.gob.cl/consultas/1613/w3-channel.html
Servicio Nacional de Menores	Es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Se encarga de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de los jóvenes entre 14 y 17 años que han infringido la ley. Además, se ocupa de regular y controlar la adopción en Chile. A través de la línea 800 730 800 se puede realizar denuncia y entregar orientación sobre vulneraciones de derechos (ejemplo: maltrato, abuso sexual y otras) que puedan afectar a niños, adolescentes y/o jóvenes.	800 730 800 www.sename.cl
Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERMANEG)	Organismo encargado de fortalecer las autonomías y ejercicio pleno de derechos y deberes de la diversidad de las mujeres, a través de la implementación y ejecución de Políticas, Planes y Programas de Igualdad y Equidad de Género. A través del número 1455, de acceso gratuito y confidencial, el SERNAMEG, entrega orientación y ayuda -las 24 horas, los 7 días de la semana-, a las mujeres que viven o han vivido violencia o a quienes han sido testigo de ella y necesitan saber qué hacer, dónde acudir, y cómo denunciar.	1455 Whatsapp +56 9 97007000 www.sernameg.cl
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	El Servicio Mejor Niñez tiene como misión proteger, restituir derechos, reparar daño en niños, niñas y adolescentes, como sujetos de derecho y de especial protección.	http://mejorninez.cl/

Fono Mujer y Maternidad	Servicio gratuito y confidencial en materia de posnatal, embarazo adolescente y adopción, entre otras. Contempla orientación psicológica, social y legal a las madres ya todo miembro de la familia.	800 520 100
Programa de Violencia Intrafamiliar y de Maltrato Infantil de la Corporación de Asistencia Judicial	Recibe consultas sobre maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar. Se entrega información sobre los recursos comunales, regionales y nacionales a los que pueden recurrir las víctimas.	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.	22 6204400 22 6204500 www.suseso.cl
Fono Niños	Es un servicio telefónico gratuito y confidencial de Carabineros de Chile, creado como una instancia preventiva de orientación y apoyo especialmente dirigida a menores de edad que sean víctimas de amenazas, maltrato o vulneración de sus derechos. Por medio de la línea telefónica, personal especializado acogerá sus requerimientos, entregándoles orientación y concurriendo en su auxilio (cuando corresponda). está disponible las 24 horas durante todo el año.	147
Fono Familia	Es un servicio telefónico gratuito y confidencial de Carabineros de Chile, creado como una instancia de apoyo preventivo y de orientación a quienes son o podrían ser víctimas de Violencia Intrafamiliar (VIF). Se facilitará la derivación en forma rápida y eficiente a la red pública o privada: Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SernamEG), Servicio Nacional de Menores (SENAME), municipios y ONG, entre otros.	149
Fonodrogas SENDA	Servicio de gratuito, es anónimo, confidencial y disponible las 24 horas del día para personas afectadas por el consumo problemático de drogas, sus familiares, amigos o cercanos.	1412
CITUC	Centro de información toxicológica de la Universidad Católica de Chile: Entrega orientación sobre el manejo ante intoxicaciones agudas. Atiende 24 horas	6353800 www.cituc.cl
Fundación por la Discapacidad Intelectual (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 en el espectro autista. 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: <ul style="list-style-type: none"> La educación para niñas, niños y jóvenes sordos a través de la escuela Dr. Jorge Otte Gabler. El diagnóstico y atención temprana a través de su Centro de Diagnóstico Auditivo. 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

