

Dirección Nacional de
Maternidad, Infancia
y Adolescencia

Recomendaciones para el
**control en salud de niñas
y niños hasta los 6 años**



Edición 2018



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud de la Nación

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretaría de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel Espinosa

Directora Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

Dra. Diana Fariña

Primera edición

Marzo de 2018

12.000 ejemplares

Distribución gratuita. Prohibida su venta.

Permitida su reproducción, parcial o total, a condición de citar la fuente.



Dirección Nacional de
Maternidad, Infancia
y Adolescencia

Recomendaciones para el
**control en salud de niñas
y niños hasta los 6 años**



Edición 2018

Índice

Introducción (p.9)

Parte I: Control en salud del niño sano.

Aspectos generales (p.12)

<i>El control del niño sano</i>	13
<i>Factores de riesgo</i>	17
<i>Signos de alarma</i>	19
<i>El crecimiento físico</i>	20
<i>El desarrollo infantil</i>	25

Parte II: El control en salud por edad (p.44)

<i>La consulta prenatal para el niño</i>	45
<i>Las consultas pediátricas durante el 1° año de vida</i>	46
<i>Controles durante el 1° trimestre</i>	47
<i>Controles durante el 2° trimestre</i>	58
<i>Controles durante el 3° trimestre</i>	65
<i>Controles durante el 4° trimestre</i>	72
<i>Control a los 15 meses</i>	78
<i>Control a los 18 y a los 21 meses</i>	83
<i>Control a los 2 años</i>	89
<i>Control a los 3 años</i>	97
<i>Control a los 4 años</i>	103
<i>Control a los 5 años</i>	108
<i>Control a los 6 años</i>	113

Parte III: Anexos (p.118)

<i>Prohibición del trabajo infantil</i>	119
<i>Salud infantil y ambiente</i>	119
<i>Anemia ferropénica</i>	124
<i>Detección de problemas visuales</i>	125
<i>Inmunizaciones</i>	130
<i>Odontopediatría</i>	138
<i>Ortopedia</i>	145
<i>Prevención del Abuso Sexual Infanto-Juvenil</i>	147
<i>Control de la Tensión Arterial y tablas</i>	154
<i>IODI</i>	160

Parte IV: Bibliografía (p.162)

“A menos que se indique lo contrario, toda vez que en estas Recomendaciones se empleen los términos “niño” o “niños” en forma genérica, se entenderá que se alude a la niña y al niño, o a las niñas y a los niños por igual.”



“Las políticas y estrategias apropiadas pueden ayudar a cambiar la realidad para bien, y generar expectativas de desarrollo humano a través del desarrollo de los niños. Esta es la clave del progreso hacia la equidad y el desarrollo global de la Región”.

OMS-OPS, septiembre del 2000

“El cuidado de la salud de los niños es, sin duda alguna, de las empresas más ricas y vitales a las que puede dedicarle sus esfuerzos un grupo humano.”

Dr. Carlos Gianantonio

Introducción

Esta publicación ha sido concebida como una herramienta para el Equipo de Salud que atiende a niños en los diferentes niveles de la atención ambulatoria. Procura ser una referencia ágil y práctica para la consulta diaria, que contemple los aspectos relevantes a tener en cuenta durante los controles de salud. Las publicaciones de referencia señaladas al final del documento permiten profundizar diversos temas no desarrollados aquí, entre los cuales se cuentan: las *Guías alimentarias para la población infantil*; *El primer año de vida del niño* (video acompañado de fascículos orientado a la capacitación); las *Guías Cuidando al bebé*; *Evaluación del crecimiento de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*, etc.

Se han priorizado los primeros seis años de vida, teniendo en cuenta que las acciones de promoción y prevención que desarrolla el Sector Salud durante este período -como el acompañamiento a las familias en las pautas y prácticas de crianza- resultan fundantes respecto de los años venideros. Es durante estos primeros años de vida cuando se consolidan aspectos trascendentes del desarrollo físico, psíquico y social del niño; en consecuencia, una intervención oportuna en este período puede promover los cambios necesarios para alcanzar el pleno desarrollo infantil y mejorar la salud de las niñas y los niños.

Marco conceptual

El Control en Salud del Niño se basa en el trabajo de prevención y promoción de la salud, teniendo en cuenta al niño y su familia desde una concepción integral, considerando a esa familia en un contexto comunitario.

Las niñas y los niños como sujetos de derecho

La perspectiva de esta publicación está vinculada a la concepción que considera al niño en su calidad de sujeto de derecho, sensible y competente, con capacidad para establecer un intercambio social afectivo desde el comienzo mismo de su vida.

Destaca la iniciativa del bebé, su competencia para reconocer al adulto que mejor satisface sus necesidades, así como su capacidad para suscitar respuestas y ejercer influencia sobre las personas que lo cuidan.

Reconoce que el bebé ya dispone, al momento de su nacimiento, de una estructura biológica funcional completamente desarrollada, organizada en sistemas complejos de adaptación y control¹.

¹ Cáceres, Lidia.1999. Docente de la cátedra de neurología en las carreras de Psicomotricidad y ATDI. FUNDARI. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza-Argentina. Jefa del Servicio de Neurología Infantil del Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas". Provincia de Buenos Aires, Argentina.

La intervención activa de quien ejerce el rol de cuidado que no sólo satisface las necesidades fisiológicas del niño sino que establece un vínculo de contención y una adecuada comunicación- es fundamental para la concreción de los aprendizajes que hacen posible el desarrollo integral del niño y la vigencia de sus derechos.

En el año 1994 nuestro país incorporó a la Constitución Nacional la Convención sobre los Derechos del Niño; y en el año 2005 fue sancionada la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, cuyo artículo 14° dispone que el Estado debe garantizarles la atención integral de la salud: prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

La comunidad y la salud

Partimos de la concepción de que la salud de los niños es responsabilidad de toda la comunidad y existen saberes y modos de resolver los problemas que son anteriores a la existencia e intervención de los equipos técnicos en el lugar.

Mirar la realidad desde la perspectiva de las redes sociales nos muestra que los problemas se interrelacionan y que una situación dada se desarrolla en cada territorio de un modo diferente a los otros, por sus características peculiares. Sólo un abordaje integral posibilitará hallar, en conjunto con la gente, soluciones y estrategias acordadas por todos.

Los estilos de vida de las comunidades no tienen una única manera de ser. Pensar en el cuidado de la salud de las niñas y niños como tarea en conjunto de la comunidad, permite hacer una lectura amplia e integral al respecto.

Realizar un “diagnóstico participativo”, significa que la comunidad identifica sus problemas, los prioriza y define sus causas -en nuestro caso en relación con el control de la salud de sus niños-. De este modo, se analizan los problemas, las debilidades para poder enfrentarlos, se valoran y se aprovechan las fortalezas, oportunidades y recursos existentes en la comunidad.

En la confección de este diagnóstico, el Equipo de Salud puede aportar elementos de análisis -entre otros, datos estadísticos- que permitan complementar la información surgida de las percepciones personales y grupales. Del diagnóstico nacerán proyectos comunitarios orientados a resolver los problemas específicos de salud de cada localidad, en articulación con otras áreas (sociales, educativas, ambientales, etc.).

Un aporte importante del Equipo de Salud consiste en ayudar a reconocer y descubrir las estrategias que utiliza la comunidad para resolver sus problemas, reafirmando el saber de la gente. De este modo es posible visualizar las redes sociales existentes, el aporte de todos para su fortalecimiento.

El control del niño sano

Concepto

La Sociedad Argentina de Pediatría, en el Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes (2010), lo define como “un proceso longitudinal que se funda en una atención médica que considera a la familia y su entorno”. Tiene en cuenta que el estado de salud requiere de múltiples factores que no solo incluyen aspectos médicos, sino también familiares, educativos, comunitarios y sociales.

“La concepción tradicional de la familia, a semejanza de las leyes de la naturaleza que nos da la idea de parentesco fundamentada en un padre y una madre, es decir, de un progenitor y de una progenitora, prevalece en el modelo nuclear del concepto. La diversidad familiar reconoce familias posnucleares, las cuales pueden ser de hecho, monoparentales, ensambladas (multiparentales, pluriparentales o reconstruidas), multiétnicas, adoptivas, de acogida, de parejas homosexuales y coparentales.”²

Todos los niños, sin excepción, necesitan realizar los controles de salud con una mirada integradora. Esta permite contemplar diferentes aspectos: promoción, prevención y detección de enfermedades.

Con frecuencia los niños y niñas con capacidades diferentes o enfermedades crónicas son derivados a especialistas mientras se pasan por alto los controles de rutina. Como consecuencia, se observa falta de seguimiento integral, baja cobertura en vacunas y/o malnutrición.

Quiénes intervienen

Si bien el control del niño, se encuadra habitualmente en la consulta de la familia, en el niño y en el médico pediatra o generalista, interviene también todo el Equipo de Salud: enfermera, agente sanitario, trabajador social, psicólogo, nutricionista, administrativo, personal de maestranza, etc., cada uno con sus respectivas competencias, escuchando a la familia y brindándole asesoramiento, contención y educación para la salud.

Objetivos de la consulta

- Promover hábitos y acciones saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Frecuencia de los controles

Existen diversas opiniones respecto a la frecuencia de los controles en salud, pero todas coinciden en recomendar la frecuencia mensual durante los primeros 6 meses.

Teniendo en cuenta los momentos clave del crecimiento y el desarrollo del niño y las inmunizaciones, existe consenso en nuestro país para que se realicen 10 controles

² <http://www.sap.org.ar/docs/mmsexo.pdf>

Parte I:

*Control en salud
niño sano.*

Aspectos generales.

hasta el año de vida. Se recomiendan 4 controles durante el segundo año de vida, 2 en el tercero y un control por año a partir de los 4 años en adelante, hasta la adolescencia.

Con respecto a las vacunas recordar que no se necesita orden médica para vacunar. Las instituciones deben estar disponibles para poder realizar esta practica siempre que haya una enfermera. Preguntar siempre por el calendario de vacunas. La fiebre, tos, resfrío, diarrea no son contraindicaciones para vacunar.

Frecuencia de los controles en salud de los niños		
	Recomendados	Mínimos
Prenatal	X	
7 a 10 días	X	X
1 mes	X	X
2 meses	X	X
3 meses	X	
4 meses	X	X
5 meses	X	
6 meses	X	X
8 meses	X	
9 meses		X
10 meses	X	
12 meses	X	X
15 meses	X	X
18 meses	X	X
21 meses	X	
24 meses (2 años)	X	X
30 meses (2 ½ años)	X	X
36 meses (3 años)	X	X
4 años	X	X
5 años	X	X
6 años	X	X

Si bien la recomendación nacional es de 10 controles en el primer año, se define un **número mínimo de controles** en relación con las intervenciones básicas que no pueden estar ausentes en el seguimiento de los niños. Estas coinciden con la indicación de vacunas y la recomendación de pautas saludables de alimentación y crianza.

Es importante valorar el riesgo bio-psico-socio-ambiental del niño para promover consultas más frecuentes que los aquí propuestos. Tener en cuenta la accesibilidad de la familia para la concurrencia al centro, la disponibilidad de turnos programados en relación a las horas de atención profesional y diseñar una estrategia de organización del centro de acuerdo a los recursos disponibles.

El Equipo de Salud priorizará los primeros años, con especial énfasis en el 1º año de vida, a fin de recomendar hábitos saludables, medidas de promoción y prevención, acompañar de cerca el crecimiento y desarrollo del niño. Estas acciones tienen un

mayor impacto cuando participa la comunidad.

Durante el segundo año, se jerarquiza la frecuencia trimestral para los controles por las condiciones de vulnerabilidad de este período. El seguimiento en el segundo año de vida, sobre todo en la población de bajos recursos, resulta clave para prevenir los problemas de nutrición y del desarrollo que aparecen a partir de este período. Esta es la razón para recomendar la incorporación del control de los 21 meses.

Organización institucional

Los controles de salud deben ser *programados* para garantizar el mejor acceso de las familias a la institución, evitando largas horas de espera y para optimizar la organización institucional.

Se sugiere la implementación del fichero cronológico para realizar la búsqueda activa de la población de riesgo. Este consiste en un sistema de registro para la identificación de los niños que no han concurrido al CAPS. La **Historia Clínica (HC)** es un documento de registro imprescindible en todo ámbito de atención de pacientes, ya que es donde se vuelcan los datos del seguimiento necesarios para dar continuidad a la atención. Es un derecho al que todo niño debe acceder.

El conocimiento del área programática del Centro de Salud es indispensable para captar a las familias que no concurren. La Cartografía permite implementar acciones para conocer el perfil epidemiológico de la población.

La familia debe conocer claramente los horarios de atención del CAPS, así como los horarios para la atención de las urgencias.

Oportunidades Perdidas (OP): Muchas familias padecen problemas de acceso al sistema de salud, ya sea por largas distancias a recorrer o demoras en la atención por falta de profesionales o de escaso tiempo para esperar y/o problemas del transporte, dinero, etc. De todas maneras es importante cambiar la concepción dentro de la institución brindando las alternativas que la población requiere para mejorar el acceso.

Con respecto a las O.P. para las inmunizaciones, los días y horarios establecidos para brindar dicha atención son un obstáculo para garantizar una buena cobertura de vacunas. Es preferible desechar un poco de vacuna sobrante del frasco que dejar de vacunar a un niño. No se necesita orden médica para vacunar. Las instituciones deben estar disponibles para poder realizar esta práctica siempre que haya una enfermera. Ante la asistencia al centro, preguntar siempre por el calendario de vacunas. La fiebre, tos, resfriado, diarrea no son contraindicaciones para vacunar.

Aspectos que se debe incluir en la consulta

En cada control se desarrollarán los siguientes puntos:

- Objetivos.
- Acciones prioritarias
- Características del desarrollo del niño.

- Examen físico completo y evaluación del crecimiento y nutrición.
- Alimentación.
- Inmunizaciones.
- Pautas de crianza.
- Recomendaciones.
- Cierre de la consulta.

El encuadre de la consulta requiere un vínculo confiable entre la familia y el Equipo de Salud. Eso permitirá establecer una relación de servicio comprometida, contenedora y empática, para que quienes estén al cuidado del niño puedan despejar sus dudas o temores.

Es importante tener presente en todo momento que el niño es el protagonista de la consulta y que comprende perfectamente que hablan de él.

A lo largo de la consulta, quien atiende al niño lo llamará por su nombre, atenderá sus temores y le contará lo que va a hacer. Los niños necesitan que se les anticipe lo que les va a suceder durante su estadía en el Centro de Salud. Esto los ayuda a organizarse, a calmar su ansiedad y a construir un vínculo de confiabilidad con el Equipo de Salud. El espacio físico deberá ser agradable, según las distintas regiones y épocas del año.

Es importante respetar el pudor del niño, su privacidad y sus necesidades.

La consulta es una valiosa oportunidad para observar las pautas de crianza familiares y la dinámica familiar: cómo es desvestido, cómo se lo sostiene, qué apoyos corporales y materiales ofrece el adulto, cómo lo tratan, si hay diálogo corporal, gestual, oral, si se observa contención afectiva y si se interpretan sus demandas adecuadamente.

Contexto

La consulta debe incluir las características ambientales del hogar y, en general, los factores de riesgo individual y los aspectos particulares de la familia, su historia, crisis y fortalezas.

El conocimiento sobre las condiciones socio-afectivas en las que se encuentra la familia pueden provenir de un miembro del Equipo de Salud o de una persona que conozca la comunidad.

Para favorecer una comunicación efectiva durante la consulta, se recomienda:

- Que quienes acompañen al niño estén sentados y cómodos,
- Escuchar sus necesidades, saber preguntar con un lenguaje sencillo y claro, sugerir en forma clara y precisa las conductas que necesiten cambio.
- Es necesario comprobar que las recomendaciones han sido comprendidas y lograr acuerdos de aplicación posible, en relación con el cuidado de los niños.

Organización de la consulta: escuchar, evaluar, recomendar y cierre.

Escuchar a quienes están al cuidado de los niños: Es necesario escucharlos acerca de la evolución del niño, los problemas que detecten y los interrogantes que tengan respecto a su salud. Este es el momento indicado para hacer las preguntas, a fin de obtener un diagnóstico tanto de los problemas de salud que refiere la madre, como los aspectos de la dinámica familiar y dificultades en la crianza. Siempre valorar los conocimientos que trae la familia.

La evaluación comprende: el examen físico completo (aprovechando para observar cómo se manipula al niño y cómo se lo desviste); las mediciones antropométricas, el percentilado de los datos obtenidos en las curvas correspondientes, con evaluación del estado nutricional, la evaluación del crecimiento y el desarrollo con el instrumento de observación (IODI) para los primeros 3 años. Durante los procedimientos anteriores se puede comentar a la madre los hallazgos normales y las alteraciones, señalando la importancia de cada una, el pronóstico, las medidas terapéuticas a implementar si correspondiera y los controles posteriores que se harán para el seguimiento.

Recomendaciones e indicaciones: Sentarse frente a la familia al final de la consulta, conversar con ella y realizar una síntesis acerca de la salud del niño y promover las acciones preventivas como inmunizaciones. Será valioso, además, dar un espacio a los padres para hacer preguntas.

Cierre:

- El cierre es una oportunidad para que el profesional confirme la comprensión por parte de los padres de todo lo conversado. Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita
- Es importante brindar seguridad a la madre (o a quien cumpla este rol) en su tarea, sobre todo en las mujeres muy jóvenes, en las primerizas y en aquellas que están atravesando una crisis familiar.
- Convenir fecha de la próxima consulta.
- Indicar dónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Estimular a la madre para que realice su control puerperal y consejería en Salud Sexual y Procreación Responsable.

Factores de riesgo

El peso que presenta cada factor de riesgo en los niños en los primeros meses de vida para **desarrollar enfermedad respiratoria grave (IRB grave)** deberá evaluarse en cada caso. Será importante identificar el riesgo, para profundizar las acciones en aquellos casos más críticos. Se presentan datos de estadísticas nacionales analizados por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni.

Factores de riesgo biológicos
Niño menor de 3 meses
Desnutrición/Malnutrición
Prematurez / Bajo peso al nacer
Inmunodeficiencias
Internaciones previas
Malformaciones Congénitas
Enfermedad pulmonar crónica

Factores de riesgo sociales - ambientales y familiares
Madre adolescente
Madre analfabeta/Primaria incompleta Falta de lactancia materna Vacunación incompleta
Colecho
Hermanos fallecidos
Tabaquismo/Alcoholismo/Drogadicción
Antecedentes de Enfermedades mentales
SIDA
Hacinamiento
Necesidades básicas insatisfechas
Condiciones ambientales desfavorables intra y extra domiciliarias

Riesgo del niño menor de 1 año de morir por IRB grave.

- 6,5 veces mayor en niños con bajo peso al nacer (< de 2500 g).
- 6 veces más riesgo si la edad gestacional es < 37 semanas.
- 4 veces mayor para un hijo de madre con primario incompleto que aquéllos que tienen madre con primario completo y 3,2 en relación a secundario completo.
- 1,7 veces más riesgo si la mamá es adolescente (< 20 años).
- 2,6 veces mayor si no tiene cobertura de salud.
- 2,8 veces mayor si la madre no tiene trabajo ni cónyuge.
- 2,3 veces más riesgo si la madre no tiene cónyuge
- 1,5 veces más riesgo si el cónyuge no tiene trabajo.³

El *Estudio de Mortalidad en Menores de 5 Años en la Argentina* (EMMA 2006), muestra que más del 60% de los niños fallecidos habían consultado la semana anterior por una patología relacionada con la causa de su muerte. Por otra parte, el 70% de las Historias Clínicas de pacientes internados no hacían referencia alguna a los factores de riesgo socioambientales.

Frente a familias con factores de riesgo, el equipo de salud deberá organizar y programar la búsqueda activa, aumentar la frecuencia de los controles, dedicar mayor tiempo a las consultas y extremar la atención puesta sobre la comunicación con la familia. Así también, se recomienda la articulación con actores comunitarios, a fin de construir redes de sustento con todos los recursos disponibles en la comunidad para lograr una atención integral.

Es necesaria asimismo la intervención de otras áreas: Desarrollo Social, Educación, Justicia, Derechos Humanos.

Signos de alarma

Durante los controles habituales es recomendable enseñar a quienes acompañen al niño a reconocer los signos de alarma que motivarán la consulta urgente.

Edad	0-6 meses	6 meses a 2 años	>2 años
Signos de alarma	Fiebre. Irritabilidad, decaimiento, hipotonía, rechazo del alimento, dificultades en la lactancia, palidez, cianosis, ictericia, vómitos, diarrea, hematomas, petequias, temblores o movimientos involuntarios.	Irritabilidad, cambios en la coloración de la piel, dificultad para respirar, somnolencia, decaimiento, mucosas secas, vómitos incoercibles, hematomas / petequias.	Rigidez de nuca, dificultad para respirar, vómitos en chorro, palidez / cianosis, hematomas múltiples, petequias, temblores focalizados o generalizados.

Durante los controles en salud hay que informar a las familias o a quien acompaña al niño a reconocer y estar alerta ante los signos de alarma y diferenciar los que requieren consulta urgente y los que son para conversar en las entrevistas de control.

- Consulta urgente:

Fiebre alta - irritabilidad - decaimiento- hipotonía - rechazo del alimento - palidez - cianosis - ictericia - vómitos reiterados - diarrea abundante y frecuente- hematomas - petequias - temblores o movimientos involuntarios - cambios en la coloración de la piel - dificultad para respirar -somnolencia - mucosas secas y otros.

- Para conversar en los controles en salud:

No fija la mirada - ausencia de sonrisa social - no emite sonidos - llanto inconsolable - trastornos del sueño - ausencia de lenguaje - evita contacto con otros - movimientos repetitivos - no juega - no presenta sobresalto ante sonidos fuertes - berrinches frecuentes y otros.

El crecimiento físico

Desarrollaremos algunos puntos sobre este tema que nos permitirán y ayudarán a realizar un seguimiento adecuado del control en salud del niño.

¿Por qué evaluar y controlar el crecimiento de las niñas y los niños?

La evaluación del crecimiento físico del niño constituye una parte importante de la atención pediátrica; tiene decisiva utilidad en la valoración de la salud general infantil, en la medición del impacto de las enfermedades y de otros factores medioambientales sobre su desarrollo, en la evaluación de las medidas terapéuticas, en la elaboración de programas de carácter preventivo, en la detección temprana de la desnutrición, en la evaluación del estado nutricional de individuos y de grupos de población, y en el seguimiento secular de comunidades, como indicador de salud y bienestar general. Los métodos para evaluar el crecimiento son sencillos, confiables y de bajo costo, y constituyen así una tecnología apropiada para nuestro país.

Dr. Horacio Lejarraga.

¿Cómo evaluar el crecimiento? ¿Qué estándares utilizar?

Las Curvas de Crecimiento son un excelente instrumento para la evaluación y la vigilancia de la salud del niño.

En nuestro país, con el aporte de muchos estudiosos del crecimiento físico, se utilizaron como estándares para evaluar el estado de salud (peso, talla, etc) y determinar la normalidad de los distintos parámetros, los gráficos preparados por el Dr. Horacio Lejarraga, y otros -entre ellos los doctores C. Fustiñana, J. Orfila, L. Marckevich, F. Sanchirico, M. Cusminsky, M. C. Morasso-, publicados por la Sociedad Argentina de Pediatría, utilizados y promovidos en todo el país con el trabajo y el acuerdo de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud.

En el año 2006 la Organización Mundial de la Salud publicó los resultados del Estudio Multicéntrico de Crecimiento y Evaluación del Desarrollo en Niños de 0 a 5 años, realizado en países de diferentes continentes, abarcando variados grupos étnicos. El Estudio incluyó Brasil, Ghana, India, Noruega y Estados Unidos de Norteamérica. El diseño de investigación evaluó alrededor de 10.000 lactantes y niños a término combinando un estudio longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses, con estudios transversales de 18 a 71 meses, totalizando aproximadamente 1.400 niños. Algunos de los principales criterios de selección de la muestra incluyeron: madres no fumadoras, ausencia de enfermedad, lactancia materna exclusiva durante, al menos, los primeros cuatro meses, sin restricciones socio-económicas que impidieran el adecuado crecimiento, acceso a la atención médica, buen nivel de educación materno y otros.

El resultado de este estudio, además de mostrarnos que todos los niños de diferentes regiones y etnias crecen de manera muy semejante durante los primeros cinco años de vida si las condiciones medioambientales, socioeconómicas y de educación son adecuadas, aporta al mundo un estándar de crecimiento prospectivo, esto es, un

parámetro acerca de cómo deberían crecer también nuestros niños si tuvieran las mejores condiciones de vida.

Las nuevas Curvas de Crecimiento de la OMS expresan ese ideal de salud al que todos los niños tienen derecho a aspirar.

Precisamente entender la salud desde la perspectiva de los derechos permite ampliar la mirada biologista clásica. Sólo esta perspectiva de derecho extiende el horizonte para incluir los determinantes sociales, particularmente la educación, la situación social, cultural, política y económica, según el espíritu de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, y evita limitar el concepto de salud a los aspectos biológicos.

En armonía con este punto de vista y protegiendo los derechos de los niños, el Ministerio de Salud de la Nación adoptó, por Resolución 1376/2007, el uso de los nuevos estándares de la OMS en el país, para todos los niños y niñas menores de 5 años. La visión del Ministerio de Salud de la Nación para la evaluación nutricional se resume en el documento “Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría”. Para aquellos casos en que se detecte sobrepeso u obesidad, el equipo de salud podrá utilizar las herramientas del documento “Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud, 2013”. Ambos disponibles gratuitamente en http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_contenidos

¿Qué se entiende por crecimiento físico y cuáles son sus períodos?

La definición clásica de *crecimiento físico* es *el incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número y tamaño de las células y tejidos que forman los órganos*. Es un proceso biológico, dinámico y evolutivo que comienza con la concepción y termina con el cierre de los cartílagos de crecimiento. Está modulado por múltiples factores biológicos, ambientales, socioeconómicos y culturales.

Sin embargo, desde una perspectiva más amplia, *el crecimiento es el resultado de la interacción entre el programa genético heredado de los progenitores y el ambiente donde vive y se desarrolla el niño*, teniendo presente que el ambiente es un factor tan poderoso que puede impedir la expresión de la carga genética del individuo. Ejemplo de esto es el hecho de que la desnutrición crónica primaria puede dar como resultado una baja talla, impidiendo la expresión normal de la talla genética familiar.

A lo largo de la vida del niño es posible reconocer diferentes períodos, que permiten realizar una evaluación transversal y un seguimiento adecuado.

El crecimiento prenatal es una etapa compleja, de vital importancia para todo el crecimiento y desarrollo posteriores del ser humano. Es el período de la vida que presenta la mayor velocidad de crecimiento, puesto que la mayoría de los Recién Nacidos (RN) a término han alcanzado una talla de 50 cm. Tal velocidad de crecimiento y los requerimientos nutricionales que implica lo convierten en un período crítico o

sensible, cuyas consecuencias pueden ser definitivas y determinantes en el período postnatal.

Tanto el crecimiento del niño como muchos de los problemas que se presentan a lo largo del primer año de vida -incluso la morbi-mortalidad en esa etapa- son influidos por el tamaño al nacer.

La comprensión del crecimiento prenatal permitirá evaluar adecuadamente al recién nacido y al niño en todo el período de crecimiento.

El útero, aunque ofrece cierta protección, es permeable a las influencias sociales, psicológicas y ambientales.

Nelson

La frase anterior pone de relieve que los determinantes biológicos no son el único factor que produce efectos sobre el recién nacido. Sin duda la situación económica y ambiental desfavorable (con todas sus variantes urbanas y rurales) que impera en algunas regiones de nuestro país también ejerce su influencia sobre el crecimiento y el desarrollo de los niños.

Por tal razón, durante la anamnesis y la evaluación del crecimiento es necesario buscar y tener presentes los efectos posibles de estos factores perjudiciales.

En el crecimiento prenatal se distinguen dos periodos: el embrionario y el fetal.

Período embrionario:

Se extiende desde la fecundación hasta las 12 semanas de gestación. Es un momento de intensa multiplicación celular, de morfogénesis y organogénesis. Es también un período crítico o vulnerable respecto de las malformaciones estructurales, y más sensible a noxas infecciosas como rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus (CMV), como también a otros factores como drogas, alcohol, radiaciones, etc.

Período fetal:

Comprende desde la 13^a hasta la 40^a semana. En esta fase se produce una combinación de procesos de hipertrofia e hiperplasia celular y, como resultado, un aumento de tamaño en los tejidos y órganos. Este período crítico es más vulnerable a las carencias nutricionales, a las enfermedades maternas y a las patologías propias del embarazo.

Crecimiento postnatal:

Este período está determinado e influido por múltiples factores biológicos y ambientales. En los niños libres de enfermedad que están en un ambiente favorecedor de su crecimiento y desarrollo, *los primeros 3 años de vida* se caracterizan por una alta velocidad de crecimiento con una desaceleración progresiva a partir del primer año; el crecimiento en este período depende principalmente de la cobertura adecuada de sus necesidades nutricionales. También se requiere la indemnidad de los sistemas neuroendócrinos.

Desde los 4 años hasta el comienzo de la etapa puberal, un niño sano crece a una velocidad baja y constante, de aproximadamente entre 5 y 7 cm. por año. Este período termina con una máxima desaceleración fisiológica que puede significar, en el extremo

de la variación normal, crecer a veces menos de 4 cm por año, antes del comienzo de la pubertad.

El principio de la pubertad presenta una gran variabilidad con respecto a la edad y recibe una importante influencia genética.

Será oportuno tener en cuenta que toda niña que presente signos de desarrollo puberal antes de los 8 años o todo varón que los muestre antes de los 9, debe considerarse como caso patológico y ser estudiado a la brevedad.

Las noxas, las enfermedades y los ambientes desfavorables que actúan en los períodos de alta velocidad de crecimiento pueden dejar secuelas definitivas.

Valores medios de aumento en Peso y Talla

Peso

La media de aumento de peso es la siguiente:

Desde el nacimiento hasta el 1º año de vida	6 kg/año
Del 1º al 2º año de vida	2,5 kg/año
Del 2º al 3º año de vida	2 kg/año
Del 3º al 4º año de vida	2 kg/año
Del 4º al 5º año de vida:	2 kg/año
Del 5º al 6º año de vida:	2 kg/año

Talla

La media de aumento de talla es la siguiente:

Desde el nacimiento hasta el 1º año de vida	25 cm/año
Del 1º al 2º año de vida	12 cm/año
Del 2º al 3º año de vida	9 cm/año
Del 3º al 4º año de vida	7,5 cm/año
Del 4º al 5º año de vida:	6 cm/año
Del 5º al 6º año de vida:	6 cm/año

Con respecto a la **medición del perímetro cefálico (PC)**, parámetro que muchas veces no se toma, recordemos que su crecimiento es un indicador indirecto del crecimiento cerebral, de donde deriva la importancia de su evaluación y seguimiento.

El encéfalo es uno de los órganos que primero adquiere su tamaño en el desarrollo intrauterino, con el pico de crecimiento alrededor de la semana 15ª. En el RN de término la media del PC es de 34 cm en las niñas y 35 cm en niños.

En el período postnatal, el crecimiento aproximado del PC es la siguiente:

Desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida:

De 0 a 2 meses,	2 cm/mes
De 2 a 4 meses,	1,5 cm/mes
de 4 a 6 meses	1 cm/mes
Desde los 6 a los 12 meses	0,5 cm/mes
Entre los 12 y los 24 meses:	2 cm en total

Los datos muestran que durante el primer año de vida la medición de este parámetro es necesaria. El crecimiento del PC es director del tamaño de la fontanela anterior (FA): a mayor aumento del PC también crece la fontanela, que suele alcanzar su máximo tamaño al finalizar el primer trimestre.

El cierre de la fontanela anterior se produce entre los 7 y 19 meses, con una media de 12 meses. A los 18 meses, el 72% de los niños tiene la fontanela cerrada y a los 2 años el 98%.

El cierre de la fontanela posterior se produce, en el 97% de los niños, entre las 4 y 8 semanas de vida.

Es necesario tener en cuenta que la posición para dormir boca arriba puede producir plagiocefalia postural; es transitoria y resolverá espontáneamente. No requiere cambios de posiciones al dormir.

Recanalización genética

Aunque el tamaño de la madre es uno de los determinantes y limitantes del crecimiento fetal, las condiciones intrauterinas tienen una influencia tan fuerte sobre el crecimiento, que el tamaño del recién nacido tiene poca correlación con el potencial genético heredado. Después del nacimiento, si las condiciones ambientales (de alimentación, sociales, biológicas, etc.) le son propicias, el recién nacido normal podrá presentar, después de los 6-8 meses, un cambio lento y paulatino en el ritmo de crecimiento (en peso y talla simultáneamente).

Entonces, según lo determinado por la carga genética de ambos padres, se pueden producir cruces de centilos hacia arriba o abajo. Estos cambios se terminan de expresar alrededor de los 2 años de vida. Por lo tanto, a partir de esta edad es cuando el niño toma el carril genético de sus padres biológicos. Esta es la razón por la cual el cálculo del rango genético familiar (esto es, determinar cómo se encuentra la talla del niño en relación con la de los padres) sólo se ha de realizar en mayores de 2 años.

Cálculo del Blanco y el Rango Genético Familiar

Para evaluar el crecimiento en la talla de un niño, se compara su estatura con una referencia (en este caso, las Curvas de Crecimiento de las OMS). Entonces se dice que se encuentra “dentro del rango de la población” si está entre el percentilo 97 y el 3; que tiene “baja talla”, si está por debajo del percentilo 3; o que tiene “alta talla”, si está

por encima del percentilo 97. A continuación, es necesario comparar la talla del niño con la de sus padres, para saber si se encuentra dentro del rango para la talla esperado para su familia.

Si el niño está por fuera del rango genético familiar, habrá que encontrar una explicación; por ejemplo, que fue un RN pretérmino con patología perinatal que no presentó recuperación, o que presentó un retraso de crecimiento intrauterino con secuela, o bien que no es hijo biológico del matrimonio. Si no se encuentra una causa razonable, habrá que estudiar enfermedades ocultas, o bien presentaciones poco sintomáticas o asintomáticas, como por ejemplo enfermedad celiaca, hipotiroidismo adquirido, enfermedades renales u otras.

Fórmula para el cálculo del Blanco y Rango Genético

Si es niña: $\frac{\text{estatura madre} + \text{estatura padre} - 12,5}{2}$ = blanco genético

Si es niño: $\frac{\text{estatura madre} + \text{estatura padre} + 12,5}{2}$ = blanco genético

Blanco genético +/- 8,5 = Rango genético

Evaluación nutricional y sus alteraciones

El Ministerio Salud de la Nación publicó en el año 2009 el documento “Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría” y en 2013 “Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud”. Ambos disponibles gratuitamente en http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_contenidos.

El desarrollo infantil

Los aspectos que hacen al desarrollo infantil son tan importantes como la salud física, la alimentación y las vacunas; por este motivo, el equipo de salud debe realizar el acompañamiento a las familias en la crianza.

El desarrollo infantil es un proceso complejo en el que ocurren grandes cambios y transformaciones en diferentes aspectos de la vida del niño: adquisición de movimientos, maneras de comunicación, diferentes formas de juego, de relación con los otros y donde juega un papel fundamental el entorno donde el niño pequeño está inmerso. Es en este marco donde la observación de estos procesos es una valiosa herramienta para incluir dentro del control en salud.

Por lo tanto, estas recomendaciones procuran fortalecer la capacidad de los profesionales de la salud para la promoción del desarrollo infantil y el acompañamiento de las familias en el proceso de la crianza.

Queremos sugerir una modalidad de trabajo al equipo de salud incluyendo una manera

de observar el desarrollo infantil, ya no con una finalidad puramente diagnóstica, sino con el propósito de acompañar al niño y a su familia en el desarrollo de sus capacidades con una mirada integral.

La observación cuidadosa y objetiva de la interacción entre los adultos cuidadores y el niño proporciona datos valiosos. Como lo sostienen, como lo miran, le hablan, como le dan de comer, lo cambian, lo bañan, como lo duermen, son todas oportunidades de mirar y si es necesario preguntar para saber las condiciones en las que ese niño vive. Supone, además, valorar y escuchar a los padres, integrándolos como responsables concientes y activos en la crianza. Permite observar el desarrollo como un proceso donde habrá cambios, avances y retrocesos donde el equipo de salud y la familia trabajarán juntos para que el niño pueda desplegar sus potencialidades que le permitirán alcanzar un desarrollo saludable

¿Qué se entiende por Desarrollo Infantil?

Entendemos por Desarrollo el proceso de cambio por el cual el niño, a partir de sus posibilidades de origen biológico, de su accionar en el mundo y de la interacción con los otros, aprende progresivamente a organizar de manera cada vez más compleja sus movimientos, su pensamiento, su lenguaje, sus sentimientos y su relación con los demás⁴.

Este proceso está en constante movimiento. Sin embargo, no es una sucesión lineal: presenta avances y retrocesos, continuidades, discontinuidades y anticipaciones funcionales. El pasaje de un estadio a otro implica y pone de manifiesto una organización diferente con respecto a la alcanzada en la etapa anterior.

Con el objetivo expreso y concreto de intervenir en el proceso de desarrollo, se sugieren estrategias tendientes a transformar o crear las mejores condiciones de vida posibles, para el desarrollo de las potencialidades de cada individuo.

El rol del adulto

La familia es el ámbito fundamental donde se brindan los cuidados necesarios para promover y garantizar el desarrollo infantil. Es por ello que el contexto socio-cultural es fundamental a la hora de observar y acompañar el desarrollo de los niños, ya que éste contribuye a determinar su singularidad.

El papel del adulto implica atender las necesidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales del niño, que exceden ampliamente las condiciones biológicas de existencia. Los adultos desempeñan un rol de suma importancia en la observación de los logros y dificultades de los niños. Por lo tanto, resulta fundamental crear las condiciones para escucharlos, y promover tanto el intercambio de ideas como la transmisión de la información necesaria para acompañarlos en el proceso.

El adulto cumple un rol fundamental en la constitución subjetiva del niño. La organización de la vida cotidiana y la modalidad de los cuidados que recibe un niño

⁴ Guías Cuidando al bebé. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Pueden descargarse de Internet, de la siguiente dirección: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/BBEQUIPO.pdf>

son muy importantes para su constitución física y psíquica.

Es importante que el niño tenga un adulto referente para su cuidado.

En lo posible que sea siempre el mismo a fin de promover el vínculo de apego. La madre o principal cuidador aprenderá poco a poco a conocer a su bebé y por lo tanto a decodificar adecuadamente sus necesidades.

¿Cuáles son las características de un adulto-referente para los cuidados?

Enumeramos algunos aspectos a considerar a manera de orientación, a fin de poder promoverlos y facilitarlos durante la consulta:

- **Adulto disponible:** capaz de interactuar y satisfacer adecuadamente las necesidades del niño.
- **Adulto predecible:** pone en palabras los acontecimientos, anticipa lo que sucede y sucede lo que dice.
- **Organiza** el espacio físico, los juguetes y la ropa según las necesidades del niño, a fin de garantizar la libertad de movimiento, la manipulación, el aprendizaje, el abrigo necesario y la prevención de lesiones.
- **Respetar** los tiempos del niño y sus iniciativas.
- **Propone y organiza** las rutinas, los momentos de interacción y la actividad autónoma, según el estado de necesidad del niño.
- **Minimiza, selecciona y ordena los estímulos** del entorno.

El amor y la atención que los adultos brindan a los niños resulta fundamental y constitutivo del desarrollo emocional. Es necesario cuidar a los adultos en situación de crianza, orientarlos en estas prácticas y revalorizar los saberes de la familia que favorecen su desarrollo.

La mamá y los adultos que tienen la responsabilidad de cuidar al niño necesitan sentirse contenidos por las personas cercanas, referentes familiares y los miembros de la comunidad a la que pertenecen. Esto les proporcionará una mayor disponibilidad emocional y afectiva que facilita la construcción de un buen vínculo con el bebé.

Lo que más necesita un niño desde el punto de vista emocional y de salud mental, es el amor y la atención de los adultos. Es necesario cuidar de ellos y orientarlos en aquellas prácticas de crianza y revalorizar los saberes de la familia que favorecen su crecimiento y desarrollo.

Los cuidados cotidianos son el cambiado, el baño, la alimentación, el sueño.

Es muy importante acompañar a quien cuida al niño en este momento, teniendo en cuenta que la organización de la vida cotidiana y la modalidad de los cuidados corporales que recibe un niño son ejes alrededor de los cuales se constituye psíquicamente el sujeto. **La observación durante la consulta** de cómo se lo mira, se lo cambia y se le habla son momentos oportunos para detectar dificultades a fin de realizar intervenciones oportunas.

Los niños necesitan seguridad y confianza de los adultos que los cuidan. Desde muy temprana edad es necesario explicarles lo que está ocurriendo, con palabras adecuadas a la edad, *como maneras de ir construyendo una relación de amor para que se desarrolle seguro y confiado.*

El afecto y los cuidados los constituirán como sujetos, dando las bases para promover su autoestima y competencias.

Durante los dos primeros años de vida los niños conocen en forma precaria lo que es bueno y malo. Hace falta tiempo y paciencia hasta que adquieran una comprensión más clara de lo que se espera de ellos. Los límites claros y oportunos son indispensables para acompañar la crianza ya que ellos también aportan el cuidado y el afecto necesario. Muchas veces la falta de límite esconde abandono y despreocupación por parte de los padres.

Las estrategias para poner los límites son el gran desafío que enfrentan hoy las familias, replicando muchas veces experiencias de crianzas propias de su historia y no como resultado de un aprendizaje actual de las necesidades de las niñas y niños.

Fomentar encuentros para padres podría ayudar a crear espacios de intercambio y aprendizaje para la modificación de conductas instaladas en el marco de los distintos grupos sociales.

La gran mayoría de las familias acuerdan que el castigo corporal o la violencia verbal no son buenas herramientas para educar a los niños. Sin embargo muchas veces esto no ocurre así, es decir que se sabe que no es bueno castigar físicamente a los niños, pero en el momento de enojo la violencia aparece.

En el marco de respeto y calma se construye lo que los niños aprenderán, para luego relacionarse con los otros.

Una madre o cuidador encontrará mejores recursos de crianza para sostener a su hijo, si a su vez se siente sostenida por su entorno. La familia necesita del sostén comunitario brindando las bases de la inclusión social.

Factores del entorno ⁵

Durante las observaciones, hay que tener en cuenta las condiciones del entorno, que operan como factores del desarrollo de los niños.

- **Factores facilitadores (FFD):** son aquellos que promueven el despliegue de las potencialidades del niño, de su capacidad de interactuar con los sujetos, de accionar con los objetos, de desplazarse autónomamente en el espacio, adaptándose activamente a las circunstancias concretas del entorno. Por ejemplo, respetar las iniciativas del niño para favorecer la autoestima y la autonomía, valorar sus capacidades, contar con un espacio adecuado para desplegar su libertad de movimiento, disponer objetos adecuados a la edad del niño en cuanto a textura, tamaño, etc.

⁵ El primer año de vida del niño. Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Fascículos 1 y 4.

Estos factores pueden funcionar como protección frente a la fuerza negativa de los factores de riesgo, adversos o traumáticos, promoviendo así la resiliencia. Entre ellos, se cuentan:

- El establecimiento de vínculos positivos.
 - El fortalecimiento de los aprendizajes sobre la base de las capacidades del niño.
 - El reconocimiento de sus competencias.
 - La promoción de su autonomía.
 - La utilización del juego como recurso de intervención.
- **Factores obstaculizadores del desarrollo (FOD):** son aquellos que desorganizan o inhiben el despliegue de las potencialidades y los procesos de organización funcional del niño, pudiendo causar alteraciones en su desarrollo. Algunos ejemplos: colocarlo en posiciones que no es capaz de alcanzar por sí mismo, el uso del andador, vestirlo ropa inadecuada para movilizarse, los juegos que pueden poner en riesgo la vida del niño, etc.
- **Factores perturbadores del desarrollo (FPD):** son aquellos que provocan un impacto altamente traumático sobre el desarrollo del ser humano. Algunos ejemplos: trabajo infantil, violencia física o emocional, negligencia y abuso sexual.
- **Factores de riesgo para el desarrollo (FRD):** son todas aquellas situaciones, hechos o condiciones propias del niño o de su entorno que aumentan su probabilidad de desarrollar desajustes psico-sociales o alteraciones en el proceso de desarrollo, de sufrir accidentes o de contraer enfermedades.

Desarrollo Motor Autónomo

En la relación del niño con su entorno, la motricidad cumple dos funciones importantes:

- Hace posible la comunicación a través de movimientos expresivos, posturas y gestos que acompañan al lenguaje,
- Permite desplazamientos de su cuerpo y la manipulación de objetos

La motricidad espontánea fue investigada por numerosos científicos en los últimos años. En esta línea son pioneros los trabajos realizados por la Dra. Emmi Pikler en Hungría, alrededor de los años 30.

La Dra. Emmi Pikler y posteriormente Agnès Szanto, realizaron investigaciones en base al seguimiento longitudinal de más de 2000 niños que organizaron y aprendieron las diferentes posturas y desplazamientos a partir de su propia iniciativa. Los niños fueron colocados en posición decúbito dorsal en el piso, sin utilizar ningún instrumental como sillitas y andadores.

“Llegaron a la conclusión de que el desarrollo de la motricidad libre, sin la intervención del adulto, puede considerarse como fisiológico pero requiere, para manifestarse, de determinadas condiciones afectivas y materiales.

Los estudios demostraron que en determinadas condiciones, los bebés desarrollan entre el decúbito dorsal, el ventral, la posición sentado y la de pie, un sinnúmero de posturas y movimientos a los que Pikler denominó “posturas y desplazamientos intermedios”.

La motricidad del ser humano está relacionada con lo más profundo de su ser, se conquista e integra en actividades que surgen de la propia iniciativa, en el intercambio activo y permanente con su entorno y motivada por la necesidad, el deseo y el impulso de conocimiento.

“Los desplazamientos le permiten al niño vivenciar la distancia con el adulto. Acercarse y alejarse, al principio sin intencionalidad. Para él, la posibilidad de moverse libremente representa el acceso a la fuente principal de conocimiento: su propio cuerpo y, a través de él, al mundo que lo rodea.

El adulto, por su parte, cumple con un rol indirecto en las actividades del niño. No enseña al niño a realizar ningún movimiento en particular. Su función es observar y escucharle, conforme a su nivel de desarrollo, para saber qué es necesario para su progreso.

Es por ello que cuando hablamos de sentarse, por ejemplo, estamos observando la capacidad de este niño/a en adquirir esa posición por sí mismo y por iniciativa propia.

Desalentamos a los niños en posturas que no hayan adquirido por sí mismos.

La pérdida de sus posibilidades por el bebé:

La autorregulación de sus movimientos

- Ser prudente en la exploración de nuevos movimientos (afrontar pequeños riesgos sin colocarse en situación de peligro)
- Lograr movimientos coordinados, armoniosos, seguros, crispación ni rigidez
- Sentimiento de eficiencia en sus cursos, no tardar en confiar en sí mismo.

Instrumentos para la valoración del desarrollo

¿Cómo se observa y valora el progreso del desarrollo? ¿Cuándo y por qué parte?
 ¿Qué nos permite observar? ¿Cómo se interpreta? ¿Cuándo y cómo intervenir? Todas estas son preguntas que se formulan mucho en pediatras o personas que realizan control y seguimiento de la salud de un niño. A veces, la falta de respuesta es lo que lleva a omitir esta acción. De hecho, es un aspecto no incluido de rutina en la práctica clínica a lo largo de todo el país.

Por otro lado, la formación de los pediatras en años del desarrollo infantil suele centrarse en la utilización de instrumentos de evaluación y resulta insuficiente para aconsejar a las familias en la crianza.

Existen unos pocos instrumentos para realizar la evaluación y/o pesquisa del desarrollo infantil reconocidos a nivel mundial y nuestro país se utiliza el siguiente:

- *La Prueba Nacional de Pesquisa -PRUNAP-* de Lejarraga H., Kelmansky D., Pascucci MC, Salamanco G. Esta prueba evalúa las siguientes áreas: personal-social, motricidad fina, lenguaje y motricidad gruesa. Se observan las respuestas del niño ante situaciones provocadas por el examinador. Se utiliza con mayor frecuencia para estudios poblacionales.
- *Evaluación para niños menores de 2 años*, reducida por la Dra. Sara Krupitzky.

Evalúa las mismas áreas que la anterior, es una escala simplificada. Se observan las respuestas del niño ante situaciones provocadas por el examinador.

- La Escala del desarrollo del Instituto Lockzy EDIPL utiliza la observación para el estudio y la valoración del desarrollo infantil, requiere por un lado de la descripción de conductas que desempeñen el rol de “indicadores”, a través de los cuales se “hagan observables” los diferentes procesos. Se valoran las diferentes áreas de desarrollo, observando la actividad del niño en situaciones de “actividad autónoma”, las interacciones con el adulto o las escenas de la vida cotidiana. Util para su utilización en instituciones donde los niños permanecen varias horas como hogares centros de desarrollo infantil, rincón de juegos, etc.
- ADBB, denominada “*Alarm Distress Baby Scale*” escala de retraimiento relacional de niños de 2 meses a 2 años, de A. Guedeney el objetivo es ser una herramienta de ayuda para los pediatras, en la semiología en salud mental, durante la consulta de rutina en niños entre 2 meses y 2 años de edad. La escala utiliza la observación y está formada por los siguientes ítems: La expresión facial, El contacto visual, El nivel general de actividad, Los gestos de autoestimulación, Las vocalizaciones, La vivacidad de la reacción a la estimulación, La capacidad de entablar una relación, La capacidad de atracción del bebé.
- La *Escala de indicadores del apego madre-hijo en condiciones de estrés* (Massie y Campbell): Evalúa la respuesta de la madre al estrés del bebé. Registra aspectos como la mirada, la vocalización, el tacto, el sostén, el afecto y la proximidad. Se aplica durante el examen pediátrico y otras situaciones de asistencia al niño.
- La *Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor de 0-24 meses -EEDP-* (S. Rodríguez y V. Arancibia). Mide las áreas motora, del lenguaje y social, además de la coordinación. Se observan las conductas del niño frente a situaciones específicas directamente provocadas por el examinador. Se obtiene el Coeficiente del Desarrollo a través de un puntaje estándar logrado según el resultado de la prueba.
- El *Test de Denver*. Evalúa el área personal-social, las habilidades motoras finas-adaptativas, el lenguaje y las habilidades motoras gruesas.

Todos ellos son instrumentos valiosos para realizar evaluaciones-mediciones con distintas finalidades, hay que tener en cuenta las limitaciones intrínsecas de cada uno para seleccionarlo de acuerdo al objetivo que se quiere alcanzar.

Los instrumentos que se utilizan con fines de sospecha o diagnóstico de daño se han utilizado en nuestro país con fines poblacionales a fin de acercar información de las condiciones de desarrollo infantil en algunas áreas territoriales de riesgo.

Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil IODI

Motivados por la necesidad de diseñar un instrumento que acompañe el proceso de desarrollo infantil durante la consulta pediátrica y teniendo en cuenta la diversidad de los recursos humanos en las instituciones de salud, la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con un grupo de profesionales de distintas disciplinas, sociedades científicas e instituciones reconocidas, elaboró en los últimos años (2012-2015), un Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil para

utilizarlo durante los controles de salud.⁷

A mediados del 2014 se realizó un consenso ampliado de profesionales donde participaron los comités de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Primera Infancia (SAPI), Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (FEPI), Universidad de Buenos Aires, profesionales de distintas disciplinas de Hospitales Pediátricos y la Dirección de Salud Mental del MSN.

Durante el 2015 fue evaluado metodológicamente por un grupo de expertos para determinar la validez y factibilidad de su implementación.⁸

Finalmente, en el 2016 la resolución 699/2016 en su artículo 2° resuelve “Difúndase a todas las jurisdicciones la aprobación del citado Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) para su utilización en todo el territorio nacional en el control de salud de los niños/as.”

Para su diseño se tuvo en cuenta los indicadores factibles de ser observados durante la consulta y la factibilidad de su utilización. A fin de facilitar su lectura e interpretación en cada periodo están incorporadas todas las variables: socioemocional, de comunicación, motora, coordinación oculo manual, cognitiva, incluidos los aspectos vinculares.

Se tomo como referencia la experiencia de trabajo de la Escala de proceso de desarrollo infantil de Emmi Pikler, EDIPL, de otros instrumentos validados en el país de pesquisa del desarrollo infantil (Prunape) e internacionales.

El IODI es “un instrumento ordenador” de la consulta infantil para observar las particularidades del desarrollo en sus diferentes etapas.

Es importante tener en cuenta, que el mismo no reemplaza la historia clínica ni el examen físico. No es para realizar diagnóstico, ni está dirigido a equipos especializados en desarrollo infantil.

Se prioriza la intencionalidad del niño y la reciprocidad en la comunicación con el adulto, asegurando la observación del desarrollo como proceso y de los aspectos vinculares.

Objetivos del IODI:

1. Facilitar la tarea de los profesionales en el 1° nivel de atención.
2. Prevenir y promover conductas saludables para el desarrollo infantil.
3. Acompañar a las familias en el proceso.
4. Detectar factores de riesgo y signos de alarma que permitan intervenciones

7 Carolina Alchourron, Marcela Corin, Alicia Di Cancia, Sara Krupitzky, Alicia Oiberman, Iris Schapira, Silvia Schlemenson. los comités de la Sociedad Argentina de Pediatría, SAP, Sociedad Argentina de Primera Infancia, SAPI, Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia, FEPI, Universidad de Buenos Aires, profesionales de distintas disciplinas de Hospitales Pediátricos y la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y la Dirección Nacional de Salud Mental del MSN;

8 Marcela Bottinelli, Mariela Naberger, Sergio Remesar, Francisco Diaz y Pablo Salgado (datos.dinami.gov.ar/produccion/validacionIODI.pdf)

acordes a las necesidades de cada niño y su familia.

El Instrumento permite hacer una doble lectura sobre el desarrollo del niño:

1. Permite valorar el seguimiento del proceso de desarrollo, haciendo una lectura del conjunto y contextualizada que incluye variables vinculares, emocionales, sociales, motrices, de coordinación viso-motora, cognitiva, comunicación y lenguaje.
2. Permite identificar riesgos para prestar atención y realizar intervenciones, o bien identificar alertas para hacer las derivaciones e interconsultas correspondientes.

Para realizar estas valoraciones es importante tener en cuenta:

- Hacer un seguimiento del proceso de todas las variables relacionadas y considerar el contexto en que se desenvuelve el niño, a fin de intervenir de la manera mas adecuada.
- Que las habilidades se alcanzarán a lo largo del período representado por los casilleros señalados en color verde (o en los tonos grises, sería el mas claro).
- Los aspectos culturales deberán ser considerados a la hora de valorar a los niños.

Los períodos sombreados en verde (en tonos grises sería el mas claro) en la grilla corresponden a los momentos clave de aparición de esas variables con rangos amplios de edades, que van desde el percentilo 25 al 90, siendo una orientación para la observación. Se tomo como referencia el percentilo 90 (último cuadrado sombreado en verde) según la media observada en otros instrumentos nacionales e internacionales: Bayley N. (1969) MBS; Bly L. M (1994,2000,2011) M.S.A.; Brazelton, (1973,1980) NBAS; Edwards M (2013) TADI; Falk Judit (1997) EDIPL; Frankenburg W.(1967) Denver; Greenspan, D.,W. (2001) FEAS; Haussler, M.(1999) Tepsi; Lejarraga H., Krupitzky S.(1996) Prunape; Ministerio de Educación (2009); Oiberman, M, O (2002) EAIS; Ortiz N. (1999) EAD; Piper MC Pinnell,,D (1992) AIMS; Rodríguez S., Arancibia, V. Undurraga, C.(2008), EEDP. Se definieron los cortes poblacionales en las edades donde la mayoría de los niños, o sea el 90 % logran esas conductas.

Referencia de Colores:

Verde o gris claro: Indica el rango de edad dentro del cual, habitualmente, los niños lo adquieren.⁹

Naranja o gris medio: Indica los rangos de riesgo o la necesidad de intervención. Habilita a profundizar y evaluar la situación, a fin de realizar las intervenciones necesarias en cada caso.

Rojo o gris oscuro: Indica “alarma”. En estos casos, corresponde la interconsulta o derivación a un equipo interdisciplinario o especializado.

⁹ Según escalas validadas, nacionales e internacionales.

La necesidad de un abordaje interdisciplinario cuando se detecta un déficit en el desarrollo de los niños y niñas, es una de las dificultades que se observa en la atención ambulatoria.

Los equipos interdisciplinarios y los consultorios de especialistas se concentran en los hospitales más importantes de las jurisdicciones y funcionan muchas veces con escasos cupos de turnos para la demanda, generando prolongadas esperas para la atención.

Teniendo en cuenta todos estos factores creemos que es muy importante observar al niño en cada control, escuchar a los padres cuando tienen alguna preocupación en relación al desarrollo de su hijo, citarlo con más frecuencia si el profesional que realiza la observación tiene alguna duda sobre el proceso de cada niño en particular y si es necesario derivarlo al especialista que corresponda.

Consideramos que es muy importante tener en cuenta que cada niño es único y por lo tanto tiene sus propios ritmos y tiempos. Esto implica que en algunas oportunidades es prudente respetar estos tiempos antes de derivar y crear una falsa alarma para la familia. Si el profesional controla al niño con regularidad, trabaja junto con la familia creando un clima de confianza donde charlando con los padres conozca como es el entorno donde este niño se desarrolla, como son sus vínculos más cercanos, como proceden sus padres cuando el niño se angustia, si llora con frecuencia, como lo consuelan, etc. y esta entrenado para observar a ese niño en particular, detectará fácilmente si ese niño se esta desarrollando saludablemente.

El diálogo posterior entre la familia y el profesional, en la consulta, permitirá una mirada conjunta sobre el desarrollo del niño como así también realizar las intervenciones o ajustes necesarios antes que el daño se produzca.

Modo de utilización

1. Completar los datos personales del paciente, nombre y edad¹⁰



¹⁰ **Edad corregida en caso de niños prematuros hasta que cumplen 2 años.** Es la edad que el niño tendría si hubiera nacido en la fecha prevista de parto. La diferencia de edad entre la Fecha de Nacimiento (FN) y la fecha en que hubiera cumplido las 40 semanas, es un factor fijo e inalterable que denominamos Factor de Corrección (F.Co.). Permite rápidamente corregir la Edad Cronológica (E.Cr.) del niño a cualquier edad (hasta los 2 años), restándole este Factor de Corrección.

Fecha 40s - Fecha Nacimiento = Factor de Corrección (F.Co.)

E. Cr.- F. Co.= E. Co.

Nombre del niño:		REFERENCIAS: O: observado P: preguntado y logrado N: no logrado en la observación o pregunta Vacio: no se pudo evaluar															
Fecha de nacimiento:																	
Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:																	
E	INDICADORES	1° T			2° T			3° T			4° T			1 a.	2 a.	3 a.	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12/17	18/23	24/35	36/47
TODOS	1 El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño SE																
	2 El cuidador lo mira cuando le habla SE																
	3 Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador SE																
1-1	4 Se calma cuando lo alza su cuidador SE																
	5 Reacciona a un sonido/voz C																
	6 Demuestra gestualmente estados de placer o displacer SE																
	7 Fija la mirada /muestra interés en el rostro del adulto SE																
	8 Sonríe cuando lo miran -sonrisa social- SE																
	9 Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro CVMC																
	10 Emite sonidos /gorjeo C																
	11 Sostiene la cabeza -sostén cefálico- M																
	12 Interactúa con el adulto(busca con la mirada/sonríe/grita) SE																
	13 Lleva las manos a la línea media CVMC																
2-1	14 Busca con la mirada la fuente de un sonido CVMC																
	15 Intenta tomar un objeto CVMC																
	16 Intenta ponerse de costado CVMC																
	17 Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca CVMC																
3-1	18 Participa del juego de las escondidas - "acá está" SE																
	19 Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa) SE																
	20 Se sienta solo sin apoyo M																
	21 Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza) SE																
4-1	22 Emite sílabas -balbuceo- (ma-pa-tatata) C																
	23 Se desplaza (repta o gatea) M																
	24 Se para solo, con apoyo M																
	25 Responde cuando lo llaman por su nombre C																
	26 El niño se comunica de forma verbal o no verbal C																
	27 Imita gestos (aplaude, baila, saluda) SE																
	28 Reacciona al "NO" del adulto SE																
	29 Da pasos con sostén M																
1 año	30 Realiza gestos para pedir y mostrar CVMC																
	31 Juega a poner o sacar objetos CVMC																
	32 Camina solo M																
	33 Comprende consignas simples (da la mano/abre la boca) M																
	34 Dice por lo menos 1 palabra/emite sonidos c/ significado C																
	35 Colabora para vestirse o desvestirse CVMC																
	36 Logra comer solo parte del alimento M																
	37 Patea una pelota M																
	38 Avisa algunas veces que se hizo pis o caca SE																
	39 Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta CVMC																
2 años	40 Garabatea CVMC																
	41 Utiliza el "NO" C																
	42 Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó) C																
	43 Pide algunas veces para hacer pis o caca SE																
	44 Juega al lado de otros niños/as SE																
	45 Juega a dar de comer o hace dormir a los muñecos SE																
	46 Dice su nombre o sobrenombre C																
	47 Se saca o se pone alguna ropa solo CVMC																
3 años	48 Utiliza el "mío", "yo" C																
	49 Logra el control de esfínteres durante el día SE																
	50 Puede hacer un relato sencillo C																
	51 Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños SE																
	52 Espera su turno para jugar o hablar SE																
	53 Puede correr sin dificultad M																
	54 Dibuja al menos un círculo CVMC																

M: Motriz C: Comunicación SE: Socioemocional CVMC: Coordinación Visomotora y Cognitiva

Observaciones:

Tabla: Correspondencia entre el final de la gestación expresado en semanas y la prematuridad expresada en meses y días, para el cálculo de la edad corregida.

Final de la gestación	Prematuridad FCo
24 semanas	4 meses
25 semanas	3 meses 21 días
26 semanas	3 meses 14 días
27 semanas	3 meses 7 días
28 semanas	3 meses
29 semanas	2 meses 21 días
30 semanas	2 meses 14 días
31 semanas	2 meses 7 días
32 semanas	2 meses
33 semanas	1 mes 21 días
34 semanas	1 mes 14 días
35 semanas	1 mes 7 días
36 semanas	1 mes

Ejemplo: si un niño prematuro nació con 30 semanas de gestación y en el momento de la consulta tiene 6 meses de vida, se aplicará el factor de corrección de 2 meses y 14 días. Es decir que, a 6 meses se le restan 2 meses y medio, y se consideran las pautas de desarrollo de un niño de 3 meses y medio.

Una vez identificada la columna de la edad, se identificarán las pautas correspondientes a e

Nombre del niño:		
Fecha de nacimiento:		N: no logra
Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:		1° T

2. Completar los tres primeros ítems

Estos tres puntos hacen referencia al vínculo entre el niño y su cuidador, jerarquizando su observación a lo largo de todas las etapas del desarrollo del niño. La ausencia cualquiera de los mismos es un signo de alarma.

3. Teniendo en cuenta la edad del niño, ubicar las filas con los ítems que corresponden a ese rango.

Los ítems están agrupados dentro del primer año en cuatro trimestres; luego se agrupan en torno al primer año, a los 2 y a los 3 años de vida.

4. En la columna correspondiente a la edad del niño, marcar las pautas para ese período de la siguiente manera:

O: observado.

P: preguntado y logrado.

N: no logrado en la observación o pregunta.

Dejar vacío: si no se pudo evaluar.

Se marcarán con una **O** los ítems observados en ese período. En los casos en que no se observen, se podrán buscar indicadores del período anterior. Si cumpliera todos los ítems para ese período, se puede avanzar con los del período siguiente. Por ser una herramienta de proceso se podrá visualizar el ritmo de avances y retardos en la curva del desarrollo del niño.

Si no es posible observar el indicador durante el control, se podrá preguntar por él. En

caso de consignar **P** es importante corroborarlo por medio de la observación en las próximas consultas. Hay mayor grado de confiabilidad cuando el ítem es observado por el profesional. Cuando es referido por el cuidador tener presente que puede estar sesgado por la circunstancia en el momento de la pregunta o por malas interpretaciones en la manera en que se realice la misma.

Cuando se habla de “logro” se hace referencia a la adquisición de determinadas habilidades.

INDICADORES	
1	El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño SE
2	El cuidador lo mira cuando le habla SE
3	Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador SE

Se considera que el niño cumple con el logro de este ítem si observamos que no lo hace o el adulto refiere que no lo hace. En este caso, se colocará una **N**. Es importante hacer un seguimiento de este ítem en el (los) control(es) siguiente(s) para verificar su desarrollo.

En caso de no observar alguno de los ítems dejar el casillero en blanco.

ITEMS VINCULARES

Estos tres ítems hacen referencia al vínculo entre el niño y su cuidador, jerarquizando su observación a lo largo de todas las etapas del desarrollo del niño. La ausencia de los mismos son signos de alarma.

4	Se calma cuando lo alza su cuidador SE
5	Reacciona a un sonido/voz C
6	Demuestra gestualmente estados de placer o displacer SE
7	Fija la mirada /muestra interés en el rostro del adulto SE
8	Sonríe cuando lo miran -sonrisa social- SE
9	Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro CVMC
10	Emite sonidos /gorjeo C

Bebé de un mes. En este caso observaremos los indicadores del primer trimestre.

5. Al pie de la hoja hay un espacio donde se podrán consignar observaciones que se consideren importantes.

Los ítems están numerados con el objetivo de facilitar la referencia al pie y ubicar en el cuadernillo las explicaciones de cada uno.

La observación

Es necesario conocer las diferencias existentes entre ver, mirar y observar en la consulta pediátrica, a fin de desarrollar la observación para acompañar a las familias e intervenir.

Ver: implica percibir o conocer mediante el uso de la vista. La percepción es un proceso que nos permite -gracias al modo en que la luz se refleja en los objetos y dependiendo de las condiciones físicas del ojo- darnos cuenta de aquello que nos rodea.

Mirar: tiene que ver con “dirigir la vista hacia un objeto”, es decir, enfocar algo en particular (sinónimo: apuntar, dirigir la vista hacia, contemplar, fijar la vista).

Observar: examinar atentamente algo o alguien. Esto significa que, para observar, tenemos que ver y mirar al mismo tiempo. Observar transmite la idea de prestar atención cuidadosa sobre algo o sobre alguien, como mencionamos antes. Está relacionado con las asociaciones que podemos hacer sobre aquello adonde dirigimos la vista y sobre lo que nos formamos un juicio. Este fenómeno está sustentado en buena parte en lo que miramos y en buena medida en nuestra experiencia previa, en un marco de referencia determinado.

La observación es el punto de partida para conocer, valorar e intervenir en el proceso de desarrollo del niño, en forma sistemática. Aporta datos acerca de las condiciones de existencia que ocurren sin provocar una situación forzada.

REFERENCIAS:
O: observado P: preguntado y logrado

N: no indagado en la observación o pregunta V: vacío, no se pudo evaluar

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12/17	18/23	24/35	36/47
sea- para darles de comer a los niños. En consecuencia, si se piensa																
proceso de desarrollo infantil es importante, es																
encontrar tiempo para observarlo y también, sobre																
encontrar tiempo para utilizar, de un modo u otro, lo																

Ítems agrupados por variables

Esta distribución nos permite hacer un seguimiento del proceso del desarrollo del niño teniendo en cuenta los ítems que pertenecen a una misma variable. No se debe considerar un indicador de forma aislada, sino teniendo en cuenta el proceso de los demás indicadores pertenecientes a la misma variable.

54	Dibuja al menos un círculo	CVMC		
	M: Motriz	C: Comunicación	SE: Socioemociona	
Observaciones:				

AREAS	Indicadores
SOCIO-EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> 1. El cuidador responde a las necesidades del bebé /niño. 2. El cuidador lo mira cuando le habla. 3. Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador. 4. Se calma cuando lo alza el cuidador. 6. Demuestra gestualmente estados de placer o displacer. 7. Fija la mirada/muestra interés en el rostro del adulto. 8. Sonríe cuando lo miran (sonrisa social). 12. Interactúa con el adulto (busca con la mirada, sonrío, grita) 18. Participa del juego de la escondida. 19. Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa). 21. Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza). 27. Imita gestos (aplaude, baila, saluda). 28. Reacciona al “NO” del adulto. 38. Avisa algunas veces que se hizo pis o caca. 41. Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños. 43. Pide algunas veces para hacer pis o caca. 44. Juega al lado de otros niños/as. 45. Juega a dar de comer o hace dormir a los muñecos. 49. Logra el control de esfínteres durante el día. 52. Espera su turno para jugar o hablar.
COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> 5. Reacciona a un sonido o voz. 10. Emite sonidos (gorjeo). 22. Emite sílabas -balbuceo- (ma-pa-tatata). 25. Responde cuando lo llaman por su nombre. 26. El niño se comunica de forma verbal o no verbal. 33. Comprende consignas simples (da la mano, abre la boca). 34. Dice por lo menos una palabra o emite sonidos c/ significado. 41. Utiliza el “NO”. 42. Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó). 46. Dice su nombre o sobrenombre. 48. Utiliza el “yo”, y el “mío”. 50. Puede hacer un relato sencillo.
DESARROLLO MOTOR	<ul style="list-style-type: none"> 11. Sostiene la cabeza (sostén cefálico). 16. Intenta ponerse de costado. 20. Se sienta solo, sin apoyo. 23. Se desplaza (repta o gatea). 24. Se para solo, con apoyo. 28. Da pasos con sostén. 32. Camina solo. 37. Patea una pelota. 53. Puede correr sin dificultad

<p>COORDINACIÓN VISOMOTOR Y COGNITIVA</p>	<p>9. Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro. 13. Lleva las manos a la línea media. 14. Busca con la mirada la fuente de un sonido. 15. Intenta tomar un objeto. 17. Toma un objeto cercano, lo mira, se lo lleva a la boca. 30. Realiza gestos para pedir y mostrar. 31. Juega a poner o sacar objetos. 35. Colabora para vestirse o desvestirse. 36. Logra comer solo parte del alimento. 39. Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta. 40. Garabatea. 47. Se saca o se pone alguna prenda, solo. 54. Dibuja, al menos un círculo.</p>
--	---

La consulta es el momento privilegiado para incluir los temas de crianza, preguntar cómo es un día de vida del niño, orientar sobre conductas saludables, indagar acerca de algunos aspectos en profundidad cuando algo llame la atención y fomentar las acciones que favorecen el desarrollo infantil. Es importante recordar la importancia de hablar al bebé, repetir los sonidos que él hace, darle cariño, atención y llamarlo por su nombre. Asimismo, reforzar la importancia de la lactancia materna, promoviendo el vínculo y la comunicación placentera.

Cuando estamos en contacto con el niño, es necesario mirarlo y hablarle, anticiparle verbalmente lo que vamos a hacer. Esto favorece el vínculo del niño con el equipo de salud, promueve la confianza, a prepararse para lo que va a venir y aporta al despliegue de la comunicación verbal y gestual. También ayuda a mostrar a los otros adultos presentes un modo de vincularse que respeta al niño como sujeto. Muchas veces, mostrarlo desde las propias prácticas resulta más efectivo que explicarlo con palabras.

Los niños necesitan seguridad y confianza de los adultos que los cuidan. Desde muy temprana edad es necesario explicarles lo que esta ocurriendo, con palabras adecuadas a la edad, *como maneras de ir construyendo una relación de amor para que se desarrolle seguro y confiado.*

El afecto y los cuidados son fundamentales para la constitución subjetiva, dando las bases para promover su autoestima y competencias.

Durante los dos primeros años de vida los niños conocen en forma precaria lo que es bueno y malo, Hace falta tiempo y paciencia hasta que adquieran una comprensión mas clara de lo que se espera de ellos. Los límites claros y oportunos son indispensables para acompañar la crianza ya que ellos también aportan el cuidado y el afecto necesario. Muchas veces la falta de límite esconde abandono y despreocupación por parte de los padres.

Las estrategias para poner los límites son el gran desafío que enfrentan hoy las familias, replicando muchas veces experiencias de crianzas propias de su historia y no como resultado de un aprendizaje actual de las necesidades de las niñas y niños.



Fomentar encuentros para padres podría ayudar a crear espacios de intercambio y aprendizaje para la modificación de conductas instaladas en el marco de los distintos grupos sociales.

La gran mayoría de las familias acuerdan que el castigo corporal o la violencia verbal no son buenas herramientas para educar a los niños. Sin embargo muchas veces esto no ocurre así, es decir que se sabe que no es bueno castigar físicamente a los niños, pero en el momento de enojo la violencia aparece.

Los niños necesitan estar con su madre o quien cumpla ese rol durante el primer año de vida, donde se constituyen como sujetos y se afianzan los vínculos afectivos. En el marco de respeto y calma se construye lo que los niños aprenderán, para luego relacionarse con los otros.

Es necesario que los adultos nos preocupemos por el futuro de las nuevas generaciones, promo-viendo su autonomía, su creatividad, la seguridad en si mismas, confiando en su entorno a fin de construir una sociedad mas justa y saludable. Esto se logra sin violencia ya que esta comprobado que la misma genera mas violencia y sujetos inseguros o inhibidos.

La consulta prenatal para el niño

Es la consulta con el Equipo de Salud pediátrico antes del parto. Ofrece la oportunidad para entablar el vínculo con la familia, para la prevención y la promoción de la salud el niño. El último trimestre del embarazo puede ser el momento más adecuado para realizarla y es conveniente que asistan ambos miembros de la pareja.

Actualmente este control no se realiza como rutina en los Centros de Salud porque no se visualiza como importante; otras veces el personal de salud está sobrecargado de trabajo por las urgencias y las consultas a demanda.

Sin embargo, la propuesta es invitar a la embarazada que concurre al Centro por cualquier otro motivo -ya sea para la consulta con otro niño, para hacer sus controles de embarazo o para la aplicación de vacunas- de modo que algún miembro del Equipo de Salud pueda profundizar aspectos relevantes para la promoción de la salud del niño que va a nacer.

- Establecer las bases para un vínculo con la familia.
- Promover la Lactancia Materna.
- Brindar las recomendaciones propias para esta etapa.
- Detectar factores de riesgo.
- Responder las dudas y preocupaciones de los futuros padres.

Temas para conversar en la entrevista:

1. Las cuestiones que preocupan a quienes están al cuidado de los niños.
2. La composición familiar, otros hijos, características del hogar etc.
3. Observar la disponibilidad y actitudes ante la llegada del bebé.
4. Si es posible, y está presente, involucrar al papá en los controles y cuidados del embarazo y jerarquizar el valor de presencia durante el parto.

Alimentación

Con respecto a la mamá: Se aconseja hacer una breve anamnesis alimentaria para comprobar la presencia de los grupos básicos de alimentos y asegurarse que esté realizando los controles.

Con respecto al bebé: Interesa preguntar sobre las experiencias en lactancia con hijos anteriores, cuánto tiempo piensa amamantar al futuro bebé.

Inmunizaciones

Es necesario verificar la aplicación de las vacunas correspondientes el embarazo y puerperio.

Parte II:

*Control en salud
por edad.*

Recomendaciones

La consulta pediátrica prenatal es una valiosa oportunidad que hay que aprovechar. En ella, no deberían dejar de tratarse los siguientes puntos:

- Explicar los beneficios de la **lactancia materna exclusiva** hasta los 6 meses.
- aconsejar tomar contacto precoz con el RN y de colocarlo al pecho dentro de la primera hora de vida.
- Informar sobre los estudios de **Pesquisa Neonatal endocrino-metabólica, la detección de trastornos auditivos (otoemisiones acústicas), Reflejo Rojo pupilar, Detección de Cardiopatías Congénitas Asintomática por oximetría de pulso y enfermedades de transmisión vertical, Chagas y Sífilis, según serologías maternas.**
- Promover los **controles pediátricos.**
- Brindar **recomendaciones para el sueño seguro** (posición boca arriba o sobre su espalda para dormir, con los brazos por fuera de la sábana, en un colchón firme, **no realizar** colecho pero sí cohabitación, sin humo de tabaco).
- Hablar de los **efectos perjudiciales del tabaco para el bebé durante el embarazo y la lactancia.**
- **Promover la inclusión del padre en los cuidados del RN** (cambio de pañales, concurrir a los controles de salud, etc.) y el papel del varón en el acompañamiento y cuidado de la madre, ya que el puerperio es un momento de adaptación y cambio para la mamá.



Cierre de la consulta

- Informar sobre cursos preparto en el CAPS.
- Fecha próxima consulta, control con el RN entre 7 y 10 días post parto.

Los controles pediátricos durante el 1° año de vida

Durante el primer año de vida, presentaremos la consulta del RN entre los 7 y 10 días de vida.

Con respecto a los controles desde el mes de vida a los 12 meses serán una vez por mes hasta los 6 meses y luego cada dos meses 8 - 10 y 12 meses, estas consultas las dividimos por trimestres - 1°, 2°, 3° y 4°, a fin de permitir una lectura ágil y dinámica evitando la repetición de conceptos.

Es el momento de construir la historia clínica. Éste es el instrumento indispensable para el seguimiento del niño, donde se registran todos sus antecedentes familiares, embarazo, parto y período neonatal (solicitar el resumen de alta de la maternidad o ver la libreta sanitaria) y se confecciona el famiolograma.

Se registran los datos del examen clínico, el desarrollo, las características familiares, el lugar donde vive, los factores de riesgo, educación y trabajo de los padres, antecedentes personales y escolares, los problemas ambientales, las características del barrio y la comunidad en que vive.

Controles del 1° trimestre

Control entre los 7 y 10 días

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia

Acciones prioritarias

1. Evaluar el estado general del RN, controlar la recuperación del peso de nacimiento.
2. Verificar aplicación de las vacunas.
3. Estimular y promover la lactancia materna. Observar una mamada ver si hay dificultades.
4. Detectar factores de riesgo.
5. Confirmar la realización de la pesquisa neonatal (Ley 26.279) y detección hipoacusia (Ley 25.415). Reflejo rojo. Detección de cardiopatías congénitas.
6. Orientar y despejar dudas sobre el cuidado general del bebe.
7. Recomendaciones de sueño seguro.

Ver el “manual de procedimiento” del Programa Nacional de Fortalecimiento de la Detección Precoz de Enfermedades Congénitas (2014) del Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenidos

Desarrollo y características del niño

Desde el nacimiento, el bebé distingue el olor proveniente de su madre, especialmente el de la leche materna. El olfato juega así un papel importante en el vínculo madre-hijo. El bebé, al nacer, se encuentra en una etapa de organización y adaptación a una nueva forma de vida, fuera del útero materno. Es un período en el que necesita mucha atención, cuidado y contención.

Desde que nace huele, oye, ve y siente. Es capaz de reconocer la voz y el olor de la madre. Se siente atraído por los rostros humanos más que por cualquier otro objeto. El bebé es amamantado por su madre y duerme gran parte del día. Suele tranquilizarse cuando se lo toma en brazos, se lo acaricia y se la habla suavemente.

En las primeras semanas predomina la actitud flexora en las extremidades, con la cabeza lateralizada a un lado o al otro. Colocado en posición decúbito dorsal, realiza estiramientos de sus miembros superiores e inferiores. Posee reflejo de succión. Emite sonidos guturales. Puede esbozar sonrisas de tipo reflejo.

Fija la mirada en el rostro de su madre mientras se alimenta. Succiona sus manos, lo que le aporta sensaciones placenteras fuera del momento de la lactancia.

El bebé no distingue aún su propio cuerpo del cuerpo de su madre, y se encuentra a merced de diferentes estímulos, todavía desconocidos, provenientes del mundo externo (ruidos, imágenes, temperaturas, olores, etc.), además de sus propias sensaciones internas de insatisfacción (hambre, sueño, etc.). Estas situaciones suelen despertar angustia, que se manifiesta a través de crisis (movimientos de los miembros, aumento del tono muscular) o del llanto.

En esta primera etapa de su vida, el llanto suele ser frecuente porque todavía no ha desarrollado su capacidad de espera. En general, se revierte ante la presencia y la contención afectiva de la mamá o el adulto que está a su cargo.

Observación del Desarrollo Infantil

Indicadores para observar durante el primer trimestre de acuerdo al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI):

- El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño
- El cuidador lo mira cuando le habla
- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador
- Se calma cuando lo alza su cuidador
- Reacciona a un sonido/voz
- Demuestra gestualmente estados de placer o displacer
- Fija la mirada/muestra interés en el rostro del adulto
- Sonríe cuando lo miran (sonrisa social)
- Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro
- Emite sonidos/gorjeo

Examen físico

El examen físico tiene como objeto detectar alteraciones, pero también sirve como modelo a los padres para aprender cómo se sostiene, manipula e interactúa con el bebé.

- Examen físico completo, desnudar al bebé. Evaluar la presencia de ictericia. Búsqueda de anomalías congénitas.
- Evaluar el descenso fisiológico del peso, puede llegar hasta el 10% del peso de RN. Su recuperación puede demorar hasta 15 días. En caso de peso estacionario recitar e investigar causa. Recordar las tablas de incremento peso diario y según peso de nacimiento.

- Inspección ocular externa (descartar cataratas y opacidad en la córnea). Con un oftalmoscopio observar reflejo rojo y realizar examen de pupilas.
- Examen neurológico, evaluación del tono muscular, búsqueda de reflejos arcaicos ,etc.
- Evaluación cardiaca (detectar soplos, pulsos periféricos, cianosis) y pulmonar.
- Examen abdominal (hígado y bazo palpable) y genital (chorro miccional).
- Semiología de caderas. Si el RN presentó maniobras de Ortolani o Barlow dudosas, repetir en dos semanas: si persiste, realizar ecografía y consulta a especialista. Si presenta factores de riesgo para displasia de cadera (parto en pélvica, Pie Bot o equino varo, tortícolis congénita o antecedente familiar) solicitar ecografía de caderas a las 6 semanas.

Hallazgos del examen físico que deben ser controlados y sobre los cuales se debe conversar con los padres

- Recuerde que el descenso fisiológico de peso puede llegar hasta el 10 % del peso de nacimiento y la recuperación puede demorar hasta el día 15 de vida. En caso de peso estacionario o de no recuperación, se debe investigar la causa.
- Si la ictericia persiste, descartar patologías.
- Cefalohematoma, que se resuelve espontáneamente en semanas. Observación.
- Botón mamario en ambos sexos. Observación.
- Puede observarse flujo mucoso y a veces sanguinolento a través de la vagina.
- Presencia de fosita pilonidal. Evaluar.
- Puede observarse sangrado escaso, posterior a la caída del cordón.
- Hernia umbilical: casi todas se resuelven espontáneamente alrededor del año.
- Candidiasis oral: realizar tratamiento y control.
- Explicar que no se debe retraer el prepucio de los niños, puesto que la fimosis es fisiológica durante el primer año de vida.
- Tortícolis congénita o hematomas (palpar el esternocleidomastoideo para descartarlos y descartar lesiones por trauma obstétrico).
- Millium facial.
- Mancha mongólica (color azulado) en región sacra; también se puede observar en muslos, dorso de pies y manos.
- Hidrocele que puede persistir por varios meses. Corroborar el diagnóstico por trans-iluminación.
- Angiomas planos en cara, que tienden a desaparecer hacia el primer año de vida; angiomas tuberosos, que pueden crecer hasta el 7º u 8º mes de vida y que deben ser controlados.
- Quistes perlados de retención en encías y línea media del paladar. Observación.
- Epífora por obstrucción del conducto lagrimal. Se espera hasta los 6 meses. Si no desaparece, se debe derivar al Oftalmólogo.

- Alteraciones de los pies (por ej., antepié varo postural). Observar evolución.
- Fosita preauricular: advertir que ante la aparición de secreción, debe consultar.
- Buscar signos de maltrato y abuso en el examen.
- Observar el proceso del desarrollo.

Alimentación

Lactancia Materna

La leche materna es específica para la especie y su valor es superior a cualquier otro sustituto.

Responde a las necesidades del lactante. Aporta defensas. Está disponible en cualquier tiempo y circunstancia. Es el alimento básico, ya que se adapta a las características metabólicas, inmunológicas y digestivas del lactante y a los cambios en la composición corporal que ocurren en el primer año de vida. El amamantamiento fortalece el vínculo madre-hijo.

Aunque es un acto natural, requiere de un período de ajuste y aprendizaje entre la mamá y el bebé. Es importante que la familia y el Equipo de Salud puedan acompañar y sostener este proceso.

Sería útil, durante la consulta preguntar a la mamá cómo le va con la lactancia, y poder observar el momento del amamantamiento, para valorar posibles errores en la técnica y realizar la intervención necesaria. Indique a la mamá que no amamante al bebé una hora antes de la consulta para valorar la técnica en el consultorio.

Observe lo siguiente:

- Que la madre esté cómoda con la espalda bien apoyada.
- Que el bebé sea llevado al pecho de la madre, y no el pecho al bebé.
- Que la cabeza y el cuerpo del bebé estén alineados con el abdomen de la madre (panza con panza).
- Que la cara del bebé esté frente al pecho de la madre y la nariz apoyada sobre el mismo.
- Que todo el cuerpo del bebé esté sostenido en el regazo materno.
- Que la madre y el bebé hagan contacto visual.

Informe a la madre sobre cómo lubricar el pezón con su leche y el cuidado general de los mismos.

Aconséjele también beber abundantes líquidos (principalmente agua potable) y mantener una alimentación variada respetando las cuatro comidas diarias.

Informe a la mamá que el bebé debe recibir lactancia materna exclusiva y que no necesita incorporar otros líquidos (como agua, té u otras bebidas) ni alimentos. El ritmo de alimentación debe ser a libre demanda sin horarios rígidos (alimentando al bebé

cada vez que lo pida y durante todo el tiempo que lo quiera), esto favorece que la madre produzca tanta leche como el bebé necesite.

El bebé alimentado a pecho presenta varias deposiciones al día, que pueden corresponder al número de mamadas (reflejo gastrocólico); las heces se caracterizan por ser de color “amarillo oro”, blandas y, a veces, con contenido acuoso.

Pregunte sobre experiencias de amamantamiento con otros hijos, si hubo abandono precoz indague sobre sus causas, consulte sobre dificultades presentes para aconsejar y fortalecer la decisión de amamantar.

Antes de suspender la lactancia materna por la necesidad de utilización de medicamentos en la madre, consulte las fuentes más actualizadas en la materia. Dos fuentes confiables y actualizadas donde obtener información sobre medicación materna y lactancia son la página del Hospital Marina Alta (de Alicante, España): www.e-lactancia.org y la página Toxnet (Toxicology Data Network) www.toxnet.nlm.nih.gov (+ Select Database + LactMed).

Alternativas a la lactancia materna

En los casos de niños que no pueden ser amamantados por razones médicas (OMS. *Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna*. WHO/NMH/NHD/09.01. 2009¹²), se debe orientar a las familias o a los cuidadores para la elección de la mejor alternativa. Para las diferentes opciones consulte las Guías Alimentarias para la Población Infantil.

Alternativas a la lactancia materna cuando esté médicamente contraindicada

Si, por razones médicas, es necesaria la incorporación total o parcial de otras leches indique el modo adecuado de preparación y dilución para evitar sobrecarga renal de solutos.

Recuerde que:

- La leche de madre sigue siendo el único alimento necesario para el bebé.
- La lactancia materna debe seguir siendo a demanda.
- No es necesario ofrecer al bebé ninguna bebida ya que la leche materna cubre el 100% de las necesidades hídricas del niño.

Explique que la introducción de semisólidos se realizará a partir del 6to mes de vida (180 días de vida).

Lactancia y trabajo

En nuestro país las mujeres cuentan con licencia por maternidad para poder atender las necesidades de crianza del recién nacido pero, salvo en algunas provincias que han logrado mejorar la propuesta de la Ley Nacional de Contrato de Trabajo (Nº20.744) el período de licencia es muy inferior al período de lactancia materna exclusiva propuesto desde el sector salud. En la misma ley, en el artículo 179 se garantiza que toda mujer trabajadora “podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo en el transcurso de la jornada de trabajo”. Si el niño no está cerca esos descansos pueden unirse en uno único y la mujer puede reducir en una hora su jornada de trabajo.

12 Disponible en Internet: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/who_fch_cah_09.01_spa.pdf. Accedido el 18/9/2013

Dado que la vuelta al trabajo va acompañada de una gran ansiedad es importante que el equipo de salud aproveche las consultas tempranas para indagar sobre la intención de la madre de volver a trabajar, el momento de regreso y las condiciones laborales de la mujer. Este abordaje temprano permitirá enseñar técnicas de extracción y conservación de leche materna apropiada para que la mujer adquiera la práctica necesaria.

Del mismo modo, esto dará tiempo para que la mujer acuerde con su empleador sobre la posibilidad de contar con un lugar limpio y privado donde pueda extraerse leche a su vuelta al trabajo.

Conservación de la leche materna

Es función del equipo de salud conocer y hacer conocer dichas legislaciones para que las familias ejerzan plenamente sus derechos. A continuación se detallan los tiempos de conservación de leche humana para manejo domiciliario y de niños sanos.

- Hasta 8 horas a temperatura ambiente (<27 °C)
- Hasta 3 días en heladera (no en la puerta)
- Hasta 2 semanas en congelador común
- Hasta 6 meses en *Freezer*

Vitamina A: Los niños sanos NO necesitan suplemento.

Vitamina D: No necesitan suplemento de Vit D los niños expuestos a la luz solar (2 horas semanales vestidos y sin gorro, o 30' por semana sólo con pañales). Si esto no es posible, indicar Vit D 200-400 UI/Día. Tener en cuenta que en las pieles más morenas, la síntesis de Vit D por la piel es menos eficaz.

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Pautas de crianza

Construcción del vínculo

- La madre, la familia o adultos en función de crianza, ofrecen los cimientos para la construcción de la salud del bebé. Sus respuestas a las necesidades del bebé son fundamentales para la supervivencia y la constitución psíquica de éste.
- En general las madres o quien cumpla el rol, posee la capacidad de responder a los requerimientos del niño en el momento oportuno y en la medida justa. En general logran, a través de la comunicación, la comprensión de las señales del bebé (gestos, movimientos, llantos).
- No es bueno dejar llorar al bebé. En este período se encuentra conociendo el ambiente que lo rodea y realiza un gran esfuerzo de adaptación. Son sus primeras experiencias de existencia fuera del vientre materno, aprendiendo a conocer sus propias necesidades. Todas sus sensaciones displacenteras (hambre, sueño, frío, calor, etc.) le producen una gran angustia, que se

manifiesta a través del llanto. Cuando el adulto acude a su reclamo y lo interpreta correctamente, el bebé siente satisfechas sus necesidades. Estas primeras satisfacciones lo ayudan a desarrollar vínculos de confianza con el adulto que lo asiste, calmando su ansiedad.

- Por el contrario, si se lo deja llorar su angustia aumenta, creando sensaciones de desprotección y desconfianza del mundo exterior.
- Resultará de gran interés observar si la comunicación mamá-bebé se va consolidando. De no ser así, observe las posibilidades de aprendizaje de la mamá y aliente el paulatino progreso de estas conductas. En algunas ocasiones es necesario contar con algún adulto cercano (familiar o amigo) que pueda acompañar este proceso, ayudando a la mamá en otros quehaceres, mientras le facilita momentos de encuentro con su bebé.
- Es importante llamarlo por su nombre y hablarle suavemente. Respetar sus ritmos.
- No sobreexcitar al niño.
- Preservar las condiciones de tranquilidad, especialmente durante el amamantamiento y el sueño.

Sostén

- Es aconsejable que la madre aprenda a sostener al bebé en sus brazos, cómoda y afectivamente, mientras lo alimenta, con suavidad y seguridad.
- La posición decúbito dorsal es la postura correcta para acostar al niño, ya que no sólo se previene el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante sino que favorece el desarrollo de la coordinación visomotora y la conexión del bebé con el mundo externo. De este modo, su cuerpo permanece libre para efectuar movimientos y su columna está correctamente apoyada.

Haga presentes a las familias, en la medida de lo posible, de los siguientes aspectos :

- Para una lactancia exitosa y prolongada la mamá necesita del apoyo y estímulo de su entorno.
- La familia puede cooperar con la lactancia del bebé si ayuda en los quehaceres de la casa y en la atención de los otros hijos.
- Este es un momento único en el cual todos deben ser pacientes y comprensivos con la madre. Puede aparecer la depresión post-parto, causada por la pérdida de su estado de embarazo y la dificultad en la elaboración del nuevo vínculo con su hijo. Estos casos puntuales necesitan acompañamiento familiar y orientación profesional.
- En este período las necesidades del recién nacido son prioritarias.

Preparación del espacio de juego

El bebé se siente atraído por las voces y los rostros. Por lo tanto, es importante aprovechar los momentos de juego y de cuidados cotidianos (cambios de pañal, baño, lactancia) para favorecer este intercambio.

Los elementos de juego continúan siendo sus manos y el cuerpo del adulto. Las telas

livianas (pañuelos) pueden convertirse en un elemento apropiado para su actividad, ya que puede sostenerlos y chuparlos con facilidad.

Diferenciar en lo posible, distintos espacios para cada momento (alimentación, sueño, cambio de pañales, juego). La familia puede organizar en un mismo ambiente distintos sectores de acuerdo al momento o actividad diaria, favoreciendo así la organización interna del bebé. Por ejemplo, el espacio donde se coloca una manta para el juego en el piso puede acondicionarse posteriormente para la alimentación, retirando la manta para instalar una mesa y sillas.

A partir del 3° mes, el niño puede ser colocado en el suelo, acostado sobre su espalda, sobre una colcha, un mantel, una plancha de goma “eva”, etc. Este espacio debe ser seguro y limitado, evitando la cercanía de animales domésticos e insectos.

Guía para el padre o los adultos que colaboran con la familia

En la actualidad, los papás disfrutan y participan más activamente de los cuidados del bebé, pudiendo interpretar mejor las necesidades del niño y de la madre, y acompañando con mayor interés y conocimiento el desarrollo de su hijo. Así ingresan tempranamente en la vida psíquica del bebé, enriqueciendo la calidad de sus relaciones primarias.

La presencia del padre tiene gran importancia desde la concepción del niño, otorga el apoyo necesario para favorecer la creación de un vínculo estable y armónico madre-hijo, integrándose y compartiendo la responsabilidad de su cuidado.

Este papel no siempre es asumido por el padre biológico. Actualmente existen distintas formas de constitución familiar: familias monoparentales, ensambladas etc. Es necesario que el Equipo de Salud conozca la estructura familiar y fomente la interrelación y solidaridad entre familias de la comunidad con las que pueda compartir la crianza y fortalecerse mutuamente.

Recomendaciones para el sueño seguro

Por lo general, durante los primeros tres meses, los bebés duermen y se despiertan de día y noche con periodicidad relativamente estable. Duermen entre 16 y 20 horas diarias y van adquiriendo un ritmo diurno y nocturno en forma paulatina.

Para favorecer el sueño seguro se aconseja que el niño esté en un ambiente sereno y silencioso evitando altas temperaturas y abrigo excesivo, en un espacio individual (moisés o cuna con colchón firme, sin almohadas ni peluches, acostado sobre su espalda).

Para el bebé resulta de suma importancia que lo acaricien, lo arrullen y lo llamen por su nombre.

Tenga en cuenta los factores de riesgo familiares, ambientales y sociales al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17)

- Enseñar pautas de alarma.
- Preguntar sobre el consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Recomendar el uso de chupete, fundamentalmente durante el sueño y una vez que la lactancia materna esté bien instaurada (la mamá tiene bajada de leche y el RN recuperó el peso de nacimiento). Indique que no lo pasen por azúcar o miel antes de dárselo.
- Recomendar baño diario después de la caída del cordón umbilical con agua y jabón neutro.
- Explicar la técnica de sostén para un baño seguro: apoyar la cabeza del bebé en el brazo izquierdo; con la mano de ese brazo, rodear y tomar de la axila y sostener con firmeza; la mano derecha queda libre para enjabonar y enjuagar al niño. (En madres zurdas, se invertirá el lado de estas indicaciones).
- Para la higiene de la zona del pañal: emplear un trozo de algodón embebido en óleo calcáreo sin perfume o en aceite común de cocina.
- Vestirlo según la temperatura del ambiente. En lo posible, usar en contacto con la piel ropa de algodón.
- No exponerlo al sol hasta el año de vida. No utilizar protectores solares los primeros 6 meses. En cuanto a la necesidad de recibir luz solar para la síntesis de la Vitamina D, sólo son necesarios 30' por semana con pañales o 2 horas por semana si el bebé está vestido, dentro de los horarios aceptables (nunca entre las 10:00 y las 16:00).
- Informar a los padres durante el primer mes de vida que el uso del chupete puede interferir en la adquisición de una lactancia exitosa, en el desarrollo de la comunicación y en el conocimiento de sus propias manos. Aconsejarlo cuando ya se estableció la lactancia materna (la mamá tiene bajada de leche y el RN recuperó el peso de nacimiento). Recordar que es un factor que disminuye el riesgo de Síndrome Muerte Súbita del lactante.
- Desaconsejar los asientos para bebés, porque lo obligan a mantener una

SUEÑO SEGURO DEL BEBÉ

- Acostar al bebé apoyado sobre su espalda, boca arriba.
- En su cuna (NO colecho).
- Compartir el cuarto con los padres (Cohabitación).
- Amamantar al bebé cada vez que lo pida.
- Ofrecer chupete para dormir cuando la lactancia esté establecida.
- Utilizar un colchón firme; no usar almohada. No debe haber objetos en la cuna (almohadas, peluches, colgantes, etc).
- Los brazos del bebé por arriba de la ropa de cama.
- Asegurarse de que la cabeza del bebé quede descubierta.
- No fumar dentro de la casa, ni cerca del bebé aunque esté afuera.
- Evitar el calor ambiental intenso y el exceso de abrigo.



• El secado natural no incrementa el riesgo de omfalitis ni infecciones en piel, faneras y conjuntivas, comparado con el uso de alcohol al 70% y reduce el tiempo de caída del cordón umbilical.

- Se debe promover, en todo momento, la higiene adecuada en el ámbito en el que se encuentre el RN

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- No darle al bebé medicamentos/ preparaciones caseras o tés, sin consultar al Equipo de Salud.
- Verificar que la cuna o moisés sea estable; no dejar juguetes en la cuna cuando el niño va a dormir. El espacio entre los barrotes, no debe ser mayor de 6 cm y no debe permitir que pase la cabeza del bebé.
- Nunca dejar al bebé solo o al cuidado de hermanos, ni con el perro u otros animales sueltos.
- Evitar el uso de cadenas/ cintas alrededor del cuello o pulseras en los brazos.
- Evitar sostenerlo en brazos cuando se beben o manipulan líquidos calientes.
- Extremar los cuidados con las estufas y braseros; sacarlos de la casa antes de dormir.
- Desaconsejar colecho por el riesgo de asfixia.
- No dejarlo solo en sillitas y mecedoras, o sobre la mesa.
- Evitar el contacto de los niños con personas con enfermedades infectocontagiosas
- No exponerlo al sol.
- Controlar la temperatura del agua del baño (lo ideal entre 30 °C y 32 °C) y recordar que un niño que está en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión. También hay que cuidar que no queden al alcance del niño recipientes con agua (baldes, tachos, piletas, jarrones, etc.) donde se pueda sumergir.

Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos en Sistema de Retención

Infantil (SRI) (Sociedad Argentina de Pediatría).

- Los menores de 2 años deben ir mirando hacia atrás, hasta el peso o altura máxima que tolere el SRI.
- Los mayores de 2 años deben viajar en SRI mirando hacia adelante.
- Los niños en edad escolar o que sobrepasen el tamaño del SRI, pueden viajar sujetos con el cinturón de seguridad pero se los debe adaptar con un elevador o almohadón para que se ajuste al cuerpo del niño de correctamente.

Cierre de la consulta

- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Indicar dónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Convenir la fecha de la siguiente consulta.
- Estimular a la madre para que realice su control puerperal y consejería en Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Recordar que retire los resultados de la pesquisa endócrino-metabólica

Controles del 2° trimestre

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos relacionados con el desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. Estimular y promover la lactancia materna.
2. Observar y acompañar a la familia en la crianza.
3. Controlar y completar el calendario de vacunación.
4. Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.
5. Indicar Hierro (prevención de anemia).

Profilaxis de la Anemia en el primer año de vida.

En el Recién Nacido de Término (RNT), comenzar al 4to mes con el aporte de Sulfato ferroso oral a 1 mg/Kg/día, se recomienda dar alejado del momento de la lactancia.

Si recibe leches fortificadas con Hierro, no sería necesario el suplemento farmacológico a menos que el niño tenga condiciones de riesgo (o Anemia).

Debe recibir el suplemento hasta los 18 meses.

Desarrollo y características del niño

En este período el niño descubre sus manos, luego construye diferentes esquemas de acción; las ubica dentro del campo visual, las junta, las lleva a la boca, realizando un reconocimiento de ellas.

Luego, el interés se dirige hacia otros objetos y comenzará a utilizar las manos como medio para conocer el mundo exterior. Primero trata de alcanzarlos voluntariamente y, gracias a la ejercitación y la combinación de esquemas, logra manipular un objeto, explorándolo de diferentes formas. De esta manera los ojos, las manos y la boca comienzan a coordinarse con el fin de investigar los objetos. Así reconoce las texturas, la temperatura, las formas, la consistencia de los objetos que lo rodean.

El niño va realizando movimientos cada vez más complejos y demuestra sus avances día a día.

Durante esta etapa gira de costado, organizando progresivamente el pasaje a la postura en decúbito ventral; es capaz de girar repetidamente y durante el sexto mes algunos niños logran desplazarse rolando. Riesgo de caídas desde el lugar en que se encuentre. Posteriormente descubre sus pies, a los que investiga en sus movimientos.

Responde a las voces familiares. Silabea, grita, ríe a carcajadas. Comienza a balbucear, emitiendo sonidos guturales que cumplen la función de ejercitación y juego.

Afianza así los vínculos y la comunicación con los otros. A los 6 meses hay reconocimiento de personas familiares del entorno y también desconcierto ante los otros.

Adquiere algunas rutinas en relación con el sueño y la alimentación.

Observación del Desarrollo Infantil

Indicadores para observar durante el 2° trimestre de acuerdo al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI):

- El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño
- El cuidador lo mira cuando le habla
- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador
- Sostiene la cabeza (sostén cefálico)
- Interactúa con el adulto (busca con la mirada/sonríe/grita)
- Lleva las manos a la línea media
- Busca con la mirada la fuente de un sonido
- Intenta tomar un objeto
- Intenta ponerse de costado

Examen físico

- Evaluación antropométrica: peso, longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar el análisis correspondiente. (Curvas disponibles en: http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_ contenidos).
- Examen físico completo, incluir audición y visión.
- Observar el proceso del desarrollo.
- Seguimiento y control de las patologías detectadas.
- Dentición: explique las variaciones en el comienzo de la dentición y los trastornos que se asocian con la erupción de los dientes.
- Buscar signos de sospecha de negligencia o maltrato: fracturas reiteradas, moretones, quemaduras, lesiones, etc.

Alimentación

Refuerce que:

- La leche de madre sigue siendo el único alimento necesario para el bebé hasta el 6to mes de vida cumplido.
- La lactancia materna debe seguir siendo a demanda.

- No es necesario ofrecer al bebé ninguna bebida ya que la leche materna cubre el 100% de las necesidades hídricas del niño.
- No es necesario suspender la lactancia aún si la mamá decide volver a trabajar.

Pautas de incorporación oportuna de alimentos

Los 6 meses son el momento oportuno para introducir los conceptos sobre la alimentación complementaria. A partir de esta edad se deben cubrir nuevos requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renales y de la maduración neurológica. Explique las pautas para la introducción adecuada de semisólidos.

- El primer mes de la alimentación complementaria no brindará nutrición sustanciosa y el niño seguirá dependiendo de la leche materna para su crecimiento.
- Comenzar con alimentos en puré y disponibles en la familia como papa, zapallo, manzana, banana, pera, cereales, etc. Prestar atención a la textura, sabor, olor y temperatura de las preparaciones.
- Las comidas del bebé deben ser espesas para que tengan una buena densidad energética.
- Enriquecer las comidas con aceite, crema o manteca.
- Se debe incorporar de a 1 alimento por vez, esperando varios días para detectar intolerancias.
- No demorar la incorporación de carnes trituradas, ésta debe ser al inicio de la alimentación complementaria y bien cocida (para prevenir el SUH y otras enfermedades).
- No agregar sal ni azúcar a las comidas del niño.
- La bebida ideal es el agua segura (potable o agregando 2 gotas de lavandina por cada litro de agua media hora antes de usarla o hirviéndola por 2-3 minutos, no más) y no debe ser ofrecida en biberón.
- El momento de la comida debe ser tranquilo y libre de distracciones.
- En algunos bebés, el apetito fluctúa según el bienestar o malestar que sientan, como también según sus períodos de crecimiento. Es importante “ayudar” al niño a comer pero sin forzarlo.
- Se debe respetar los signos de apetito y saciedad del niño y no presionarlo a comer más de lo que él desee. La comida no es premio ni castigo.
- El momento de la comida se adaptará a las necesidades de cada niño y a los horarios de la familia.
- Es fundamental la correcta higiene de los alimentos y de los utensilios al momento de la preparación.

Durante el primer año de vida hay que evitar:

- **Fiambres, hamburguesas, salchichas, salsas o comidas muy elaboradas y picantes, sopas en sobre o en cubitos, miel, cualquier tipo de té (sobretudo de yuyos), café y mate.**
- **Gaseosas, jugos artificiales, jugos de soja, productos de copetín, frituras más de 2 veces por semana.**
- **Soja o preparados a base de soja (se incorporan a partir de los 2 años).**

La lactancia materna exclusiva al momento de la introducción del gluten reduciría el riesgo de desarrollar enfermedad celíaca por lo cual no se recomienda retrasar la introducción de Trigo, Avena, Cebada y Centeno (TACC) en la alimentación, sino mas bien reforzar la importancia de la continuación de la lactancia exclusiva sin complementos de otras leches.

Si la familia no dispone de agua potable recomiende potabilizar el agua agregando 2 gotas de lavandina por litro de agua media hora antes de usarla, o hirviéndola entre 2 y 3 minutos.

La carne estará bien cocida cuando su interior no esté rosado y sus jugos sean claros.

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Pautas de crianza

En esta etapa el niño es sumamente activo, puede rolar, reptar, por lo que se hace indispensable favorecer la libertad de movimiento y la exploración en un espacio seguro y supervisado por la mirada de quien cuida al niño. Es aconsejable ponerle ropa cómoda, para permitir la movilidad.

Respetar el ritmo y la iniciativa de sus movimientos y posturas, sin forzarlas, hasta que las logre por sí mismo.

Sus posibilidades de progreso en el desarrollo motriz e intelectual serán favorecidas si se le ofrece un espacio para la investigación que contribuya a la incorporación de aprendizajes a través de la exploración del medio.

Por ello es importante seleccionar los objetos pertinentes para esta etapa porque le permite tomar las diferentes características de los objetos, favoreciendo la construcción interior y el aprendizaje.

Objetos pertinentes

Los niños necesitan objetos simples para jugar: palanganas, paneras, cajas de plástico, pelotas de tela, telas de diferentes texturas, jaboneras plásticas, cubetas, cubos, vasitos de plástico, muñecos, moldes, etc.

Los juguetes recomendados para esta edad deben ser objetos livianos, de plástico o madera, irrompibles, sin pilas y que no puedan separarse en partes pequeñas. No se recomiendan juguetes electrónicos en donde el efecto no se corresponde con la acción del niño.

Recomendar los libros de plástico, tela o cartón grueso, con figuras simples y claras, para mostrarlas y nombrarlas.

Los objetos deben estar disponibles y ser fáciles de manipular. Los móviles u otros objetos colgantes sólo son aconsejables si el niño puede acceder o apropiarse de las partes por medio de la manipulación.

Es necesario diferenciar los espacios de juego, sueño y alimentación.

El niño necesita que se le anticipe lo que va a pasar durante los cuidados cotidianos, que lo llamen por su nombre y que le hablen suavemente describiendo lo que sucederá. Esto lo ayuda a establecer un vínculo de comunicación y confianza.

En esta etapa comienza a disfrutar de los paseos. Es aconsejable fomentar el intercambio con otras familias para socializar la crianza de los niños. Les gusta que le canten y escuchar música variada.

10

medidas para prevenir el SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

Lo podemos prevenir así:



1 Nos lavamos bien las manos con agua y jabón antes de comer o de procesar los alimentos y después de ir al baño o de tocar carne cruda. Nos preocupamos para que los chicos lo hagan también.



2 Cuidamos en casa y exigimos en los locales de comida que las hamburguesas estén bien cocidas.



3 En casa, cocinamos muy bien las carnes, especialmente la carne picada, hasta que pierdan el color rosado. "Si la carne está rosada, no se come".

4 No usamos para cortar alimentos el mismo cuchillo o superficie (tablas, mesadas) que se usaron para cortar carne cruda, sin antes lavarlos bien con agua y detergente.

5 Evitemos siempre el contacto de la carne cruda con otros alimentos.

6 Las frutas y verduras crudas deben lavarse cuidadosamente.



7 El agua de uso y consumo debe ser potable. Ante la duda, le agregamos 2 gotas de lavandina por cada litro de agua, o la hervimos 5 minutos antes de usarla.

8 Consumimos leche y otros lácteos pasteurizados y bien conservados en frío.



9 Conservamos los alimentos frescos y cocidos en la heladera.

10 No bañamos a los chicos en aguas contaminadas. Cuidamos que las piletas de natación, públicas y privadas (¡también las piletas de lona!), tengan agua adecuadamente clorada.



Cuidar tus alimentos es cuidar tu salud.

**Ante cualquier duda, consultá
en tu Centro de Salud o al 0800-333-1234**

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgo familiar, ambiental y social al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17).

- Enseñar pautas de alarma
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Si el niño usa chupete, indique que no lo pasen por azúcar o miel antes de dárselo.
- Recordar las pautas para el sueño seguro: ambiente sereno y silencioso evitando altas temperaturas y abrigo excesivo, en un espacio individual (moisés o cuna con colchón firme, sin almohadas ni peluches, acostado sobre su espalda).
- Recomendar que el niño duerma en su cuna.
- Para la higiene de la zona del pañal: emplear un trozo de algodón embebido en óleo calcáreo sin perfume o en aceite común de cocina.
- Vestirlo según la temperatura del ambiente. En lo posible, usar en contacto con la piel ropa de algodón.
- No exponerlo al sol hasta el año de vida. No utilizar protectores solares los primeros 6 meses. En cuanto a la necesidad de recibir luz solar para la síntesis de la Vitamina D sólo son necesarios 30' por semana con pañales o 2 horas por semana si el bebé está vestido, dentro de los horarios aceptables (nunca entre las 10:00 y las 16:00).
- Lavado de manos antes de atender al niño y cuidar higiene del ambiente.
- Enseñar a reconocer las capacidades del bebé, sus progresos y cambios.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- Impedir el acceso del niño a la red eléctrica (en particular, a los enchufes) y, en lo posible, instalar una llave térmica.
- Cerrarle el paso hacia escaleras.

SUEÑO SEGURO DEL BEBÉ

- Acostar al bebé apoyado sobre su espalda, boca arriba.
- En su cuna (NO colecho).
- Compartir el cuarto con los padres (Cohabitación).
- Amamantar al bebé cada vez que lo pida.
- Ofrecer chupete para dormir cuando la lactancia esté establecida.
- Utilizar un colchón firme; no usar almohada. No debe haber objetos en la cuna (almohadas, peluches, colgantes, etc).
- Los brazos del bebé por arriba de la ropa de cama.
- Asegurarse de que la cabeza del bebé quede descubierta.
- No fumar dentro de la casa, ni cerca del bebé aunque esté afuera.
- Evitar el calor ambiental intenso y el exceso de abrigo.



Retención Infantil (SRI). Ver control del primer trimestre.

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a quienes acompañan al niño.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Relate los progresos logrados por el bebé. Comente los problemas detectados y busque soluciones en conjunto con la familia.
- Indicar dónde pueden consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Preguntar a los padres si desean hablar sobre planificación familiar. Indíqueles cómo obtener consejería en temas de salud sexual y procreación responsable.
- Convenir la fecha de la siguiente consulta.

Controles del 3° trimestre

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias:

1. Estimular y promover la lactancia materna.
2. Observar y acompañar a la familia en la crianza.
3. Controlar y completar el carnet de vacunación.
4. Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.
5. Informar sobre la incorporación de nuevos alimentos. Indagar acerca de la aceptación de alimentación complementaria y la incorporación de carne.
6. Reafirmar la necesidad del aporte de Sulfato ferroso.
7. Preguntar sobre intercurrencias y cambios en la familia, actualizar la Historia Clínica (datos ambientales, cambios de trabajo de los padres, novedades en el barrio y la comunidad etc.)

Desarrollo y características del niño

El niño amplía sus posibilidades de desplazamiento combinando acciones, rolando y reptando en pos de algún objetivo. Cambia continuamente de posición y puede intentar levantar el tronco como inicio de la posición sentada.

Al final de este período algunos comienzan a sentarse por sí mismos y a ponerse de pie aferrándose a algún objeto por ejemplo, la baranda de la cuna o el corralito).

Repite los juegos que le resultan más placenteros, prueba y descubre nuevas maneras de jugar con los objetos que le agradan: sacude, golpea, tira los juguetes. Esta es una manera de aprender realizando diferentes acciones y descubrir el mundo que lo rodea. Hay un notable desarrollo de la manipulación. Es capaz de pasar objetos de una mano a la otra y logra el desarrollo de la pinza digital.

La posibilidad de manipular objetos resulta fundamental para la organización de las funciones cognitivas.

Al llevarse los objetos a la boca, despliega una conducta exploratoria propia de este período, que permite evaluar un importante proceso madurativo: la conjunción ojo-mano-boca.

Balbucea, silabea, grita, vocaliza y comienza a comprender gestos y palabras. Responde a su nombre y se sorprende frente al “no” del adulto.

En esta etapa comienza a discriminar a las personas con las que desea interactuar, y se angustia frente a su desaparición. El juego de las escondidas, característico de este período, le permite elaborar la angustia que le provoca la separación de los adultos de confianza.

Observación del Desarrollo Infantil

Indicadores para observar durante el 3° trimestre de acuerdo al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) :

- El cuidador responde a las necesidades del bebe/niño
- El cuidador lo mira cuando le habla
- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador
- Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca
- Participa del juego de la escondida - “acá está” -
- Se angustia ante desconocidos (llanto, sorpresa)
- Se sienta solo sin apoyo
- Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza)
- Emite silabas - balbuceo (ma - pa - tatata)

Examen físico

- Evaluación antropométrica: peso, longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar el análisis correspondiente. (Curvas disponibles en: http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_ contenidos).
- Examen físico completo. No olvidar el examen genital en niñas y niños.
- Observar el proceso del desarrollo.
- Control de la dentición.
- Evalúe y pregunte sobre audición, visión y lenguaje.
- Buscar signos de maltrato y abuso en el examen.

Alimentación

Refuerce que:

- La leche de madre sigue siendo importante para la nutrición y salud del niño.
- La lactancia materna debe seguir siendo a demanda.
- A esta edad el niño recibirá 2 ó 3 comidas por día.
- No es necesario suspender la lactancia aún si la mamá decide volver a trabajar
- Hay “Pautas de incorporación oportuna de alimentos” que siguen vigentes en esta etapa.

Alimentación variada y completa.

Al principio la alimentación del niño se caracteriza por la exploración de nuevas texturas y sabores, como también el aprendizaje de la utilización de la cuchara. A medida que crece se debe ir incorporando a la alimentación familiar. El objetivo último es que su alimentación, al igual que la del resto de la familia, sea *variada y completa*.

Una alimentación será *completa* cuando incluya todos los grupos de alimentos presentes en la gráfica de la alimentación saludable: cereales y derivados; frutas y verduras; leche, quesos y yogur; carne y huevos; y grasas y aceites. La alimentación será *variada* cuando dentro de cada uno de los grupos de alimentos mencionados, se consuman diferentes opciones (ej: variedad de frutas; variedad de carnes; etc).

- 1) Cereales y derivados (fuente principal de hidratos de carbono y fibras).
- 2) Frutas y verduras (fuente principal de vitaminas A, B y C, además de fibras y minerales).
- 3) Leche, yogur y quesos (fuente principal de Calcio y proteínas de alta calidad).
- 4) Carnes y huevos (fuente principal de proteínas y, en el caso de las carnes, de Hierro).
- 5) Aceites y grasas (fuente principal de energía y Vitamina E).

A los 9 meses se pueden incorporar: tomate, remolacha, espinacas, choclo rallado o triturado, todos los pescados cuidando muy bien de retirarle las espinas, pastas rellenas, dulce de batata y membrillo.

Durante el primer año de vida hay que evitar:

- Fiambres, hamburguesas, salchichas, salsas o comidas muy elaboradas y picantes, sopas en sobre o en cubitos, miel, cualquier tipo de té (sobretudo de yuyos), café y mate.
- Gaseosas, jugos artificiales, jugos de soja, productos de copetín, frituras más de 2 veces por semana.
- Soja o preparados a base de soja (se incorporan a partir de los 2 años).
- Si bien la gráfica de la alimentación saludable incorpora el grupo de dulces, su consumo debe ser ocasional y en el contexto de una alimentación saludable. El equipo de salud debe asesorar para evitar un consumo excesivo ya que no aporta nutrientes esenciales y son ricos en energía.

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Pautas de crianza

El niño de esta etapa es capaz de discriminar entre personas conocidas y desconocidas. Logra un fuerte lazo afectivo con quienes lo cuidan y lo sostienen emocionalmente.

La presencia de extraños puede provocarle temor y llanto. Esta situación, conocida como la “angustia del 8º mes”, debe ser informada a la familia. Suele traducirse, básicamente, en la ansiedad ante la presencia de personas desconocidas.

Es importante reconocer la capacidad que el niño va desarrollando progresivamente para discriminar entre personas, no sólo para calmar su angustia sino también porque es necesario tener en cuenta, desde los inicios, sus intereses y su autonomía.

La progresiva internalización de las figuras de sostén le permitirá ir desplazando y distribuyendo su apego hacia otras personas y objetos, en un proceso paulatino que se inicia durante esta etapa.

Si bien va adquiriendo rutinas para el sueño, puede despertarse con llanto o angustia. En esos casos, es necesario tranquilizarlo y acompañarlo hasta que vuelva a dormirse.

Converse con la familia sobre la importancia de jugar con el bebé “a las escondidas”. Este juego indica que la noción de objeto permanente se está organizando y que el niño sabe que el mundo no desaparece aunque él no lo vea, por eso se ríe y no se angustia.

Es importante que los padres puedan comprender las señales que el niño manifiesta y elaborar las respuestas favoreciendo la comunicación. Por ello se sugiere evitar la televisión como elemento de entretenimiento, valorizando el diálogo y el intercambio familiar.

Recordar la necesidad de los paseos y visitas familiares.

Su amplitud de movimientos y la constante acción sobre los objetos obligan a tomar todas las precauciones necesarias para evitar accidentes.

Reiterar que es peligroso el uso del andador porque puede impedir el desarrollo autónomo y adecuado del bebe; además, puede provocar accidentes.

Los límites

Los límites son normas que se van construyendo desde que el niño nace y que procuran brindarle lo necesario para su mejor desarrollo en cada etapa.

Este conjunto normativo le va dando un marco de sostén y seguridad que le permite ir diferenciándose del adulto y progresivamente ejercer su autonomía.

Cuando el niño comienza a investigar el ambiente por sí mismo, es importante poder observar cómo responde la familia ante sus conductas: si lo hace en forma adecuada, a través de la palabra o la anticipación o si, por el contrario, limitan su acción inadecuadamente con retos, gritos, sacudones, palmadas, palabras agresivas u otras manifestaciones violentas.

Si en la consulta se observa alguna de estas modalidades, es el momento oportuno para intervenir orientando a la familia, ya que es de suponer que fuera del consultorio estas conductas serán probablemente más severas.

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgo familiar, ambiental y social al momento de hacer las recomendaciones (ver pág. 17).

- Enseñar pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- No exponerlo al sol hasta el año de vida. No utilizar protectores solares los primeros 6 meses. En cuanto a la necesidad de recibir luz solar para la síntesis de Vitamina D sólo son necesarios 30' por semana con pañales o 2 horas por semana si el bebé está vestido, dentro de los horarios aceptables (nunca entre las 10:00 y las 16:00).
- Si el niño usa chupete, indique que no lo pasen por azúcar o miel antes de dárselo.
- Para la higiene de la zona del pañal: emplear un trozo de algodón embebido en óleo calcáreo sin perfume o en aceite común de cocina.
- Vestirlo según la temperatura del ambiente. En lo posible, usar en contacto con la piel ropa de algodón.
- Lavado de manos antes de atender al niño y cuidar higiene del ambiente.
- Enseñar a reconocer las capacidades del bebé, sus progresos y cambios.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- Sugerir una revisión de la casa orientada a identificar situaciones de riesgo potencial: objetos filosos, bordes de mesas, tomacorrientes y conexiones eléctricas descubiertas, fuentes de calor accesibles, pozos o escaleras, etc.
- Indique que en la casa se guarden adecuadamente remedios, venenos domésticos, productos de limpieza, pinturas y solventes lejos del alcance de los niños, tapados, preferentemente en su envase original, o identificados con etiquetas.
- Pregunte por la presencia de tóxicos ambientales en el hogar: productos químicos, Plomo, Arsénico, plaguicidas, etc.
- Advierta que, al intentar pararse, el bebé es capaz de tirar de manteles o cables, arrojando sobre sí objetos que pueden golpearlo.
- Aconseje colocar protectores sobre los tomacorrientes, y barreras protectoras delante de escaleras, balcones y ventanas.
- Pida que no le ofrezcan al niño alimentos que pueda aspirar con facilidad (garrapiñadas, frutas secas, maní, trozos pequeños de fruta, galletitas duras, pochoclo, etc.).
- Recordar que un niño que está en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión. También hay que cuidar que no queden al alcance del niño recipientes con agua (baldes, tachos, piletas, jarrones, etc.) donde se pueda sumergir.
- Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos en Sistema de

Retención Infantil (SRI).

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres.
- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Preguntar sobre la alimentación del niño, reafirmando las conductas saludables.
- Indicar dónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Convenir la fecha de la siguiente consulta.

Controles del 4° trimestre

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. Estimular y promover la lactancia materna.
2. Observar y acompañar a la familia en la crianza.
3. Controlar y completar el carnet de vacunación.
4. Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.
5. Preguntar sobre la alimentación e incorporar nuevos alimentos.
6. Recomendar la libertad de movimiento autónomo del niño en un espacio adecuado y seguro, reafirmar las pautas de prevención de accidentes.
7. Conversar sobre la organización de la vida cotidiana.
8. Actualizar la HC (intercurrencias, infecciones, lesiones no intencionales, cambios en la familia).
9. Continuar con la indicación de Hierro.

Desarrollo y características del niño

En esta etapa el niño comienza a adquirir mayor seguridad en sus desplazamientos, reafirmando logros e iniciando nuevas combinaciones motrices. Lo hace de maneras variadas: puede reptar o gatear; algunos niños se ponen de pie, con o sin apoyo, y pueden dar pasos de costado; incluso pueden hacerlo de rodillas. Otros inician la marcha. Esta diversidad es normal, hasta que el niño logra la marcha en forma autónoma.

Manipula varios objetos al mismo tiempo. Busca, investiga, señala con el dedo.

Si el niño se ha desarrollado en un ambiente favorecedor acrecienta su autonomía manifestando sus preferencias, emociones, sus gustos y disgustos por medio de enojos, protestas, juegos, risas e imitación de gestos. El adulto y la familia deben acompañar estos procesos con paciencia y contención, ya que éste es su camino para adquirir independencia.

Es habitual que el niño intente comer y beber solo.

Puede entregar un objeto cuando se le solicita y colaborar cuando se lo viste.

Balucea. Hacia el final del trimestre, algunos niños pueden utilizar palabras o fragmentos de palabras. Puede emplear algunas palabras con significado (*mamá, papá,*

agua, etc.) aunque su pronunciación todavía no sea la correcta. Comienza a responder a órdenes sencillas.

 Disfruta con la lectura de cuentos e imágenes.

Juega atentamente experimentando el efecto de sus acciones.

Observación del Desarrollo Infantil

Indicadores para observar durante el 4º trimestre de acuerdo al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) :

- El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño.
- El cuidador lo mira cuando le habla.
- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador.
- Se desplaza (repta o gatea).
- Se para solo con apoyo.
- Responde cuando lo llaman por su nombre.
- El niño se comunica de forma verbal o no verbal.
- Imita gestos (aplaude, baila, saluda).
- Reacciona al “NO” del adulto.
- Da pasos con sostén.
- Realiza gestos para pedir y mostrar.

Examen físico

- Evaluación antropométrica: peso, longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar análisis correspondiente. A partir del año de edad evaluar el IMC. (Curvas disponibles en: http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenidos).
- Examen físico completo. Evaluación de la audición y la visión.
- Observar el proceso del desarrollo.
- Buscar signos de maltrato y abuso en el examen.

Alimentación

Refuerce que:

- La leche de madre sigue siendo importante para la nutrición y salud del niño.
- A esta edad el niño recibirá 3 a 4 comidas por día.
- No es necesario suspender la lactancia aún si la mamá decide volver a trabajar (ver “*lactancia y trabajo*” y “*conservación de la leche materna*” en página 24).
- No se debe presionar al niño para comer, ni utilizar la comida como premio ni castigo (ver “*Pautas de incorporación oportuna de alimentos*” en pág. XX).

El niño ya puede recibir tres o cuatro comidas. Es recomendable que continúe con la Lactancia Materna hasta por lo menos el segundo año de vida por razones nutricionales e inmunológicas. Pregunte a la madre si tiene dudas sobre la lactancia, y averigüe cuántas veces lo amamanta en el día.

Si el bebé recibe otro tipo de leche averigüe: tipo de leche utilizada (fórmula infantil de inicio o seguimiento; leche fluida entera o descremada; leche en polvo entera o descremada). Indique la correcta preparación en cada caso teniendo en cuenta la edad del niño y el tipo de leche utilizada.

Los biberones pueden ser una fuente importante de contaminación por lo cual es recomendable explicarle a la mamá la higiene de los mismos o alentarla a que ofrezca la leche u otros líquidos en vaso o taza. De este modo también se reducirá el riesgo de las caries “del biberón”.

Con respecto a la alimentación complementaria, pregunte qué alimentos recibe, y aconseje sobre una alimentación completa y variada (ver “*alimentación variada y completa*” página 36 y las Guías Alimentarias para la Población Infantil).

Como las necesidades nutricionales de los niños son altas, es importante que cada alimento que coman sea nutritivo. Por eso las golosinas, bebidas gaseosas, gelatinas, jugos sintéticos concentrados y en polvo, y productos de quiosco en general, no son adecuados para su alimentación. Converse también sobre la conveniencia de evitar la incorporación de productos de copetín.

La grasa en la alimentación infantil es la fuente principal de energía y de ácidos grasos esenciales necesarios para el desarrollo del sistema nervioso. Por su alta densidad energética asegura la provisión de la energía necesaria para la pequeña capacidad gástrica del niño en esta etapa. Por su importancia biológica y nutricional, no es recomendable limitar ni la cantidad ni la calidad de este nutriente en la alimentación del niño menor de dos años. Sin embargo, esto no invalida la importancia de una adecuada elección, que priorice los alimentos naturales sobre los industrializados (ricos en sodio, conservantes y otras sustancias indeseables para los niños).

Explíquelo a la mamá que cada niño tiene un ritmo de maduración y aprendizaje que le es propio y que es importante que el niño aprenda a alimentarse por sí mismo. El niño debería recibir una cuchara pequeña para que la use a su gusto, mientras que el adulto le ofrece alimentos con otra cuchara.

Es importante que comience a compartir la mesa con la familia, respetando los horarios del niño.

En caso de utilizar la “sillita de comer”, ésta deberá contar con las medidas necesarias de seguridad. Se tratará de que se siente en forma cómoda y pueda apoyar sus pies en un escalón. Prosiga la conversación con la familia acerca de la necesidad de lograr un clima tranquilo durante las comidas, favoreciendo el diálogo y el aprendizaje, y evitando distracciones como la televisión.

Después del año, los niños pueden recibir leche de vaca entera.

Durante el primer año de vida hay que evitar:

- **Fiambres, hamburguesas, salchichas, salsas o comidas muy elaboradas y picantes, sopas en sobre o en cubitos, miel, cualquier tipo de té (sobretodo de yuyos), café y mate.**
- **Gaseosas, jugos artificiales, jugos de soja, productos de copetín, frituras más de 2 veces por semana.**
- **Soja o preparados a base de soja (se incorporan a partir de los 2 años).**

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Pautas de crianza

Es importante brindar al niño oportunidades para que explore el ambiente libremente, respetando los necesarios límites de seguridad. Recuerde que el niño necesita de un espacio físico cada vez mayor. El logro destacado de esta etapa es la locomoción y la comunicación.

Es importante que el niño alcance cada etapa en forma autónoma. No se aconseja, pues, provocar o forzar posturas que el niño no sea capaz de conseguir por sí mismo.

Estimule el baño diario para la higiene del bebé. Recuerde a los padres que en ningún momento deben dejar al niño solo en la bañera, ni sobre el cambiador, mesa, cama, etc.

Crearle al niño rutinas de horarios para las comidas, el baño, el descanso, etc. le permite organizarse.

Tratar de compartir momentos mirando libros de cuentos con ilustraciones; mostrar y nombrar las figuras favorece el desarrollo del lenguaje.

El niño necesita que se le hable, y se le explique lo que se le va a hacer, puede participar activamente en los cuidados (durante el baño, los cambios de ropa y la alimentación). Estimule a miembros del entorno del niño a participar de los juegos y a cantarle.

Objetos pertinentes:

Pelotas, sonajeros. Tapas de potes. Maderitas bien cepilladas. Cucharas de madera o plástico. Baldes, palanganas o envases de plástico. Trozos de tela. Libros livianos.

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgos familiares, ambientales y sociales al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17)

- Enseñar pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Si el niño aún usa chupete, indique que no lo pasen por azúcar o miel antes de dárselo.
- Indique la iniciación de la higiene dental con un cepillo pequeño, mojado con agua, sin pasta.
- Desaconseje el uso de andador, explicando los motivos: impide desarrollo autónomo, fuerza posturas que el niño no ha adquirido y con frecuencia provoca lesiones.
- Recuerde que conviene hablarle al niño pronunciando bien las palabras y usando los términos correctos.
- Pida que no lo expongan al sol hasta al año de edad. A partir de esa edad, hay que hacerlo siempre con protector solar y evitando el horario entre las 10:00 y 16:00.
- Reitere las medidas de prevención para Síndrome Urémico Hemolítico.
- Recuerde recomendaciones para promover un ambiente saludable.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- La supervisión permanente es fundamental. La familia debe tener presente que el niño progresa rápidamente en su desarrollo motor. Anticipe que los episodios de lesiones más frecuentes ocurren en el hogar; especialmente, dentro de la cocina.
- Proteger con rejas o defensas adecuadas las ventanas, escaleras y balcones.
- Prestar atención al usar manteles, ya que el niño puede desplazarse y tirar de ellos, arrastrando sobre sí objetos y líquidos calientes.
- No dar al niño alimentos que puedan aspirarse con facilidad (garrapiñadas, maníes, etc.).
- Guardar bien los objetos filosos o punzantes (cuchillos, tijeras, agujas de tejer, etc.).
- Guardar los objetos peligrosos (monedas, medicamentos, etc.).
- Mantener los insecticidas y artículos de limpieza en lugar seguro y en su envase original.

- No darle para que juegue cordones, ni bolsas plásticas, ni globos.
- Un niño que juega en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión. También hay que cuidar que no queden al alcance del niño recipientes con agua (baldes, tachos, piletas, jarrones, etc.) donde se pueda sumergir.

Mascotas

No es recomendable que los niños pequeños se acerquen a animales o tengan mascotas, debido a:

- **El contacto con animales puede contagiar parásitos u otras enfermedades.**
- **Pueden sufrir lesiones (mordidas, rasguños, etc.), por temor o por celos hacia sus dueños.**

Recuerde que:

- **Los niños pequeños no deben interactuar con las mascotas sin la presencia de adultos.**
- **Las hembras y los machos castrados son menos agresivos.**
- **Es importante que los perros estén vacunados**

Recomienden que la familia tenga anotado el número telefónico del Centro de Intoxicaciones más cercano. (En caso de ingesta accidental de un producto, recomiende que, de ser posible, quien hace el llamado tenga a mano el envase con la etiqueta, para poder comunicar los principales ingredientes activos.)

- **Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos en Sistema de Retención Infantil (SRI). Ver control del primer trimestre.**

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres.
- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Preguntar sobre las expectativas y temores de los padres frente al desarrollo del niño.
- Indicar dónde consultar ante una emergencia y en las intercurrencias.
- Acordar la fecha de la siguiente consulta.

Control a los 15 meses

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. Estimular y promover la lactancia materna.
2. Observar y acompañar a la familia en la crianza.
3. Controlar y completar el carnet de vacunación
4. Orientar y despejar dudas sobre el cuidado general y detectar factores de riesgos en la familia y su comunidad.
5. Corroborar la alimentación diaria. Continuar con la administración de Hierro.
6. Identificar posibles factores de riesgo (prevención de lesiones no intencionales).
7. Observar los logros o avances en el desarrollo.
8. Conversar sobre la organización de la vida cotidiana.
9. Actualizar la HC (intercurrencias, cambios en la familia, en el trabajo, etc.)
10. Pesquisar violencia familiar.

Desarrollo y características del niño

El niño adquiere mayor autonomía y relación con las personas y con el medio ambiente. Comprende el lenguaje del adulto. Utiliza palabras frases o fragmentos de palabras para nombrar a las personas y objetos conocidos. Amplia su socialización por medio del lenguaje oral y gestual.

Imita gestos, sonidos, acciones cotidianas y acompaña canciones sencillas y reiterativas.

En esta etapa es más participativo y activo en la vida cotidiana. Maneja el vaso y la cuchara. Reconoce sus pertenencias y las de otros.

Desde el punto de vista postural y motor, da pasos sosteniéndose, avanzando hacia la marcha sin sostén y cada vez con mayor seguridad. Sube escalones gateando. Se agacha y se levanta. Es un explorador nato de todo lo que esta a su alrededor.

Para continuar desarrollándose según su propio ritmo necesita desplegar toda su actividad motora, de juego y de comunicación bajo la mirada del adulto.

Sostiene objetos pequeños usando los dedos en forma de pinza. Puede garabatear sobre una hoja.

Aumenta su curiosidad por los objetos. Realiza combinaciones de acciones para lograr algún resultado deseado. No tiene conciencia del peligro

Imita juegos y acciones cotidianas.

Observación del Desarrollo Infantil

Indicadores para observar durante el primer año de vida de acuerdo al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI):

- El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño.
- El cuidador lo mira cuando le habla.
- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador.
- Juega a poner y sacar objetos.
- Camina solo.
- Comprende consignas simples (da la mano/abre la boca).
- Dice por lo menos una palabra / emite sonidos con significado.
- Colabora en vestirse o desvestirse.
- Logra comer sin ayuda parte del alimento.
- Patea una pelota.
- Avisa algunas veces que se hizo pis o caca.
- Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta.
- Garabatea.

Examen físico

- Evaluación antropométrica: peso, longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar su análisis. Medir el IMC. (http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_contenidos)
- Examen físico completo. Evaluación de audición.
- Observar las pautas de desarrollo, conductas y lenguaje.

Alimentación

Refuerce que:

- La leche de madre sigue siendo importante para la nutrición y salud del niño.
- A esta edad el niño recibirá 4 comidas por día más colaciones en el marco de una alimentación completa y variada.
- La mejor forma de ofrecer los líquidos es en taza o vaso.
- La higiene de los alimentos es fundamental para prevenir enfermedades.
- El niño debe estar incorporado a alimentación familiar tanto en los alimentos a consumir como en los horarios de las comidas.
- Los preparados a base de soja se incorporan a partir del segundo año de vida.

Es necesario en esta etapa que el Equipo de Salud pregunte en detalle sobre la alimentación diaria del niño, ya que en este período hay más riesgos de malnutrición.

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Pautas de crianza

Los niños necesitan objetos simples para jugar. El agua, la arena, cajas de cartón, recipientes vacíos, objetos de diferentes colores, una pelota, son muy buenos juguetes. Los recomendados para esta etapa son aquéllos que se puedan arrastrar o empujar, vaciar y llenar, cerrar y abrir, o para golpear. En caso de utilizar objetos caseros -como envases vacíos- es necesario asegurarse de que hayan sido muy bien lavados.

Comente que es bueno hablarle al niño mientras se realizan las actividades habituales: hacerle comentarios respecto de lo que está haciendo o viendo; nombrar las cosas que lo rodean habitualmente: objetos comunes y partes del cuerpo. Es importante poder escuchar y contestar las preguntas del niño y responder con interés, sin utilizar un lenguaje “añorado”.

Aconseje que se establezcan límites claros. A medida que los niños crecen, van incorporando límites y desafiándolos al mismo tiempo, como autoafirmación de su yo.

Hay que utilizar el “NO”, ante situaciones de peligro o actitudes agresivas, como pegar o morder.

Ante el berrinche o enojo del niño, es necesario contenerlo, reconocer sus necesidades y escuchar sus manifestaciones. Eso permitirá al adulto encontrar las respuestas adecuadas para cada caso.

En esta etapa hay que informar a los padres sobre la normalidad de estas reacciones. La actitud segura y firme del adulto frente a las situaciones de peligro (el intento de cruzar la calle solo o de poner los dedos en un tomacorriente, etc.) resulta fundamental para organizar los límites y la conciencia de peligro.

Aconseje:

- Ser tolerantes y pacientes en las situaciones que no implican riesgo.
- No quedarse “entrampados” entre el *sí* del niño y el *no* del adulto: buscar alternativas de diálogo proponiendo otras opciones.
- Dejar que pase la situación de berrinche, durante la cual el niño no puede escuchar.
- Dar explicaciones claras y sencillas, con fundamentos comprensibles para el niño.
- No variar las pautas y mantenerlas con coherencia dentro del grupo familiar.
- Acordar anticipadamente las normas entre los adultos.

Los niños y el televisor

Recomiende a los padres desalentar el uso de la TV y otras pantallas.

A esta edad, mirar televisión deja al niño sin posibilidades de separarse del estímulo ni de pensar; por otra parte, lo somete a la pasividad en un momento madurativo en que el movimiento y la acción resultan esenciales.

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgo familiar, ambiental y social al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17)

- Enseñar pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- En cuanto a la necesidad de recibir luz solar para la síntesis de la Vitamina D sólo son necesarios 30' por semana con pañales o 2 horas por semana si el bebé está vestido, dentro de los horarios aceptables (nunca entre las 10:00 y las 16:00).
- Converse sobre la indicación de dejar el chupete. Si el niño aún lo utiliza, indique que no lo pasen por azúcar o miel antes de dárselo.
- Para la higiene de la zona del pañal: emplear un trozo de algodón embebido en óleo calcáreo sin perfume o en aceite común de cocina.
- Vestirlo según la temperatura del ambiente. En lo posible, usar en contacto con la piel ropa de algodón.
- Lavado de manos antes de atender al niño y cuidar higiene del ambiente.
- Enseñar a reconocer las capacidades del bebé, sus progresos y cambios.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

Recuerde a la familia que en este período la mayor capacidad de exploración, desplazamiento y juego del niño, lo predispone a lesiones. Por lo tanto, es necesario:

- Revisar la casa en busca de lugares de riesgo de accidentes (objetos filosos, bordes de mesas, medicamentos, venenos domésticos, líquidos o polvos de limpieza, tomacorriente sin protección, extensiones de cables colgantes).
- Mantener al niño lejos de estufas, hornos, chimeneas y planchas.
- Colocar los mangos de ollas y sartenes hacia atrás, en las hornallas de la cocina.
- No usar medicación casera sin consultar al Equipo de Salud.
- No dejar al bebé al cuidado de hermanos pequeños.
- Enseñar a los padres las maniobras a realizar en caso de que el niño aspire un cuerpo extraño.
- Un niño que juega en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión. También hay que cuidar que no queden al alcance del niño recipientes con agua (baldes, tachos, piletas, jarrones, etc.) donde se pueda sumergir.

- Evitar guardar en casa venenos o productos tóxicos. En tal caso, mantenerlos fuera del alcance de los niños.
- Evitar que jueguen en espacios fumigados, hasta transcurridas 48 horas de la fumigación.
- Mantenerlos alejados de maquinarias, puertas de garajes, estacionamientos, etc.
- Recomiende que se le enseñe al niño a bajar hacia atrás, con los pies primero, de los sillones, escalones, etc.
- Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos en Sistema de Retención Infantil (SRI). Ver control del primer trimestre.

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres.
- Corrobore la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Indicar dónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Convenir fecha de la próxima consulta.

Control a los 18 y a los 21 meses

Estos controles son especialmente importantes en los niños con riesgo nutricional. Tenga presente que el período entre el primer y segundo año constituye un período crítico para la nutrición infantil.

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. **Estimular y promover la lactancia materna. Relevar y orientar sobre la alimentación del niño.**
2. **Observar y acompañar a la familia en la crianza.**
3. **Controlar y completar el Carnet de Vacunación.**
4. **Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.**
5. **Garantizar la libertad de movimiento autónomo del niño en un espacio adecuado y seguro.**
6. **Conversar sobre la organización de la vida cotidiana.**
7. **Actualizar la HC (intercurrencias, infecciones y cambios en la familia).**

Desarrollo y características del niño

El niño de esta edad puede caminar más rápido, subir escaleras sostenido de la mano de un adulto; subirse a una silla baja, patear y arrojar una pelota. Empuja y arrastra objetos. Tiene mayor equilibrio, agilidad y capacidad para correr y trepar. Es una etapa de continua exploración del espacio.

Suele dar vuelta las páginas de una revista o libro, observar las figuras en forma selectiva y nombrar algunos objetos.

Usa un vocabulario de palabras específicas para nombrar objetos y personas. Utiliza frases de dos palabras, y también palabras que indican una frase completa. Tararea, canta, imita sonidos.

Hace soliloquios mientras juega.

Pronuncia su propio nombre. Reconoce y señala partes de su cuerpo.

Puede comprender y obedecer indicaciones sencillas.

Comienza a tener noción de lo que puede tocar y lo que no: intenta tocar mientras observa la mirada del adulto esperando su reacción. Se aferra a lo propio y pelea por sus cosas (empuja, tironea). Expresa celos, enojo, llanto y reacciones de rivalidad hacia otros niños. Todavía no es capaz de compartir porque su pensamiento es egocéntrico y no puede contemplar las necesidades de otros.

Los niños expresan su agresión frente a las situaciones que invaden su individualidad. La mordida es una de las manifestaciones típicas de este período.

En cuanto al juego, si bien disfruta observando las actitudes de otros niños y su compañía, en esta etapa aparece el *juego en paralelo* (comparten el espacio pero no el juego ni los objetos).

Con la mediación del adulto, puede integrarse a un juego con otros niños durante un tiempo, pero siempre requerirá que se atienda personalmente a sus demandas.

Le gusta jugar con la arena, plastilina, arcilla y agua.

Dibuja garabatos mezclando colores. Los trazos son longitudinales, de ida y vuelta. Algunos niños necesitan la presencia del adulto para dormirse.

El juego simbólico

En este período el niño irá desplegando las adquisiciones que le permiten la representación simbólica como lenguaje, memoria diferida, juego e imitación.

Por eso le agrada imitar las actividades domésticas o habituales en el hogar; por ejemplo, limpiar, barrer, lavar, planchar, martillar, hablar por teléfono. Estas imitaciones dan inicio al juego simbólico: el niño puede armar una escena conocida, dándole significados diferentes a objetos y personas. Así, un palo de escoba puede ser un caballo, luego un mástil etc., de acuerdo a la imagen mental que el objeto le sugiere.

Es un momento muy rico para compartir las actividades lúdicas con mínimos recursos, ya que el interés del niño no está puesto en el valor real de los objetos sino en la riqueza de su imaginación. Incluso se pueden sostener largos períodos de juego con ausencia total de objetos concretos, simplemente “jugando a...” e imaginando situaciones.

Es importante estimular a animarse a jugar imaginando. Eso ayudará a la familia a instalar espacios placenteros compartidos, que a la vez redundarán en un momento de gran aprendizaje para los niños.

Observación del Desarrollo Infantil

Indicadores para observar durante el primer año de vida de acuerdo al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI):

- El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño.
- El cuidador lo mira cuando le habla.

- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador.
- Juega a poner y sacar objetos.
- Camina solo.
- Comprende consignas simples (da la mano/abre la boca).
- Dice por lo menos una palabra / emite sonidos con significado.
- Colabora en vestirse y/o desvestirse.
- Logra comer solo parte del alimento.
- Patea una pelota.
- Avisa algunas veces que se hizo pis y/o caca.
- Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta.
- Garabatea.

Examen físico

A esta edad el niño suele presentar resistencia a que lo examinen. Será útil tenerlo en cuenta para establecer con él un vínculo de confianza.

- Evaluación antropométrica: Peso, longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar su análisis. Medir IMC. (http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenidos)
- Examen físico completo. Evaluación de audición.
- Observación del proceso del desarrollo.

Alimentación

Refuerce que:

- La leche de madre sigue siendo importante para la nutrición y salud del niño.
- A esta edad el niño recibirá 4 comidas por día más colaciones en el marco de una alimentación completa y variada.
- La mejor forma de ofrecer los líquidos es en taza o vaso (ver los conceptos de alimentación).
- La higiene de los alimentos es fundamental para prevenir enfermedades.
- El niño debe estar incorporado a alimentación familiar tanto en los alimentos a consumir como en los horarios de las comidas.
- Los preparados a base de soja se incorporan a partir del segundo año de vida.

Por lo general, ya es capaz de alimentarse por sí mismo: suele usar adecuadamente la cuchara, sostener una taza y beber. Igualmente, necesitará de la ayuda, el acompañamiento y la mirada del adulto.

La cantidad de alimentos que los niños consumen pueden variar de un día al otro, lo mejor es respetar el apetito del niño ofreciendo siempre alimentos saludables y agua en lugar de bebidas azucaradas.

Puede ocurrir que el niño tenga preferencias definidas por algunas comidas. Si bien

es importante reconocer sus gustos, el aprendizaje de otros sabores y consistencias también resulta fundamental para la incorporación de hábitos alimentarios saludables. Aliente a las familias a limitar la ingesta de golosinas, gaseosas y productos de copetín.

Consulte las *Guías alimentarias para la población infantil*, para reforzar la consejería a la familia sobre alimentación.

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Pautas de crianza

Es importante que quienes cuidan a los niños observen y estén atentos a sus logros, que alienten sus avances y festejen sus acciones creativas. Esto le permitirá afianzar su autoestima y sus capacidades. Favorezca las actividades lúdicas que el niño elija.

Conviene que seleccionen los juguetes que se adapten a sus necesidades, ya sea caseros o comprados; que sean resistentes (sin partes pequeñas) y que el niño pueda arrastrar, juntar, apilar, sacar, poner y usar para construir. También servirán para jugar los elementos grandes y livianos, como cajas de distintos tamaños.

Es importante leerles cuentos. Algunos niños los piden a la hora de dormir.

También cantarles canciones, escuchar música. Estas actividades ayudan a generar momentos que se disfrutan en familia, enriquecen el vocabulario, la imaginación y suelen inducir un sueño tranquilo.

Algo interesante es acompañar las acciones nombrando los elementos utilizados. El baño diario, por ejemplo, es una buena ocasión para conocer, nombrar las partes del cuerpo y los objetos del ambiente.

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgo familiar, ambiental y social al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17)

- Enseñar pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Recordar la importancia de la higiene dental, después de las dos comidas principales.
- En cuanto a la necesidad de recibir luz solar para la síntesis de la Vitamina D sólo son necesarios 30' por semana con pañales o 2 horas por semana si el bebé está vestido, dentro de los horarios aceptables (nunca entre las 10:00 y las 16:00).

- Si el niño aún usa chupete, indique que no lo pasen por azúcar o miel antes de dárselo.
- Vestirlo según la temperatura del ambiente. En lo posible, usar en contacto con la piel ropa de algodón.
- Lavado de manos antes de atender al niño y cuidar higiene del ambiente.
- Enseñar a reconocer las capacidades del bebé, sus progresos y cambios.
- Recuerde que en esta etapa son esperables las actitudes caprichosas y oposicionistas, y que deben ser contenidas con afecto y paciencia.

Recomendaciones para prevenir el Abuso Sexual Infantil

Que los niños:

- Tengan su propio espacio para dormir
- Sean ayudados en sus rutinas de higiene únicamente por personas de su plena confianza.
- Aprendan a valorizar su cuerpo a través de alimentación y cuidados adecuados.
- Sepan que su cuerpo le pertenece y que no debe ser invadido ni lastimado por nadie.
- Aprendan que pueden decir “NO” ante situaciones que los incomodan.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- Limpiar el patio de desechos tóxicos y elementos cortantes.
- Fijar a la pared bibliotecas, armarios, piletas.
- Usar las hornallas posteriores de la cocina, con las asas de ollas y sartenes orientadas hacia atrás.
- Un niño que juega en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión. También hay que cuidar que no queden al alcance del niño recipientes con agua (baldes, tachos, piletas, jarrones, etc.) donde se pueda sumergir.
- Revisar la zona aledaña a la casa en busca de pozos ocultos, destapados o mal cubiertos.
- Se desaconseja tener armas de fuego en el hogar (si las hay, deben estar guardadas bajo llave y descargadas).
- No soltar al niño de la mano cuando circula por la calle.
- Evite dejar bebidas alcohólicas y productos tóxicos al alcance de los niños y manténgalos en su envase original, nunca en envase de comestibles o bebidas.
- Evitar que el niño se acerque a animales que se saben agresivos.
- Cables, tomacorrientes, “zapatillas” de prolongación, artefactos eléctricos deben estar protegidos

Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos en Sistema de Retención Infantil (SRI). Ver control del primer trimestre.

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres.
- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Indicar adónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Acordar una fecha para la siguiente consulta.

Recomendaciones ante la llegada de un nuevo bebé

1. Si la familia está esperando un nuevo bebé, se le debe contar al niño y hacerlo participar en la reorganización familiar. Es probable y normal que manifieste cambios de conducta, celos, temor o ansiedad, por lo que necesitará mayor atención, contención y reasegurar los afectos. Para ayudarlo a elaborar la aceptación del embarazo se pueden contar o inventar cuentos sobre el tema, hacerlo participe de los preparativos para el nacimiento, etc.

2. Es esperable que, en estos casos, el niño manifieste algunas regresiones en su conducta, como retroceso en el control de esfínteres, rabietas reiteradas, crisis de llanto, etc.

3. Ante la llegada del nuevo hermano/a, el papel del padre u otro adulto de confianza puede ayudar a mitigar los sentimientos contradictorios de amor y odio.

Control a los 2 años

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. Relevar y orientar sobre la alimentación del niño
2. Observar y acompañar a la familia en la crianza.
3. Controlar y completar el Carnet de Vacunación.
4. Prevenir lesiones no intencionales.
5. Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.
6. Actualizar la HC (intercurrencias, cambios en la familia, el ambiente, el trabajo, etc)

Desarrollo y características del niño

El lenguaje en esta etapa es muy variable de un niño a otro, la mayoría forma frases de dos o más palabras y se refiere a sí mismo por su nombre. Pide que le cuenten cuentos en forma reiterada. Suele repetir de memoria algunas palabras o frases. Aparece el pronombre de primera persona. Nombra y reconoce las partes de su cuerpo

Alterna entre la timidez y la extroversión. Amplía sus relaciones sociales con sus familiares y otras personas.

Participa activamente al vestirlo. Intenta ponerse y sacarse alguna ropa. Es necesario brindarle opciones para que elija sus vestimentas, respetando en lo posible sus decisiones.

Se lava y se seca las manos solo.

Disfruta imitando a los adultos. Continúa el juego simbólico.

Es muy activo: corre, abre y cierra puertas, se trepa a los muebles, sube y baja escaleras con y sin ayuda.

Es creativo en el aspecto gráfico. Le gusta combinar y jugar con distintos elementos, colores y texturas. Sus garabatos son más organizados, logrando movimientos circulares y dando nombre a sus producciones.

Gradualmente el niño va a desarrollar capacidades para ser cada vez más autónomo. Se resiste a que lo ayuden, poniendo en práctica sus recursos. Podrá ir colaborando en pequeñas tareas en la casa.

El juego será su actividad central y ocupará la mayor parte de su tiempo. Por medio de él aprenderá a compartir, a respetar y a ser respetado. El juego le permitirá expresar emociones, adquirir nuevas habilidades, tener autocontrol y confianza en sí mismo.

Es capaz de manifestar más directamente sus sentimientos como enojo, placer, protesta. Puede demostrar una mayor agresión y expresarse con gritos y llanto, o pegando, mordiendo, arrojando objetos, etc. Utiliza el “NO”, como parte de su proceso de autoafirmación. Pone a prueba a los adultos y los desafía observando sus reacciones.

En este período se interesa por su cuerpo, tanto por la conformación física (preguntan por las diferencias sexuales) como por las sensaciones que el cuerpo les produce. Por eso son normales y frecuentes las conductas de exploración.

Hacia los 2 años y medio, los niños adquieren mayor seguridad en la motricidad global: marcha segura, velocidad al correr, autonomía para trepar, arrastrar, empujar, subir y bajar. Utiliza frases complejas.

El control de esfínteres

Alrededor de los 2 años, por lo general, los niños comienzan a mostrar algunos indicadores de interés por controlar esfínteres: permanecen secos durante períodos más largos, les molesta estar sucios, se sacan los pañales, avisan cuando se ensucian, etc.

Para el aprendizaje del control de esfínteres no sólo es necesaria la maduración del niño (lenguaje comprensible, movimiento autónomo, interés personal, etc.). También es necesario que la familia se involucre en el acompañamiento de este proceso que implica, además, el aprendizaje social de hábitos y costumbres específicas de cada medio cultural.

Cada niño tiene un tiempo y un ritmo que le son propios. Puede querer quedarse solo en el baño, enorgullecerse cuando logra controlar, molestarse cuando se ensucia o se moja. Es común que aparezcan conductas hasta ahora no manifiestas (como pudor, vergüenza, etc.), que deberán ser respetadas

Es importante que, a medida que avanza el proceso del control de esfínteres, la familia colabore para que el niño pueda comenzar a independizarse en su higiene personal y con el tiempo pueda ir adquiriendo autonomía en lo que respecta a su propia higiene

Observación del Desarrollo Infantil

Indicadores para observar durante el segundo año de vida de acuerdo al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) :

- El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño.
- El cuidador lo mira cuando le habla.
- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador.
- Utiliza el “NO”.
- Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó).

- Pide alguna vez para hacer pis o caca.
- Juega al lado de otros niños/as.
- Juega a dar de comer o hacer dormir a los muñecos.
- Dice su nombre o sobrenombre.
- Se saca y/o se pone alguna ropa solo.

Examen físico

Explique y anticipe al niño lo que va a hacer.

- Evaluación antropométrica: peso, longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar su análisis. Medir IMC. Incluir en la evaluación la comparación de la talla del niño con la de sus padres biológicos (blanco y rango genético). (Ver capítulo: Crecimiento, pág. 18). (Curvas disponibles en: http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_&Itemid=1 contenidos).
- Examen físico completo. Evaluación de audición y lenguaje: Recordar que la adquisición correcta de la pronunciación de la “R” y “S” son más tardías. Estar atento a tartamudeos y otros trastornos de la fluidez de la palabra, sobre todo si hay antecedentes familiares. Si hay alteraciones, realizar seguimiento y determinar si son transitorias o persistentes; en este caso, considere consultar.
- Observación del proceso del desarrollo.
- Observar la marcha. Para esta edad, en general, se ha corregido el genu varo fisiológico para cambiar de posición hacia un genu valgo o pierna en X (rodillas juntas) que se mantendrá hasta los 6-7 años.

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Pautas de alimentación a partir de los dos años

Refuerce que:

- Es importante realizar 4 comidas diarias más colaciones.
- El niño debe estar plenamente incorporado a la mesa familiar.
- La mejor bebida es el agua ofrecida en taza o vaso.
- La higiene de los alimentos es fundamental para prevenir enfermedades.

A partir de los dos años, el niño debe estar plenamente incorporado a la mesa familiar.

La alimentación del niño refleja los hábitos familiares. Consulte a la familia sobre los siguientes aspectos y haga consejería apropiada:

Horarios de las comidas: es ideal que se respeten los momentos de la comida y no saltarlas, para crear el hábito.

Comidas diarias: se deben realizar al menos cuatro comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena) y reforzar la alimentación con colaciones para cubrir el elevado requerimiento de nutrientes del niño. Se debe destacar la importancia del desayuno ya que el mismo impacta directamente en el desempeño escolar. Asimismo, es importante evitar la ingesta constante de alimentos (picoteo) que contribuye al sobrepeso. Las colaciones deben ser saludables y algunas sugerencias pueden ser: fruta, arroz con leche, un trozo de queso, flan, yogurt.

Porciones: Es conveniente ofrecer pequeñas porciones de comida, con posibilidad de repetir si el niño lo desea. Nunca se debe forzar al niño a terminar de comer todo lo servido en el plato, ya que eso puede contribuir al consumo innecesario de calorías.

Ambiente en el momento de comer: es ideal que el momento de las comidas no sea interrumpido por la atención a la televisión, celulares, juegos electrónicos, computadora u otras distracciones. Lo ideal es que sea un momento de comunicación compartida entre los miembros de la familia.

Alimentación variada y completa: durante el día se debe asegurar la ingesta de alimentos de todos los grupos para garantizar el aporte de los nutrientes necesarios (ver óvalo de la alimentación saludable).

Bebidas: la mejor bebida de consumo es el agua potable o segura durante todo el día como también los jugos naturales (exprimidos o licuados) de frutas.

Leche: es recomendable que el niño tome leche para cubrir su requerimiento de calcio y, de ser posible, que la misma sea enriquecida con hierro. Estime la cantidad que el niño consume tanto bebida como en preparaciones (postres, flanes, etc), como también la ingesta de quesos y yogures que también son fuente importante de calcio. La ingesta de leche debe ser aproximadamente de 500 ml/día.

Consumo de grasas: es importante que se haga una adecuada selección de grasas para el consumo familiar y el del niño. El consumo de grasas saturadas¹³ y grasas trans deben ser mínimo posible y debe alentarse la incorporación de grasas provenientes de pescados y aceites vegetales.

Dulces y golosinas: si bien es inevitable la presencia de dulces y golosinas en el entorno de los niños, es responsabilidad de los adultos la educación para un consumo moderado ya que contribuyen a un aporte elevado de energía con baja densidad de nutrientes, y favorecen la aparición de caries.

Sodio: ni los niños ni los adultos necesitan del agregado de sodio en forma de sal en la alimentación. Es recomendable evitar el uso del salero en la mesa y la elección métodos de cocción que maximicen los sabores naturales de los alimentos.

13 Las grasas saturadas se encuentran fundamentalmente en alimentos de origen animal. Para minimizar su consumo se recomienda evitar la grasa visible de las carnes, la piel del pollo, la crema de leche y la manteca. Las grasas trans se encuentran fundamentalmente en productos industrializados y panificados.

El niño puede ser selectivo con los alimentos y su apetito puede variar día a día influenciado por la velocidad de crecimiento u otros factores; es importante respetar las cantidades que el niño desee comer sin presionarlo ni incentivarlo sutilmente a una ingesta determinada de alimentos. La selectividad tiende a desaparecer con el tiempo y es importante que la oferta de alimentos variados y saludables se mantenga.

Reafirme la importancia del lavado de manos con agua y jabón durante el día y en especial antes de comer y cocinar.

Promueva en todo momento la autonomía del niño al comer y el uso de cubiertos.

Pautas de crianza

Es importante tener presentes las situaciones de riesgo de lesiones no intencionales a las que están expuestos los niños de esta edad, ya que no son capaces de comprender el peligro. La supervisión del adulto sigue siendo muy importante.

Recuerde que el castigo físico no debe ser aplicado por ninguna razón, ni siquiera para ponerle límites.

Los padres deben permitir el despliegue del juego del niño: es fundamental para la diversión, el aprendizaje y la socialización.

Recomiende a la familia contar y leer cuentos en forma regular; por ejemplo, antes de acostarse. El niño puede participar en los relatos y elegir los libros.

También debe tener oportunidades para relacionarse con otros niños.

El tiempo de la TV debe ser regulado por los padres. Se recomienda mantenerla apagada durante los horarios de comida.

Mantener hábitos y rutinas ayuda a conformar un ambiente conocido y previsible por el niño, afianzando así su comprensión y la aceptación natural de las normas familiares. Haga presente a la familia la importancia de adecuar un espacio físico para que el niño duerma, así como horarios para los cuidados, alimentación, baño.

**¿Cómo se debe actuar frente a los desafíos de los niños de esta edad?
Es importante que los padres sepan que...**

La actitud de rebeldía es un indicador de desarrollo emocional y psicológico: significa que el niño está adquiriendo autonomía y que comienza a diferenciar entre lo que está bien y lo que está mal.

No es bueno reaccionar con gritos o violencia (sacudones, tironeos, etc.), ya que no sólo estarían repitiendo la conducta que desean modificar en el niño sino que, además, la están legitimando. El niño necesita observar un modelo diferente para poder identificarse y organizar conductas relacionales propias de los seres humanos.

El niño necesita llamar la atención y sentirse contenido. Por eso, a veces se calma simplemente con un gesto de afecto y una propuesta atractiva de juego.

No hay que darle demasiadas opciones porque se confundirá y seguirá oponiéndose sólo para escucharlas una vez más.

A veces puede resultar inútil tratar de que el niño escuche a sus padres. En estos casos, puede ser más exitoso sugerir que dejen al niño tranquilo hasta que se le pase el enojo y pueda escuchar. Es probable que de este modo disminuya su ansiedad y se distraiga con otra actividad, abandonando su actitud negativa.

Nunca deben mantener con el niño un “ida y vuelta” de oposiciones. La situación no debe convertirse en una competencia entre niño y adulto.

Pese a todos los esfuerzos de los padres, la actitud de oposición va a mantenerse durante mucho tiempo y se irá virviendo hacia los 3 ó 4 años, cuando el niño evolucione en su desarrollo emocional y pueda interesarse en compartir actividades sociales con sus pares o con los adultos, y empiece a comprender y respetar las necesidades de los otros.

Es bueno atender al niño en sus reclamos, darle la oportunidad de que sus razones sean escuchadas y explicarle las normas con claridad. Eso lo ayudará a sentirse seguro y a confiar en los demás y en sí mismo.

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgos familiares, ambientales y sociales al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17)

- Enseñar pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Recordar la importancia de la higiene dental.
- Promover el lavado de manos y la higiene del niño en forma regular.
- Observe actitudes y conductas de la persona que cuida al niño.
- Contemplar la posibilidad del ingreso del niño o niña al Jardín de infantes.
- A esta edad los niños deben circular siempre por las veredas y de la mano de un adulto. Habrá que señalarle al niño la diferencia entre “vereda” y “calle” (la calzada).

Recomendaciones para prevenir el abuso sexual infantil.

Que los niños:

- Tengan su propio espacio para dormir
- Sean ayudados en sus rutinas de higiene únicamente por personas de su plena confianza.
- Aprendan a valorizar su cuerpo a través de alimentación y cuidados adecuados.

- Sepan que su cuerpo le pertenece y que no debe ser invadido ni lastimado por nadie.
- Aprendan que pueden decir “NO” ante situaciones que los incomodan.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- Recomiende utilizar las hornallas traseras para cocinar, prestando atención a que mangos de ollas y sartenes apunten hacia atrás.
- Los padres no deben dejar bebidas alcohólicas al alcance de los niños.
- Guardar bajo llave o lejos del alcance de los niños sustancias tóxicas, pilas, artículos de limpieza, medicamentos, objetos que puedan cortar o ser comidos.
- Un niño que juega en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión. También hay que cuidar que no queden al alcance del niño recipientes con agua (baldes, tachos, piletas, jarrones, etc.) donde se pueda sumergir.
- Cables, tomacorrientes, “zapatillas” de prolongación, artefactos eléctricos deben estar protegidos.
- Descartar los restos de medicamentos y aquéllos vencidos.
- Aconseje fuertemente que no haya armas de fuego en la casa. Si las hay, hay que guardarlas descargadas, en un lugar completamente inaccesible a los niños, y nunca manipularlas delante de ellos (¡Los niños son grandes imitadores!).
- No dejar sillas a las que el niño pueda subir para alcanzar un lugar peligroso.
- Tener disponible el número del Centro de Intoxicaciones saber dónde concurrir en caso de Urgencia.
- Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos en Sistema de Retención Infantil (SRI). Ver control del primer trimestre.

Pregunte si el niño ha tenido algún accidente y converse sobre el episodio, señalando las medidas de prevención que podían haber tomado.

El Jardín de Infantes

Aunque el niño no haya concurrido a un jardín maternal durante sus dos primeros años, **los padres deben saber que, a partir de los 3 años, es recomendable que inicie la educación preescolar.**

En esta etapa, la escuela cumple una función fundamental en el proceso de socialización de los niños, proponiendo un espacio diferente para compartir con otros chicos y con adultos, a la vez que ofrece nuevas experiencias de juego y aprendizaje, y permite incorporar hábitos saludables.

La familia, en esta etapa, debe iniciar la búsqueda de la institución adecuada para el niño y reflexionar sobre la mejor opción posible.

¿Cómo elegir mejor el Jardín de Infantes?

Tratar de que se encuentre, en lo posible, dentro del barrio o localidad en donde vive la familia.

Escuchar referencias de otras personas que conozcan la institución.

Solicitar una visita al lugar, en compañía del niño, para conversar con las autoridades y conocer las instalaciones.

Priorizar el juego como objetivo de aprendizaje.

En caso de que el niño deba alimentarse en el Jardín, informarse sobre la modalidad y los alimentos que recibirá.

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres.
- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Evaluar la necesidad de citar al niño antes de lo previsto, para reforzar conductas alimentarias y controlar de peso.
- Indicar adónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Acordar una fecha para la siguiente consulta.

Control a los 3 años

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. Observar y acompañar a la familia en la crianza.
2. Relevar y orientar sobre la alimentación del niño
3. Controlar y completar el Carnet de vacunación.
4. Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.
5. Detectar y Prevenir situaciones de riesgo y lesiones no intencionales.
6. Conversar sobre socialización y el jardín de infantes.
7. Indagar sobre el control de esfínteres y el sueño.
8. Observar la adquisición de conductas autónomas y cuidados que recibe.
9. Completar y actualizar la HC (intercurrencias, cambios en la familia, ambiente, trabajo, etc.).

Desarrollo y características del niño

En esta etapa el niño extiende su universo conocido sumando otros espacios: la calle, el barrio, el jardín de infantes; por lo tanto, suma también a nuevas personas, estableciendo una red de relaciones ampliada.

Este proceso de socialización se facilita cuando el niño tiene asegurado su lugar y su afecto en la familia, lo que le permitirá aceptar mejor las separaciones momentáneas.

A esta edad, jugar sigue siendo la actividad central. El juego simbólico se manifiesta a través de dramatizaciones de roles diferentes: el niño imita personajes conocidos y admirados, reales o imaginarios, miembros de su familia, docentes, super-héroes, etc.

Puede jugar solo o en compañía de otros niños.

A través del juego aprende:

- a compartir, mejorar el intercambio y la tolerancia,
- a expresar sentimientos,
- a diferenciar las funciones y el trabajo de los adultos,
- a enriquecer el lenguaje y la creatividad.

Realiza monólogos durante el juego y representaciones que combinan las acciones con las palabras.

Trata de agradar a las personas. Le gusta que lo halaguen.

Camina y corre sin dificultad. Anda en triciclo. Perfecciona su motricidad fina.

Dibuja círculos. Representa la figura humana con un círculo (cabeza) y elementos que se agregan (extremidades, cabello, etc.); por lo general, todavía sin tronco.

Nombra los dibujos que realiza. Le gusta modelar en arcilla, masa (bolitas y tiras).

Es capaz de desabrocharse la ropa. Se viste con ayuda. Colabora con tareas hogareñas.

Va adquiriendo mayor independencia en los cuidados corporales.

Le encantan los cuentos y que le cuenten historias. Los inventa él mismo.

Sigue un ritmo. Puede cantar canciones enteras Reconoce melodías.

Distingue noche y día.

Dice su nombre, sabe su edad, compone frases completas, tiene cada vez más conciencia del concepto de pronombres personales: *yo, tú, nosotros, ellos*. Puede presentar dislalias que son habituales para esta edad. Reconoce los colores y pregunta “-¿Por qué?” Ante diferentes situaciones, se muestra muy curioso

Le gusta pasear y conocer otros ambientes.

Come solo. Maneja la cuchara y el tenedor; sostiene la taza por el asa.

Observación del Desarrollo Infantil

Indicadores para observar durante el primer año de acuerdo al Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI):

- El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño.
- El cuidador lo mira cuando le habla.
- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador.
- Utiliza el “Mío”, “Yo”.
- Logra el control de esfínteres durante el día.
- Puede hacer un relato sencillo.
- Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños.
- Espera su turno para jugar o hablar.
- Puede correr sin dificultad.
- Dibuja al menos un círculo.

Examen físico

Explique y anticipe al niño lo que va a hacer.

- Evaluación antropométrica: peso, Longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar su análisis. Medir IMC. Incluir en la evaluación la comparación de la talla del niño con la de sus padres biológicos (blanco y rango genético). (Ver capítulo: Crecimiento en pág. 18). (Curvas disponibles en: http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_ contenidos).
- Examen físico completo. Evaluación de audición, visión, es muy importante en este grupo etario y lenguaje. Recordar que la adquisición correcta de la pronunciación de la “R” y “S” son más tardías. Estar atento a tartamudeos y otros trastornos de la fluidez de la palabra, sobre todo si hay antecedentes familiares. Si hay alteraciones, realizar seguimiento y determinar si son transitorias o persistentes; en este caso, considere consultar.
- Observación del proceso del desarrollo.
- Controlar la Tensión Arterial (TA). A partir de los 3 años de edad, se debe realizar una vez por año el control de la Tensión Arterial; en todos los niños, tengan o no antecedentes patológicos. Se requiere conocer la Talla del niño para comparar con las tablas y obtener los valores de normalidad para la edad y el sexo. En la primera consulta se deberá registrar la TA en los dos miembros superiores y en un miembro inferior.
- Dentición: Controlar si la dentición transitoria está completa: 20 dientes. Evalúe el estado general de los dientes y la mordida. Recuerde el control odontológico anual.
- Pregunte si logró el control de esfínteres

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Alimentación

Refuerce que:

Una alimentación saludable contribuye a la salud inmediata del niño como también a la prevención de enfermedades en el futuro (ver pautas de alimentación a partir de los dos años).

Los hábitos saludables adquiridos en la infancia acompañarán al niño a lo largo de su vida y deben ser compartidos por toda la familia.

Pautas de crianza

El juego resulta central para el desarrollo de la inteligencia, la imaginación y creatividad del niño; en él se cristalizan o se elaboran la resolución y la expresión de sus sentimientos. Por eso es importante enriquecer el mundo del niño a través de la lectura de cuentos, historias familiares, leyendas propias del lugar de origen, etc. También, ofrecerle elementos para disfrazarse (vestidos, carteras, gorros, camisas, zapatos y otros.)

Será bueno permitirle al niño utilizar algún sector de la casa para armar espacios de juego (debajo de una mesa, algún rincón) donde él sea el protagonista.

Resulta necesario controlar y limitar el tiempo de televisión y juegos electrónicos (no es recomendable dedicar a todas estas actividades sumadas, más de 2 horas diarias). Recuerde la importancia de que quien esté al cuidado del niño mire algunos programas pertinentes junto con él y los comenten en familia. Si accidentalmente los niños observan una imagen inadecuada, no conviene pasar por alto la situación sin un comentario que aclare aquello que los niños puedan comprender.

En relación a su curiosidad sobre la sexualidad, se debe responder en forma clara y sencilla, con un lenguaje comprensible para el niño y de acuerdo a su interés. No es conveniente agregar información que el niño no ha solicitado.

Las conductas de manipulación genital y exploración de su cuerpo son normales y esperables en esta edad.

En los niños pequeños, los juegos sexuales reiterados y la masturbación compulsiva pueden ser indicadores de alarma acerca de situaciones cotidianas de negligencia o descuido, de haber contemplado en la TV escenas que son traumáticas para el niño, o de haber experimentado situaciones reales de abuso visual o de contacto.

Indague dónde y con quién duerme el niño o la niña, cuál es la rutina para acostarse o iniciar el sueño, si hay problemas con el sueño nocturno, pesadillas, etc. El niño necesita su propio espacio y su intimidad. Es conveniente dejar una luz tenue encendida, si el niño así lo requiere.

Desaconseje el colecho, ya que es un factor de riesgo para su desarrollo.

Haga presente a la familia que todos los chicos, necesitan sentirse queridos, escuchados, respetados en sus necesidades y estimulados en sus posibilidades.

Manténgase atento a las conductas que puedan inducir sospecha de abuso sexual infantil. Algunos indicios que pueden hacer sospechar situaciones de abuso:

- Juegos sexuales repetitivos e inapropiados para su edad.
- Trastornos del sueño y miedos excesivos.
- Inquietud, irritabilidad, llanto injustificado.

La adaptación al Jardín de Infantes

Una vez elegido el Jardín, es importante considerar el período de adaptación como un proceso de acomodación al nuevo espacio social. El tiempo de adaptación depende de cada niño y del vínculo que se establece entre la institución, el niño y la familia.

El niño conoce y percibe los aspectos hostiles o afectuosos del medio; por eso es importante escuchar sus opiniones y necesidades.

Al ingreso al Jardín Maternal o de Infantes, el niño puede necesitar de un “objeto transicional” Esto es un objeto material que posee, para el niño, un valor preferente. Permite efectuar la transición entre la primera relación oral con la madre y una verdadera relación de objeto. (Winnicott)

Progresivamente se irá adaptando; abandonará el objeto transicional, para establecer nuevos vínculos afectivos y de apego propios del nuevo espacio: la maestra, los amigos, etc.

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgos familiares, ambientales y sociales al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17)

- Enseñar pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Recordar la importancia de la higiene dental.
- Pregunte a los padres si el niño ha adquirido hábitos de independencia: si se viste y come solo, si se lava solo las manos y dientes, si se higieniza solo, etc.
- Pregunte acerca del sueño, si presenta trastornos o temores, dónde y con quién duerme. Recuerde que, en lo posible, el niño tiene que dormir en su cama y tener su espacio propio. De no ser así, proponga alternativas de separación como cortinas, mamparas de madera terciada (o aun de cartón), o muebles divisores.
- Recuerde la visita al Odontólogo.
- Converse acerca de las reacciones del niño ante el “NO”, el modo como los adultos le ponen límites, y la manera en que el niño responde a las frustraciones. Recuerde que el castigo corporal obstruye su desarrollo y su pensamiento. Intente recomendar la puesta de límites antes del desborde.
- Recomiende estimular el juego y la actividad física.
- Averigüe sobre la evaluación o el rendimiento del niño en el Jardín de infantes; seguramente aportará elementos acerca de la socialización y el aprendizaje.
- Promueva la disponibilidad del adulto para acompañar el proceso de control de esfínteres.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- Mantener las puertas con llave, si hay escaleras o salida directa al exterior.
- Supervisar el juego en los lugares donde haya espejos de agua: zanjas, piletas de natación, arroyos, acequias, pozos, tosqueras anegadas, etc.
- Recordar que un niño que está en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión. También hay que cuidar que no queden al alcance del niño recipientes con agua (baldes, tachos, piletas, jarrones, etc.) donde se pueda sumergir.
- Evitar transportar al niño en bicicleta. Si no hay otra alternativa, es necesario que use un asiento especial (que evita que el niño introduzca su pie entre los rayos de la rueda trasera) y casco.
- Enseñar el peligro de tocar animales desconocidos.
- Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos en Sistema de Retención Infantil (SRI). Ver control del primer trimestre.

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres.
- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Evaluar la necesidad de citar al niño antes de lo previsible, para reforzar conductas alimentarias y controlar de peso.
- Indicar adónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Acordar una fecha para la siguiente consulta.

Control a los 4 años

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. **Observar y acompañar a la familia en la crianza.**
2. **Pesquisar violencia familiar.**
3. **Controlar y completar el Carnet de vacunación.**
4. **Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.**
5. **Indagar sobre la organización de la vida cotidiana.**
6. **Detectar y Prevenir situaciones de riesgo y lesiones no intencionales.**
7. **Corroborar la alimentación diaria.**
8. **Conversar sobre la permanencia en el Jardín de Infantes, socialización y juego. Observar los logros o avances en el desarrollo**
9. **Realizar Control odontológico.**
10. **Completar y actualizar la HC (intercurrencias, cambios en la familia, ambiente, trabajo, etc)**

Desarrollo y características del niño

El niño es cada vez más autónomo; puede comer solo, lavarse, vestirse y desvestirse. Sube y baja escaleras alternando los pies. Puede pararse y saltar en un pie.

Arroja y ataja una pelota. Baila. Despliega gran actividad durante todo el día.

Reconoce y nombra las partes de su cuerpo.

Colabora con pequeñas tareas domésticas y despliega un lenguaje comprensible y muy amplio. Utiliza palabras nuevas; juega con rimas y canciones. Utiliza conjunciones e interjecciones.

Puede relatar un cuento. La imaginación fluida lo lleva a fantasear e inventar historias.

Disfruta de la participación en grupo. Hace bromas, muecas y morisquetas.

En esta etapa, casi todos los niños controlan esfínteres durante el día y la noche. Son independientes en el baño.

El juego simbólico sigue siendo predominante y es su actividad principal para expresar

emociones y adquirir nuevas habilidades. Le encanta disfrazarse e imitar personajes, hablando solo, puede hacerlo con amigos imaginarios o jugando con otros niños.

Comienza a disfrutar de algunos juegos en grupo, con reglas sencillas.

Se expresa a través de actividades plásticas variadas: dibujo, pintura, modelado. Comienza a utilizar la tijera.

Dibuja la figura humana diferenciando cabeza y tronco.

Puede distinguir, nombrar colores y tamaños.

Puede contar y repetir de memoria hasta 10 o más números, lo que no implica haber adquirido la noción de orden y cantidad.

Se incrementa su capacidad de espera y de atención en las actividades diarias. Puede desarrollar su tolerancia, lo que le permite compartir tanto los juguetes como los momentos de intercambio con los adultos.

La curiosidad y el descubrimiento de su cuerpo forman parte del desarrollo normal de los niños a esta edad. Esto puede provocar preguntas, maniobras o manipulaciones de sus genitales, que le ocasionan sensaciones placenteras, todo lo cual constituye parte del aprendizaje.

Examen físico

Converse durante el examen con el niño: pregúntele su nombre, su edad, a qué le gusta jugar, etc. Propóngale que haga un dibujo.

Explique y anticipe al niño lo que va a hacer.

- Evaluación antropométrica: peso, Longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar su análisis. Medir IMC. En caso de no haberlo hecho en otro control comparar la talla del niño con la de sus padres biológicos (blanco y rango genético). (Ver capítulo: Crecimiento, pág. 18). (Curvas disponibles en: http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contentidos).
- Examen físico completo. Evaluación de audición, visión y lenguaje (fonación, dislalias, difluencias). Ante hallazgos patológicos, derivar al especialista, teniendo en cuenta la proximidad del ingreso a Preescolar. A esta edad el niño debe hablar y articular correctamente.
- Observación del proceso del desarrollo.
- Controlar la Tensión Arterial (TA). Realizar una vez por año el control de la Tensión Arterial. Se requiere conocer la Talla del niño para compararla con las tablas y obtener los valores de normalidad para la edad y el sexo. En la primera consulta se deberá registrar la TA en los dos miembros superiores y en un miembro inferior.

- **Dentición:** Controlar si la dentición transitoria está completa: 20 dientes. Evalúe el estado general de los dientes y la mordida; si hay alteraciones de la oclusión (como mordida lateral o invertida), se debe consultar; registre la información en la HC.
- Si no ha logrado el control de esfínteres diurno y nocturno (enuresis primaria), investigue antecedentes familiares y descarte causas biológicas. Pregunte sobre ritmo evacuatorio.
- Recuerde que los episodios de enuresis nocturna (secundaria) pueden ser frecuentes ante situaciones de cambio o de angustia, como nacimiento de hermanos, mudanzas, adaptación escolar, abuso y crisis familiares. Desaliente el castigo cuando el niño no controla. Es importante conocer las dificultades y necesidades del niño.

En caso de sospecha de pubertad precoz, recuerde que deberá observarse:

Niñas: Vello Pubiano (VP1), Mama (M1).

Niños: Vello Pubiano (VP1), Genital (G1)

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Alimentación

Refuerce que:

- Una alimentación saludable contribuye a la salud inmediata del niño como también a la prevención de enfermedades en el futuro (ver pautas de alimentación a partir de los dos años).
- Los hábitos saludables adquiridos en la infancia acompañarán al niño a lo largo de su vida y deben ser compartidos por toda la familia.

Pautas de crianza

Es bueno que los adultos acompañen los nuevos aprendizajes y vivencias del niño, y que se relacionen y colaboren con la escuela.

El interés por la lectura debe seguir siendo estimulado, al leerle o contarle cuentos e historias familiares.

Resulta necesario controlar y limitar el tiempo de televisión y juegos electrónicos (no es recomendable dedicar a todas estas actividades sumadas, más de 2 horas diarias). Recuerde la importancia de que los padres o los adultos que cuidan al niño miren algunos programas pertinentes junto con él y los comenten en familia.

Es importante estimular en los niños la solidaridad, fomentar la amistad, el respeto por los otros y sus opiniones. Recuerde que el niño está atento a las actitudes de los adultos y las imita.

El desarrollo y su ritmo

Si bien el esquema de desarrollo es común a todos los niños, cada individuo es único, tanto en su carácter como en sus potencialidades y su contexto familiar, ambiental, etc. Algunos pueden enfrentar mayores dificultades para hacer algunas tareas o realizar ciertos aprendizajes, y seguramente serán hábiles o capaces en otros campos. El papel del adulto es ayudar a desarrollar todas las potencialidades del niño con afecto.

En todos los casos, los niños y las niñas tienen derecho a contar con las condiciones propicias para desarrollar al máximo sus potencialidades individuales.

Frente a las dificultades en el desarrollo, el equipo de salud deberá orientar a la familia ofreciendo alternativas que serán elaboradas conjuntamente con los padres.

En el caso de niños que presentan alteraciones psicológicas, emocionales o dificultades físicas concretas para lograr el desarrollo óptimo posible, el equipo de salud brindará la orientación y el tratamiento profesional adecuados, así como la necesaria contención afectiva.

Es deseable que los profesionales se comprometan a trabajar con la comunidad, tratando de lograr las condiciones propicias para un mejor desarrollo integral de los niños.

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgo familiar, ambiental y social al momento de hacer las recomendaciones (ver página pág. 17).

- Enseñar pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Recordar la importancia de la higiene dental.
- Pregunte acerca del sueño, si presenta trastornos o temores, dónde y con quién duerme. Recuerde que, en lo posible, el niño tiene que dormir en su cama y tener su espacio propio. De no ser así, proponga alternativas de separación como cortinas, mamparas de madera terciada (o aun de cartón), o muebles divisores.
- Recuerde la visita al Odontólogo.
- Converse acerca de las reacciones del niño ante el “NO”, el modo como los adultos le ponen límites, y la manera en que el niño responde a las frustraciones. Recuerde que el castigo corporal obstruye su desarrollo y su pensamiento. Intente recomendar la puesta de límites antes del desborde.
- Recomiende estimular el juego y la actividad física (por ejemplo, la práctica de un deporte).
- Indague sobre la evaluación o el rendimiento del niño en el Jardín de infantes; seguramente aportará elementos acerca de la socialización y el aprendizaje.

- Sugiera a los padres que enseñen a los niños medidas de autocuidado ante situaciones de peligro. Por ejemplo: aprender su nombre, dirección y teléfono; no aceptar objetos ni alimentos de parte de extraños; no ir solos a baños públicos, cruzar la calle con precaución, etc.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- Reitere todas las pautas de lesiones no intencionales. Los niños de esta edad en particular requieren supervisión permanente, ya que no es posible confiar totalmente en su autonomía:
- Cuando un adulto circula con el niño por la vía pública, es importante hacerle señalamientos acerca de la seguridad y darle buen ejemplo cruzando siempre por los lugares permitidos, mirando a ambos lados antes de hacerlo, con precaución especial al atravesar entradas de vehículo, sin cruzar una vía con la barrera baja, etc.
- Comenzar a enseñarle a nadar. Recordar que un niño que está en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión.
- Colocar protección especial en escaleras, ventanas, balcones, camas-cucheta, etc.
- Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos. Ver control del primer trimestre.

Los perros y los niños

Es importante considerar que la mayoría de las agresiones a niños provienen de perros conocidos o de la familia.

- Tener presente que los menores de 4 años no son capaces de medir el riesgo de sus conductas.
- Las hembras y los machos castrados son menos agresivos.
- Es importante que los perros estén vacunados
- No dejar a los niños pequeños interactuar con el perro sin la presencia del adulto.

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres. Establezca acuerdos con la familia
- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Evaluar la necesidad de citar al niño antes de lo previsible, para reforzar conductas alimentarias y controlar de peso.
- Indicar adónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Acordar una fecha para la siguiente consulta
- Determinar los problemas de salud, crecimiento o desarrollo del niño. Plantee controles y seguimiento específicos.

Control a los 5 años

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el Equipo de Salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. **Observar y acompañar a la familia en la crianza.**
2. **Controlar y completar el Carnet de vacunación.**
3. **Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.**
4. **Detectar y Prevenir situaciones de riesgo y lesiones no intencionales.**
5. **Evaluar audición y fonación. Examinar la visión**
6. **Conversar sobre la actividad escolar, asistencia, rendimiento y socialización**
7. **Completar y actualizar la HC (intercurrencias, cambios en la familia, ambiente, trabajo, etc)**

Desarrollo y características del niño

Como resultado de su crecimiento y desarrollo, el niño va adquiriendo mayor seguridad en todas sus actividades y movimientos.

Se muestra muy activo y curioso. Las experiencias cotidianas siguen siendo el alimento fundamental de su inteligencia. El pensamiento es concreto, sujeto a la realidad visible. Comienza a comprender los conceptos de “ayer” y “mañana”.

En este período comienza su inserción en la educación institucional (el Nivel Preescolar), y comenzará a responder a nuevas motivaciones.

El niño alcanza una mayor conciencia de sí mismo.

Reconoce la derecha y la izquierda en su propio cuerpo.

Es capaz de dibujar la figura humana diferenciando cabeza, tronco y extremidades. Sus dibujos son muy ricos en elementos y colores. Puede pintar respetando límites. Plasma en el dibujo una idea definida. Reconoce figuras geométricas y puede copiarlas (círculo, cuadrado, cruz).

Diferencia y copia números y letras. Se interesa por la lecto-escritura. Escribe su nombre. Reconoce las palabras como formas fijas. Nombra colores, reconoce números y vocales. Puede contar cuentos.

El juego no es tan solitario y ha desarrollado la capacidad asociativa. Continúa el juego simbólico e incorpora mayor cantidad de juegos reglados. Puede ponerse de acuerdo con los demás para modificar las reglas o crear nuevas.

Le interesan las actividades sociales y disfruta de la compañía de amigos. Todavía le cuesta comprender las necesidades de los otros y defiende enérgicamente sus puntos de vista.

Es curioso. Busca conocimientos y espacios nuevos. Pregunta sobre todo lo que lo rodea.

Ha desarrollado mayor precisión en su actividad motora, ha mejorado su equilibrio y aumentado su agilidad.

Comienza adquirir algunas responsabilidades; tiene sentido del orden, puede guardar sus juguetes y colaborar con las tareas de la casa.

Examen físico

Dialogue con el niño y considere su punto de vista acerca del cuidado de la salud, enriqueciendo los conocimientos que posee sobre sí mismo y su entorno.

El médico debe tener en cuenta las opiniones del niño. Esto permitirá conocer más de su personalidad y emotividad. Escuchar al niño lo posicionará a éste como sujeto de derecho y permitirá mostrar a los padres una modalidad de intercambio que podrían imitar.

Explique y anticipe al niño lo que va a hacer.

- Evaluación antropométrica: peso, Longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar su análisis. Medir IMC. En caso de no haberlo hecho en otro control comparar la talla del niño con la de sus padres biológicos (blanco y rango genético). (Curvas disponibles en: http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenidos).
- Examen físico completo. Evaluación de audición, visión y lenguaje (fonación, dislalias, difluencias). Ante hallazgos patológicos, derivar al especialista, teniendo en cuenta la proximidad del ingreso a Preescolar. A esta edad el niño debe hablar y articular correctamente.
- Observación del proceso del desarrollo.
- Controlar la Tensión Arterial (TA). Realizar una vez por año el control de la Tensión Arterial. Se requiere conocer la Talla del niño para compararla con las tablas y obtener los valores de normalidad para la edad y el sexo. En la primera consulta se deberá registrar la TA en los dos miembros superiores y en un miembro inferior.
- Dentición: Controlar si la dentición transitoria está completa: 20 dientes. Evalúe el estado general de los dientes y la mordida; si hay alteraciones de la oclusión (como mordida lateral o invertida), se debe consultar; registre la información en la HC.
- Si no ha logrado el control de esfínteres diurno y nocturno (enuresis primaria), investigue antecedentes familiares y descarte causas biológicas. Pregunte sobre hábitos evacuatorios.
- Recuerde que los episodios de enuresis nocturna (secundaria) pueden ser frecuentes ante situaciones de cambio o de angustia, como nacimiento de hermanos, mudanzas, adaptación escolar, abuso y crisis familiares. Desaliente

el castigo cuando el niño no controla. Es importante conocer las dificultades y necesidades del niño.

En caso de sospecha de pubertad precoz, recuerde que deberá observarse:

Niñas: Vello Pubiano (VP1), Mama (M1).

Niños: Vello Pubiano (VP1), Genital (G1)

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Alimentación

Refuerce que:

Una alimentación saludable contribuye a la salud inmediata del niño como también a la prevención de enfermedades en el futuro (ver pautas de alimentación a partir de los dos años).

Los hábitos saludables adquiridos en la infancia acompañarán al niño a lo largo de su vida y deben ser compartidos por toda la familia.

Pautas de crianza

En esta etapa, el niño es independiente en sus hábitos de higiene y alimentación, pero es necesario recordar y sostener lo aprendido.

Ha comenzado la escolaridad. Es bueno conversar con la familia acerca de la importancia de los aprendizajes del Nivel Preescolar en el desarrollo del niño. Averigüe acerca de la aceptación y la adaptación escolar del niño y recomiende a la familia que participe en las actividades que organiza la escuela.

Desarrollar actividades sociales y deportivas en club, barrio, escuela, etc. favorece las relaciones con otros niños y adultos, contribuyendo así con su proceso de socialización. Es muy saludable alentar la generación de espacios de independencia y libertad de elección para el desarrollo de su autoestima y valoración personal. Por ejemplo, elección de su propia ropa al vestirse, selección de sus juegos y juguetes, comidas, etc. El niño sabe desde pequeño lo que le gusta y quiere.

Pregunte a la familia si el niño presenta problemas para dormir y comente la conveniencia de que el niño tenga su propio espacio y cama.

Aconseje a los padres que enseñen a los niños conductas de autocuidado y protección: que memorice su nombre y domicilio, qué actitud tomar ante extraños, el valor y el respeto de su cuerpo, etc.

Conozca cómo se constituye la familia: cuántos hermanos tiene el niño, qué otros familiares o personas conviven bajo el mismo techo, quién está a cargo del niño cuando los padres no están. Pregunte sobre las características del juego entre los hermanos. Si el padre está presente y se hace cargo, si hay abuelos en contacto directo, sus roles y funciones, etc. Conocer el marco familiar donde el niño se desarrolla tiene resulta muy valioso para comprenderlo y para lograr las intervenciones necesarias.

Es importante que el niño realice actividades de destreza manual fuera de la escuela, como dibujo, recorte, pegado, etc. Esto permite el desarrollo de sus capacidades creativas. Fomente la concurrencia a espacios comunitarios con talleres de juegos y artísticos (teatro para niños, pintura, cuentos, canciones, música e instrumentos).

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgos familiares, ambientales y sociales al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17).

- Enseñe pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Pregunte cómo se resuelven las situaciones conflictivas dentro del hogar. Pregunte sobre situaciones de violencia familiar. De ser necesario ofrezca orientaciones durante la consulta, con el apoyo de los equipos interdisciplinarios del Centro de Salud.
- Converse sobre la privacidad y prevenga el abuso físico.
- Es necesario que el niño aprenda las normas de tránsito y que observe su cumplimiento por parte de los adultos.
- Enfatique la importancia del cuidado dental, con cepillado de dientes después de cada una de las comidas principales. Recomiende el control odontológico anual.
- Pregunte sobre el ritmo evacuatorio Si no ha adquirido el control esfinteriano diurno y nocturno, o presenta enuresis o encopresis, descarte patologías y realice interconsultas.
- Pregunte sobre el sostén económico de la familia.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- Reitere todas las pautas de prevención de lesiones no intencionales.
- No permitir el uso de pirotecnia.
- Supervisar al niño mientras anda en bicicleta o juega cerca o en la calle.
- Enseñarle a no aceptar objetos o alimentos de extraños.
- Conversar con los niños sobre educación vial.
- No dejar bebidas alcohólicas al alcance de los niños. No permitir el uso de fósforos.
- Recordar que un niño que está en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión.
- Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos. Ver control del primer trimestre (pág. 45).

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres. Establezca acuerdos con la familia
- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Evaluar la necesidad de citar al niño antes de lo previsible, para reforzar conductas alimentarias y controlar de peso.
- Indicar adónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Acordar una fecha para la siguiente consulta
- Determinar los problemas de salud, crecimiento o desarrollo del niño. Plantee controles y seguimiento específicos
- Alentar a los padres a hacer preguntas sobre el niño y su escolaridad.

Control a los 6 años

- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir y detectar precozmente enfermedades (realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo).
- Establecer un vínculo confiable entre el equipo de salud y la familia.

Acciones prioritarias

1. **Observar y acompañar a la familia en la crianza.**
2. **Controlar y completar el Carnet de vacunación.**
3. **Orientar sobre el cuidado general y detectar factores de riesgo en la familia y su comunidad.**
4. **Detectar y Prevenir situaciones de riesgo y lesiones no intencionales.**
5. **Promover hábitos saludables: alimentación sana y deportes.**
6. **Evaluar la audición, fonación y agudeza visual**
7. **Conversar sobre la actividad escolar, asistencia, rendimiento y socialización**
8. **Completar y actualizar la HC (intercurrencias, cambios en la familia, ambiente, trabajo)**

Desarrollo y características del niño

Los niños deberían ingresar a Primer Grado habiendo adquirido todos los fonemas de la lengua. En caso de que esto no sea así, es importante asegurarse de que logran discriminarlos adecuadamente.

Instalación progresiva del proceso de la lecto-escritura.

Disfruta de momentos de juego solitario, leyendo, inventando cosas, alternando con actividades de gran expansión motora.

Muestra total independencia en su higiene personal y vestimenta. Siente pudor al mostrar su cuerpo.

Su pensamiento es más realista, por lo que el juego simbólico va perdiendo prioridad., participa en juegos de mesa y actividades deportivas grupales.

Las relaciones sociales ocupan un lugar fundamental. Prefiere amigos del mismo sexo.

Comprende la importancia de sus acciones y puede colocarse en el lugar del otro.

El niño demuestra gran destreza motora. Puede andar en bicicleta, trepar árboles y usar juegos de plaza.

Sus dibujos son realistas y completos, dibuja la figura humana con todas sus partes. Puede prestar atención y concentrarse por más tiempo en una actividad. Incluso pueden observarse períodos de gran concentración en los que se abstrae del mundo externo.

Es más reflexivo, perseverante y puede demostrar responsabilidad en sus tareas. Le preocupan sus errores.

Examen físico

Dialogue con el niño y considere su punto de vista acerca del cuidado de la salud, enriqueciendo los conocimientos que posee sobre sí mismo y su entorno.

El médico debe tener en cuenta las opiniones del niño. Esto permitirá conocer más de su personalidad y emotividad. Escuchar al niño lo posicionará a éste como sujeto de derecho y permitirá mostrar a los padres una modalidad de intercambio que podrían imitar.

Explique y anticipe al niño lo que va a hacer.

- Evaluación antropométrica: peso, Longitud corporal y PC. Percentilar en los gráficos correspondientes y realizar su análisis. Medir IMC. En caso de no haberlo hecho en otro control comparar la talla del niño con la de sus padres biológicos (blanco y rango genético). (Ver capítulo: Crecimiento, pág 18). (Curvas disponibles en: http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_ contenidos).
- Examen físico completo. Evaluación de audición, visión (agudeza visual y reflejo rojo) y lenguaje (fonación, dislalias, difluencias). Ante hallazgos patológicos, derivar al especialista.
- Observación del proceso del desarrollo.
- Controlar la Tensión Arterial (TA). Realizar una vez por año el control de la Tensión Arterial. Se requiere conocer la Talla del niño para compara con las tablas y obtener los valores de normalidad para la edad y el sexo.
- Evaluación de la columna vertebral descartar patologías, controlar rodillas y pies.
- Dentición: A esta edad comienza el recambio de la dentición transitoria o primaria. Aparecen las piezas definitivas que, a diferencia de los dientes de leche, tienen raíz. Es necesario conversar con los niños sobre este tema y reafirmar la importancia de realizar la higiene dental cuatro veces por día, después de las comidas. A los 6 años se produce la erupción del primer molar definitivo, tanto en maxilar inferior como superior. Luego, sucesivamente, se produce el recambio de todos los dientes primarios. Programe una consulta con odontólogo.
- Recuerde que los episodios de enuresis nocturna (secundaria) pueden ser frecuentes ante situaciones de cambio o de angustia, como nacimiento de hermanos, mudanzas, adaptación escolar, abuso y crisis familiares. Desaliente el castigo cuando el niño no controla. Es importante conocer las dificultades y necesidades del niño.

En caso de sospecha de pubertad precoz, recuerde que deberá observarse:

Niñas: Vello Pubiano (VP1), Mama (M1).

Niños: Vello Pubiano (VP1), Genital (G1).

Inmunizaciones

Controlar que el carné de vacunación esté completo para la edad, según el calendario oficial vigente e indique las vacunas faltantes, si corresponde.

Alimentación

Refuerce que:

Una alimentación saludable contribuye a la salud inmediata del niño como también a la prevención de enfermedades en el futuro (ver pautas de alimentación a partir de los dos años).

Los hábitos saludables adquiridos en la infancia acompañarán al niño a lo largo de su vida y deben ser compartidos por toda la familia.

Pautas de crianza

En este período, los niños disfrutan de su autonomía para actuar. Es necesario permitirles utilizar parte de su tiempo en actividades individuales que favorezcan su desarrollo intelectual, como así también en juegos sociales, especialmente de gran despliegue motor.

Es importante que la familia lo ayude a canalizar sus deseos de independencia, también en lo referente a su escolaridad. Esto significa darle lugar para que asuma por sí mismo la preparación de sus útiles y las tareas escolares, manteniendo un diálogo frecuente con los docentes para intervenir de acuerdo a las necesidades de cada niño.

En esta etapa, dada la autonomía que el niño va logrando en el medio social, es necesario conversar acerca de las medidas que debe tomar para el cuidado de su propia persona, desde saber cruzar las calles hasta aprender a pedir ayuda a personas de confianza en los casos en que se sienta en situaciones de peligro, en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve (barrio, escuela, otras casas, clubes, etc.).

Siempre se le debe dar un espacio de escucha para que pueda contar sus vivencias diarias con la suficiente tranquilidad como para confiar en que será comprendido, ayudado y no recriminado por sus acciones. Tener en cuenta que son esperables a esta edad las manifestaciones impulsivas físicas y/o verbales. Se encuentra atravesando una situación crítica por tener que hacerse cargo de nuevas responsabilidades, además de la adaptación a nuevos espacios, donde debe desplegar diferentes conductas y códigos esperables en cada caso.

Orientar a la familia a aceptar al niño como es y enseñar alternativas de solución a sus problemas más que críticas, exigencias o castigos.

Estos espacios ayudan y favorecen la prevención de futuros conflictos sociales, (agresión, violencia, drogadicción, abuso, delincuencia, etc.) cuyas bases se generan habitualmente en la ausencia de relaciones afectivas adecuadas.

Recomendaciones

Tenga en cuenta los factores de riesgos familiares, ambientales y sociales al momento de hacer las recomendaciones (ver página 17)

- Enseñe pautas de alarma.
- Preguntar a quienes están al cuidado del niño sobre consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Recordar la importancia de la higiene dental.
- Ofrezca un espacio de conversación individual con el niño.
- Converse acerca de la escolaridad, sus avances y dificultades.
- Pregunte acerca de sus relaciones sociales y sus actividades extraescolares.
- Inste al niño a realizar actividades deportivas y a adoptar hábitos saludables.
- Pregunte sobre situaciones de violencia familiar, en la escuela o el barrio y el modo como se resuelven.
- Prevenga o pesquise situaciones de abuso sexual infantil.
- Promueva la participación de la familia en actividades comunitarias y escolares.
- Pregunte sobre el sostén económico de la familia, si hay trabajo infantil. Ver bibliografía al final del documento.
- Conversar sobre cuidados del ambiente dentro y fuera del hogar.

Prevención de lesiones no intencionales (accidentes)

- Es bueno que el niño se acostumbre a cruzar las calles por las esquinas, mirando hacia ambos lados y respetando el semáforo. Sobre todo, al ir y regresar de la escuela.
- Para andar en bicicleta, el niño debe circular por lugares apropiados.
- Saber nadar protege al niño de los accidentes por ahogamiento. También es importante enseñarles a no sumergirse en lugares desconocidos. Recordar que un niño que está en el agua no debe ser dejado solo, sin supervisión.
- Los niños no deben manipular artefactos eléctricos, gas ni fuego.
- Sugerir baranda protectora en camas cuchetas.
- Todas las actividades recreativas deben ser acompañadas por un adulto responsable.
- Recomendaciones para el transporte de niños en vehículos. Ver control del primer trimestre (pág. 45).

Recordar la existencia de legislación sobre **PROHIBICION DEL TRABAJO INFANTIL Y PROTECCION DEL TRABAJO ADOLESCENTE.**

Ley 26.390. Sancionada: Junio de 2008 (goo.gl/EIPn4p).

CONAETI. Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, tiene por función coordinar, evaluar y dar seguimiento a los esfuerzos en favor de la prevención y erradicación real y efectiva del trabajo infantil. <http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/>

COPRETI. Comisiones provinciales para la prevención y erradicación del Trabajo Infantil, coordinan las actividades que se implementan en las jurisdicciones. Actualmente se trabaja en forma coordinada con 23 comisiones provinciales. <http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/copreti.asp>

Cierre de la consulta

- Responder a las preguntas o dudas surgidas en la visita. Garantice un espacio para escuchar a los padres. Establezca acuerdos con la familia
- Corroborar la comprensión de lo conversado en la consulta.
- El Control Integral de Salud (C.I.S) comprende la realización de un examen físico completo, el relevamiento de antecedentes personales y familiares de importancia, y el control del calendario nacional de inmunizaciones y aplicación de dosis pendientes. Del mismo se desprende la “Constancia de la realización del Control Integral de Salud”.
- Comentar los problemas detectados, buscando soluciones en conjunto.
- Evaluar la necesidad de citar al niño antes de lo previsible, para reforzar conductas alimentarias y controlar de peso.
- Indicar adónde consultar ante una emergencia y en las interurrencias.
- Acordar una fecha para la siguiente consulta
- Determinar los problemas de salud, crecimiento o desarrollo del niño. Plantee controles y seguimiento específicos.
- Alentar a los padres a hacer preguntas sobre el niño y su escolaridad.



Parte III:

ANEXOS

Prohibición del trabajo infantil

La Ley 26.390 establece la Prohibición del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Adolescente y modifica el Régimen de Contrato de Trabajo (Ley 20.744). Específicamente en su segundo artículo eleva la edad mínima de admisión al empleo a dieciséis (16) años. Ley 26.390 (2008) goo.gl/EIPn4p.

CONAETI. Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, tiene por función coordinar, evaluar y dar seguimiento a los esfuerzos en favor de la prevención y erradicación real y efectiva del trabajo infantil. <http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/>

COPRETI. Comisiones provinciales para la prevención y erradicación del Trabajo Infantil, coordinan las actividades que se implementan en las jurisdicciones. Actualmente se trabaja en forma coordinada con 23 comisiones provinciales. <http://www.trabajo.gov.ar/conaeti/copreti.asp>

Salud infantil y ambiente¹

El presente documento tiene como propósito el de recordar que el niño y su familia deben ser mirados en el marco de su contexto completo. Es importante no dejar de preguntar, durante la consulta, acerca del hogar, el barrio y la comunidad.

Pregunte sobre situaciones de riesgo ambiental y de la vivienda: medios de calefacción, abastecimiento de agua potable, contaminación con plaguicidas, etc. Ofrezca recomendaciones.

Tenga presente que los chicos son más vulnerables que los adultos a las amenazas ambientales por las siguientes razones:

- Los niños están creciendo y por eso la contaminación del ambiente los afecta más.
- Suelen estar -y también respirar - más cerca del suelo, donde se acumula la mayor parte del polvo y las sustancias químicas. Hacen cosas propias de su edad (gatear, chupetear los juguetes, comer tierra, etc.) que aumentan el riesgo cuando el ambiente está contaminado.
- En proporción a su peso, consumen más alimentos, aire y agua que los grandes. Además, tienen una mayor capacidad de absorción, a través del aparato digestivo y de la piel.
- Pasan más tiempo al aire libre, ya sea para jugar y aprender, o bien porque permanecen en el lugar de trabajo de los padres. A veces trabajan ellos mismos como “recicladores de residuos” o viven en la calle.
- No reconocen los peligros y por eso no pueden apartarse o hasta los atrae más (escaleras, enchufes, envases vistosos, etc.).
- Hay muchas sustancias que atraviesan la placenta y pueden llegar al feto,

¹ Se recomienda consultar <http://goo.gl/o9H2Jv>

como el alcohol, el humo de tabaco, el plomo, el mercurio, con la posibilidad de afectarlo. Por eso, los cuidados durante el embarazo son muy importantes.

Es importante mantener la higiene en el hogar; especialmente el baño, la cocina y los lugares donde juegan los niños.

Aire

- **No fumar** adentro de la casa.
- **Limpiar los muebles y el piso con un trapo húmedo.** Si el piso es de tierra, rociar con agua antes de barrer.
- **Sacudir colchones y ropa de cama** fuera de la casa y lejos de los niños; y dejarlos **un rato al sol.**
- **Proteger y cuidar los espacios verdes:** las plantas ayudan a purificar el aire y evitan que vuele polvo y micropartículas depositadas sobre el suelo.
- **Abrir todos los días las ventanas** para que entren el aire puro y el sol. Sobre todo, donde duermen los chicos.
- En todo ambiente donde se quema un combustible **mantener ventilado.** ¡Por más que haga frío!
- **No dormir con una estufa encendida** en el mismo ambiente.
- No instalar **un calefón o un termotanque en el baño.**
- **Evitar las corrientes de aire sobre las hornallas encendidas,** porque puedan apagar la llama dejando que salga el gas.
- Mientras los artefactos de gas no se usan, es importante **cerrar la llave de paso,** con especial cuidado si se trata de **garrafas.**
- **No poner fogones, estufas, braseros ni cocinas de leña dentro del cuarto donde duermen los niños y niñas.**
- Si se usan braseros, **apagarlos siempre afuera de la casa, NUNCA** adentro.
- **No hacer quemas al aire libre.** Sobre todo, de restos de goma, plásticos, materiales pintados.
- **No encender espirales** contra los mosquitos **cerca de las camas.**
- Mantener **los animales lejos de las mesas, camas y habitaciones donde se duerme.**
- **Antes de rociar cualquier insecticida en un ambiente, hacer salir a personas y animales, y cerrar** puertas y ventanas. Luego de algunos minutos, ventilar el ambiente antes de volver a usarlo normalmente.
- **Por más que huelga bien...** ¡No usar un insecticida en aerosol para perfumar los ambientes!
- La conexión de los artefactos a gas debe ser realizada por un **gasista matriculado.**
- **No dejar encendido dentro de un garaje o galpón el motor** de un auto o de una moto.

Agua

Agua de consumo

- El agua para consumo humano debe ser **potable**. En general, la que recibimos por redes en las canillas, lo es. Sin embargo, si existen dudas o si se usa agua de pozos que podrían estar contaminados, es necesario **tratarla**.
- Inclusive, si el agua está muy sucia, antes de potabilizarla debe ser filtrada a través de una tela limpia, para retirarle las impurezas visibles.
- **Potabilización con Cloro** (lavandina): Se agregan 2 gotas de lavandina concentrada por litro de agua, tapar el recipiente y dejar reposar media hora antes de usarla.
- **Potabilización por hervido**: Se pone el agua en un recipiente al fuego hasta que suelte burbujas. Se la deja hervir entre 2 y 3 minutos. Se la deja enfriar sin destaparla. Si se va a pasar a otro recipiente, éste debe ser lavado antes con agua hervida.
- Prevención de enfermedades transmitidas por mosquitos
- Desechar todos los objetos inútiles que estén al aire libre, donde se pueda acumular agua de lluvia: latas, botellas, neumáticos, juguetes, etc.
- Tapar los depósitos de agua y cambiar todos los días los bebederos de los animales.
- Poner arena o tierra húmeda en los floreros, o cambiar el agua diariamente.
- Llenar con tierra o arena los charcos cercanos a la casa y cualquier lugar donde se acumule agua de lluvia.
- Protegerse de las picaduras con ropa adecuada (mangas y pantalones largos), proteger la casa con mallas metálicas en puertas y ventanas, y dormir con mosquiteros.
- Evitar tener dentro y fuera de la casa recipientes que contengan agua estancada, aunque sea limpia.

Alimentos

- **Donde se guardan los alimentos no hay que guardar ninguna otra cosa** (productos de limpieza, insecticidas, etc.).
- **Es fundamental lavarse bien las manos** antes y después de tocar los alimentos.
- También **deben estar limpios los muebles, cubiertos, tablas y trapos rejilla**. (Usar para desinfectarlos agua con unas gotas de lavandina, enjuagando bien después.)
- Lavar frutas y verduras con agua segura (también las que se va a pelar).
- Carnes, aves y pescados son “seguros” cuando son de frigorífico o de origen conocido. La leche líquida es “segura” cuando fue pasteurizada. La leche en polvo es “segura” cuando se la diluye con agua potable.

- **Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los que fueron cocinados.** (Por ejemplo: si se *corta un pollo cocido* en la misma tabla y con los mismos cubiertos con los que antes se lo cortó *en crudo*, puede quedar tan contaminado como antes de cocinarlo.)
- **Cocinar bien los alimentos crudos y recalentar bien los cocinados** (al menos, durante 10 minutos; deben “quemar” incluso en su interior). La carne debe cocinarse hasta que no esté rosada en el centro (en especial las hamburguesas y otras preparaciones con carne picada).
- **Consumir los alimentos recién cocinados.** Cuando los alimentos cocidos se enfrían a la temperatura ambiente, los microbios empiezan a multiplicarse. Cuanto más tiempo pasa, mayor es el riesgo. Si no hay heladera, lo mejor es **preparar la cantidad justa que se va a comer y no guardar sobras.**
- **Mantener la basura y los pañales usados lejos de los alimentos y del alcance de los niños.** (Los pañales usados se descartan en una bolsa plástica aparte, perfectamente anudada; si no se la lleva el recolector, hay que enterrarla.)

Químicos tóxicos

- Guardar y mantener **lejos del alcance de los niños** los artículos de limpieza y perfumería, los insecticidas y los plaguicidas.
- **Nunca mezclar productos de limpieza:** las sustancias químicas que contienen pueden tener reacciones peligrosas cuando se combinan con otras. Por ejemplo, no hay que mezclar Cloro (lavandina) con Amoníaco, porque la combinación produce vapores tóxicos.
- Leer las instrucciones de las etiquetas cuidadosamente.
- Mantenerlos **en su envase original.** Si se usa otro envase, **que no sea de comida o bebida;** y, si lo fuera, le **sacarle o taponarlo la etiqueta de origen con otra que diga lo que verdaderamente contiene.**
- Si alguna persona del hogar trabaja en contacto con agroquímicos o venenos (por ejemplo, si recolecta residuos o cuida una huerta) es importante que **al volver a casa se saque la ropa de trabajo y el calzado antes de entrar. Y que luego se higienice (lavándose las manos con agua y jabón y, si es posible, dándose un baño).** Es muy importante que **la ropa de esta persona sea lavada en forma separada de la del resto de la familia.**

Metales pesados

Plomo

- Reducir la exposición del Plomo en el agua dejándola correr por 30 segundos para arrastrar el plomo que se deposita en las cañerías.
- No cocinar en vasijas de loza o barro vidriada ni almacenar jugos o bebidas en esos recipientes.
- Agregar materia orgánica a las huertas ya que disminuye la concentración de plomo. Investigar cuales son las áreas de menor riesgo.

Mercurio

- Está presente en algunas pilas y termómetros, y también en la quema del carbón. Si está expuesto al aire (como cuando se rompe un termómetro) puede producir vapores muy tóxicos, que no se ven ni tienen olor. También puede haber mercurio en productos anti-hongos en desinfectantes y en amalgamas de caries en las muelas.
- Cuando el mercurio entra en el cuerpo lo contamina. Esto puede pasar al respirar o comer (por ejemplo, pescado sacado de agua contaminada con ese metal), o al tocar objetos que puedan contenerlo. **¡Por eso es importante que los chicos NO chupen las pilas...!**
- Si se derrama mercurio en casa (por ejemplo cuando se rompe un termómetro), no dejar que los chicos jueguen con él, ni que nadie se acerque al lugar donde se derramó.
- No hay que calentarlo, ni quemarlo, ni deje que toque la piel o la ropa. **(¡NUNCA ARROJAR PILAS AL FUEGO!)**
- Abrir las ventanas de la habitación para que entre aire fresco.
- En caso de pequeños derrames (menos de una cucharada) se recoge con un cuentagotas o con un pedazo de papel o cartón y se pone en una bolsa de plástico grueso cerrada herméticamente, antes de tirarlo, junto con los residuos sólidos.
- No hay que echarlo por el inodoro ni barrerlo hasta el desagüe porque de ese modo contamina el agua que en algún momento alguien puede beber.
- Si es posible, intente reemplazarlo por termómetros más modernos que no usan mercurio, son los “digitales”.

Juegos al aire libre y actividad en el agua

Los niños necesitan desplegar actividad física al aire libre y en contacto con la naturaleza. Por eso es importante que frecuenten plazas, parques u otros espacios abiertos.

En todos los casos es necesario tener en cuenta que dichos espacios, familiares o comunitarios, deben estar supervisados por adultos que garanticen la seguridad e higiene, y que les permitan a los niños disfrutar sin riesgos. Se aconseja:

- Revisar los juegos (cadenas de las hamacas, correas de seguridad, si hay clavos salidos u oxidados, astillas, etc.). También, que no haya vidrios, latas o jeringas en el espacio donde van a jugar.
- Evitar el contacto con agua estancada.
- Sólo entrar en el agua o zambullirse en lugares permitidos, donde un adulto o un bañero puedan prestar auxilio.
- Impedir el acceso de animales a los areneros o espacios donde esté el niño jugando.

Mascotas:

Las escamas de la piel, la orina, el excremento, la saliva y el pelo de los animales pueden provocar problemas respiratorios a las personas alérgicas. Lo mejor es no dejar que estén dentro de la casa. Además, los animales tienen microbios y parásitos peligrosos para los niños. Si esto no es posible, recomiende:

- Mantener los animales en una sola área de la casa, lejos del lugar donde duermen o juegan los niños. (¡Que no suban a las camas, sillones o muebles tapizados, que pueden retener los pelos de los animales!)
- Si en la casa hay un animal que vive en una jaula, ésta no debe estar en los dormitorios ni en otra habitación donde los niños pasen mucho tiempo.
- Grandes y chicos deben lavarse las manos cada vez que tocan a los animales domésticos.
- Bañar y cepillar regularmente a las mascotas, fuera de la casa.
- Mantener a los niños lejos de los lugares donde el animal hace sus necesidades.
- Limpiar los desechos de las mascotas. No dejar sobre la tierra las excretas de los animales, sino eliminarlas a diario, enterrándolas o dentro de una bolsa cerrada herméticamente.

Mordeduras: ATENCIÓN:

Si un animal muerde o rasguña a alguien, lavar la herida con cepillo suave, agua y jabón, e ir pronto al médico.

Si la mordida fue de un perro, hay que hacer la denuncia al Centro Antirrábico más cercano.

Teniendo en cuenta estos peligros y, a la vez, la necesidad y el derecho de todos los niños a contar con lugares de esparcimiento y juego, es importante orientar a las familias para que se organicen y participen junto a su comunidad y con otras instituciones sociales en la creación y el mantenimiento de espacios adecuados en las localidades en las que viven.

Anemia ferropénica

De acuerdo a datos de la ENNyS 2007, la prevalencia de anemia en los niños de 6 a 23 meses es de 34,1%. La prevalencia en niños de 2 a 5 años, es de 8,9%. Hay un claro predominio de anemia por deficiencia de hierro.

Cuadro de valores límite para la definición de anemia en la población

GRUPO ETARIO	HEMOGLOBINA (g/dL)
6 meses - 4 años y 11 meses	11,0
5 años - 5 años y 11 meses	11,5

Resulta fundamental **el papel de la profilaxis** en la población infantil. Los aspectos a considerar son:

Suplementación con hierro medicinal:

RNT:

1 mg/k/d comenzando en el 4^{to} mes.

RNPT (1500-2500 g):

2 mg/k/d comenzando antes del 2^{do} mes

RNPT (750-1500):

3-4 mg/k/d comenzando durante el 1^{er} mes

RNPT (menos de 750 g):

5-6 mg/k/d, comenzando durante el 1^{er} mes

El preparado de elección es el Sulfato ferroso. En todos los casos, el tratamiento debe prolongarse hasta los 18 meses de edad.

Introducir en forma oportuna, en la dieta habitual, alimentos con alta biodisponibilidad de hierro (carnes rojas, hígado, pollo).

Ingesta de alimentos fortificados con hierro.

Tratamiento de anemia

El tratamiento debe realizarse por vía oral, a dosis de 3-6 mg/k/d de hierro elemental, fraccionado en tres tomas. En caso de intolerancia, puede utilizarse polimatosato férrico.

La duración del tratamiento es variable ya que, una vez, alcanzados los valores normales de hemoglobina, y para reponer los depósitos, se debe continuar la administración de hierro durante un tiempo igual al que fue necesario para alcanzar la normalización.

Bibliografía

Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria- Sociedad Argentina de Pediatría. *Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes*. FUNDASAP, 2010, págs 265-271.

Detección de problemas visuales²

Evaluación de la visión

La detección temprana y el tratamiento oportuno de algunos desordenes visuales son muy importantes para corregir condiciones que pueden resultar en pérdida de la visión, enfermedades sistémicas severas, problemas escolares o, incluso, en enfermedades capaces de amenazar la vida del niño.

Los pacientes con hallazgos patológicos en los controles o con factores de riesgo deben ser evaluados por oftalmólogos con experiencia en la atención pediátrica.

Los factores de riesgo son:

- Prematuros extremos, Retinopatía del Prematuro (ROP).

2 El contenido de este Anexo fue elaborado por el Programa de Salud Ocular Ministerio de Salud de la Nación.

- Historia familiar de catarata congénita, retinoblastoma, glaucoma, miopía-hipermetropía o astigmatismo de moderado a severo, estrabismo, nistagmus, enfermedades metabólicas o genéticas que alteran la visión.
- Retraso del desarrollo.
- Enfermedades sistémicas asociadas a alteraciones oculares.
- Infecciones intrauterinas.

En los pacientes sanos sin estos factores de riesgo se recomienda realizar pesquisa de trastornos visuales en los siguientes controles:

- Recién nacido a 3 meses;
- 6 meses a 1 año;
- 3 años;
- 5 años.

De acuerdo con la edad, se realizarán las siguientes pruebas de pesquisa:

Recién Nacido a 3 meses:

- Inspección.
- Reflejo rojo.
- Reflejo fotomotor.
- Reflejo corneal.

6 meses a 1 año:

- Inspección.
- Reflejo rojo.
- Reflejo fotomotor.
- Reflejo corneal.
- Fijación y seguimiento.
- Prueba de oclusión (*Cover test*).

3 años:

- Inspección.
- Reflejo rojo.
- Reflejo corneal.
- Prueba de oclusión (*Cover test*).
- Agudeza visual. Si la agudeza visual es menor de 20/50 o si existen 2 líneas de diferencia entre ambos ojos, derivar.

5 años:

- Inspección.
- Reflejo rojo.
- Reflejo corneal.
- Prueba de oclusión (*Cover test*).
- Agudeza visual. Si la agudeza visual es menor de 20/30 o si existen 2 líneas de diferencia entre ambos ojos, derivar.

Si durante la evaluación de la visión de un niño, ocluye un ojo y el niño se pone irritable, mientras que no sucede lo mismo al ocluir el otro, considere este hecho como un **signo de alarma**, ya que es un probable indicador de un déficit de la agudeza visual de un ojo.

Historia Clínica Ocular

Haga las siguientes preguntas a los padres:

- ¿Les parece que su hijo/a ve bien?
- ¿Ha notado que su hijo/a sostiene los objetos muy cerca de sus ojos cuando trata de enfocarlos para verlos bien?
- Los ojos de su hijo/a, ¿Están siempre alineados o por momentos se pone bizco?
- ¿Han notado algo inusual en los ojos de su hijo?
- ¿Notan que los párpados se cierran al final del día?
- ¿Existen antecedentes familiares de enfermedades en los ojos o algún miembro de la familia ha usado anteojos durante la niñez?

Inspección

Evalúe los párpados, la conjuntiva, la esclerótica, la córnea y el iris a la luz de una linterna. La presencia de secreción persistente puede deberse a infección, alergia, glaucoma u obstrucción del conducto naso-lagrimal.

La ptosis palpebral unilateral puede causar ambliopía, incluso si la pupila queda al descubierto, por lo que esta condición requiere valoración oftalmológica.

El Síndrome de Marcus Gunn consiste en una ptosis congénita, la mayor parte de las veces unilateral, con una elevación exagerada del párpado ptótico al mover la mandíbula. Los movimientos espasmódicos del párpado resultan muy visibles durante la succión, en los bebés. En el 50-60% de los casos, el síndrome de Marcus Gunn está asociado a estrabismo y en un 25% de los casos a parálisis del músculo recto superior. También se observan anisometropía en el 3-25% de los pacientes y ambliopía en el 25-30%, generalmente secundaria al estrabismo o a la anisotropía. Por lo tanto, el niño que presenta estos síntomas debe ser derivado para ser evaluado por un oftalmólogo pediatra.

La ptosis bilateral puede deberse a afectaciones neurológicas como la Miastenia gravis, por lo que debe derivarse para su evaluación

Reflejo fotomotor

Iluminar cada pupila por separado alternadamente. Se evalúa la constricción de la pupila iluminada que suele ser de pequeña amplitud y simétrica en ambos ojos. Si es anormal o asimétrica requiere evaluación por oftalmólogo pediatra.

Reflejo rojo

Para observarlo, se oscurece la habitación y se sostiene el oftalmoscopio con una lente de +2 ó + 4 dioptrías. Se mira el ojo a través del oftalmoscopio a unos 30 a 60 cm del mismo, iluminando la pupila como si se quisiera hacer un fondo de ojo. Para ser considerado normal, el reflejo debe ser del mismo brillo, tamaño y color en ambos ojos. Si es anormal, el niño debe ser evaluado por un oftalmólogo pediatra ya que esta anomalía puede corresponder a retinoblastoma, catarata congénita, etc.

Reflejo corneal

Ilumine con linterna ambas corneas a una distancia de 50 cm. La prueba se considera normal si la luz de la linterna reflejada en la córnea se encuentra en el centro o en lugares simétricos de la misma

Fijación y seguimiento

Se utiliza para evaluar la agudeza visual y la alineación de los ejes oculares en los lactantes.

Se coloca al niño sentado en el regazo de su madre y se evalúa (primero con ambos ojos destapados y luego con cada ojo por separado) si el niño es capaz de fijar la mirada y seguir hacia la izquierda y derecha y hacia arriba y abajo un objeto llamativo colocado a unos 50 cm de la cara del niño.

Un seguimiento simétrico en ambos ojos con una excursión de 180 grados indica normalidad en la motilidad ocular y poca posibilidad de estar frente a un niño con fallas en la alineación de los ejes visuales.

Prueba de oclusión / desocclusión (*Cover Test*)

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de estrabismo.

Se hace que el niño fije la mirada en un objeto y luego, mientras mantiene la mirada en dicho objeto, se cubre uno de sus ojos y se observa el ojo descubierto. En condiciones normales, el ojo descubierto no debe producir ningún movimiento. Si al cubrir un ojo el otro realiza un movimiento de re-fijación, quiere decir que existe estrabismo y el niño debe ser evaluado por un oftalmólogo pediatra.

El examen se realiza primero con el objeto colocado a 3 metros y luego a 40 cm de la cara del niño, para evaluar la presencia de estrabismos en la visión lejana y cercana.

“Cover test” alternado

Se ocluye cada ojo alternadamente durante 2 ó 3 segundos, mientras se presta atención a lo que sucede con el ojo desocluído. Es considerado normal que los ojos no se muevan. La detección de movimientos oculares indica la presencia de tropías y, en ese caso, el paciente debe ser derivado para su evaluación por un oftalmólogo.

Agudeza visual

Existen varias tablas para evaluar la agudeza visual y debe usarse aquélla en la cual que el profesional tenga más experiencia.

En los niños de 3 años, la agudeza se evalúa con la prueba de dibujos de Allen (no las incluiremos aquí porque su forma de evaluación difiere del resto), o el Test de Lighthouse (LH). Este test es un cartel cuyos optotipos son dibujos (CASA, PARAGUAS, MANZANA), y la notación que se emplea es la anotación en forma de fracción o “Notación de Snellen”.

En niños de más de 5 años puede usar la “Prueba de las E” de Snellen y, en niños más grandes, la Prueba de la Tablas de Letras de Snellen.

Para realizar cualquiera de estas pruebas se explica al niño lo que se va a realizar. Es necesario asegurar que, con visión cercana el niño reconozca las figuras o letras de las tablas. Luego se coloca la cartilla a **3 metros** del niño. Se lo evalúa primero en forma binocular y luego, monocular. Se evalúa cada ojo por separado, pidiendo a los padres que ocluyan el otro y al niño que mantenga ambos ojos abiertos durante la evaluación. Si el niño usa anteojos debe realizarse la prueba con los anteojos puestos. Se comienza a evaluar las figuras más pequeñas. Se pide al niño que indique hacia donde apuntan las “patas” de la letra E o bien, que reconozca en las tablas la letra o el dibujo señalados. Se señalan de a una las figuras más pequeñas y se va avanzando hacia las líneas superiores hasta que el niño reconozca 4 de los 6 elementos de una línea. Se considera la agudeza visual del niño a la indicada en la base de la línea en la que el niño reconoce 4 de 6 figuras.

Debe indicarse la evaluación por un oftalmólogo pediatra de:

Un niño de 3 años, si se obtiene una agudeza visual menor de 20/40, o si existen 2 líneas de diferencia entre ambos ojos.

Un niño de 5 años, si se obtiene una agudeza visual menor de 20/30 o si existen 2 líneas de diferencia entre ambos ojos.

La agudeza visual suele indicarse con la Escala de Snellen. Esta escala se expresa en forma de fracción, pero no tiene que ser considerada como una fracción matemática. En ella el numerador representa a la distancia que es evaluado el test (originalmente 20 pies=6mts), y el denominador indica la distancia en la cual el paciente puede leer la misma figura.

Si bien en la actualidad los métodos de evaluación de agudeza visual de lejos y de cerca usan la Escala de Snellen, la han adecuado a una menor distancia de trabajo, mantienen la relación entre el tamaño de la imagen y distancia de evaluación. (La que se incluye en esta Guía está prevista para una distancia de trabajo de 3 metros).

La mayoría de las cartillas para evaluar la Agudeza Visual de cerca, reflejan adecuadamente la visión lejana del paciente.

Se puede evaluar también la visión de los colores por medio del Test de Ishihara o si no se cuenta con las mismas puede mostrarse un juego de lápices de 24 colores mezclados pidiendo al niño que coloque los verdes de un lado y los rojos del otro. Ante la duda y antecedentes de Daltonismo se sugiere la derivación a un oftalmólogo pediatra.

Como dijimos anteriormente, cualquier alteración en las pruebas realizadas requiere la evaluación por un oftalmólogo con experiencia en pediatría.

Inmunizaciones

El éxito de las estrategias de vacunación depende de todos los integrantes del equipo de salud en todos los niveles (estado nacional, provincias, personal de salud, vacunadores, medios de comunicación, población, sociedades científicas, líderes de opinión). La estrategia de prevención primaria a través de las vacunas también requiere de una articulación intersectorial, convocando actores claves como educación, organizaciones no gubernamentales, desarrollo social, medios de comunicación, entre otros.

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad. Previenen enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y dejaban secuelas. Benefician tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y otras susceptibles que viven en su entorno.

El buen uso de las vacunas y la adecuada indicación son fundamentales para el éxito de las estrategias de inmunización.

Calendario Nacional de Vacunación. Actualización.

Con el consenso de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn), el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI), la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y las sociedades científicas (Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica y Sociedad Argentina de Infectología) se propuso reformular el Calendario Nacional de Vacunación incorporando el intervalo que va desde los quince a los dieciocho meses de vida, en reemplazo de los dieciocho meses para vacunar.

Este intervalo ofrece la posibilidad de disponer de una nueva edad factible de utilizarse ante nuevas vacunas que pudieran incorporarse al Calendario y permitiría a futuro minimizar el número de aplicaciones correspondientes a vacunas inyectables en una misma consulta, generando un Calendario Nacional de Vacunación que favorezca la adherencia tanto de la familia como del personal de salud.

Mitos y realidades

Es importante revisar algunas creencias y concepciones erróneas acerca de las vacunas, entre ellas:

Mito: Las vacunas son sólo para los niños.

Realidad: Para cada etapa de la vida corresponde la aplicación de una vacuna. La primera vacuna se recibe durante las primeras 12 horas de vida. Con el tiempo, algunas vacunas aplicadas durante la infancia pueden perder su eficacia. Por lo tanto, durante la adolescencia y adultez también deben aplicarse vacunas.

Mito: Es malo aplicar todas las vacunas el mismo día.

Realidad: Las vacunas pueden aplicarse el mismo día en distintas partes del cuerpo. Además, es fundamental aprovechar todas las oportunidades de vacunación para mantener altas las defensas contra muchas enfermedades que pueden ser muy graves.

Mito: Si la madre está embarazada, sus otros hijos no deben recibir determinadas vacunas.

Realidad: Un niño puede recibir cualquier tipo de vacuna, incluso si su madre está embarazada. Es decir, es importante que se vacune porque de esa forma evitará enfermarse y contagiar.

Mito: Los niños que no se enferman no necesitan vacunarse.

Realidad: Las vacunas y el agua potable son las dos herramientas más importantes en salud. Es decir, las vacunas se administran para prevenir enfermedades infecciosas. Las vacunas son un derecho y una responsabilidad de todos. La vacunación permite prevenir enfermedades que pueden ser mortales o con gran morbilidad.

Oportunidades perdidas en vacunación

Son todas aquellas situaciones en las que un niño con su madre concurren a un efector de salud y no se le aplican las vacunas necesarias, a pesar de NO tener contraindicaciones

Tenga presente

Las oportunidades perdidas pueden agruparse en tres clases principales:

Falsas contraindicaciones

- Tos, resfrío y fiebre leve.
- Diarrea y vómitos (sólo está contraindicado en el caso de la vacuna SABIN, ya que se administra por vía oral).
- Exposición reciente a enfermedades infecciosas.
- Enfermedades agudas leves.
- Tratamiento ATB simultáneo.
- Embarazo de la mamá o conviviente.
- Antecedentes familiares de reacciones adversas a las vacunas.

- Antecedentes familiares de convulsiones.
- Tratamiento con corticoides NO como tratamiento inmunosupresor.

Actitud del personal

- NO se necesita prescripción médica ni DNI para aplicar las vacunas del calendario oficial. Sólo se necesita indicación médica para NO VACUNAR.
- Si hubiera que utilizar un frasco multidosis para vacunar a un solo niño, no hay que dudarlo: la prioridad es vacunar.
- Es necesario verificar el cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación de todos los niños en cada consulta.

Logística y organización del servicio

- Mientras la institución de salud esté abierta y se encuentre presente una enfermera o enfermero, se debe vacunar.
- Todos los niños deben ser vacunados antes del egreso de la maternidad.
- El personal de salud debe vacunarse, estar bien capacitado y tener siempre oportunidades de capacitarse y actualizarse durante su horario laboral.

Importante

- Lea atentamente los prospectos, para conocer la vacuna a aplicar.
- Reconstituya las vacunas con los diluyentes apropiados y en las cantidades indicadas.
- Revise la fecha de vencimiento, el lugar correcto de inyección y la vía de administración de cada vacuna.
- Conserve la cadena de frío, no guarde las vacunas junto con otros medicamentos, sustancias u objetos dentro de las heladeras
- Utilice los insumos apropiados para la vacunación.
- Verifique las reacciones luego de 30 minutos de la aplicación de la vacuna.
- No mezcle diferentes vacunas en una misma jeringa.
- Informe sobre los efectos posibles luego de la vacunación.

En la Argentina, la vigilancia de los ESAVI (Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación o Inmunización) se realiza de manera pasiva. Esto implica la notificación espontánea de los casos por parte de los efectores de salud. Esta se debe realizar dentro de las primeras 24 horas en los casos de ESAVI graves y dentro de la primera semana, en el resto. Se debe llenar la ficha correspondiente (ver link) y realizar la denuncia del caso al programa de inmunizaciones de cada provincia y éste a los siguientes organismos:

Contactos

Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI):

Correo Postal:

Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Av. 9 de Julio 1925, Piso 9
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4379-9018, int.4830/4810. Fax: (011) 4379-9000, int.4806.
E-mail: vacunas@msal.gov.ar

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT):

Correo Postal:

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Av. De Mayo 869, piso 11

(CP1084) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel.: (011)4340-0800, interno 1166. Fax: (011)4340-0866.

E-mail: snfvg@anmat.gov.ar

Para denuncias de ESAVI: <http://goo.gl/8x1DBt>

Especificidades de las vacunas del Calendario Nacional

BCG (Bacilo Calmette-Guerin)

El Calendario Nacional de Vacunación de nuestro país contempla una única dosis en el recién nacido para prevenir formas graves de la Tuberculosis. Por ello es importante la aplicación antes de que el recién nacido egrese de la maternidad. Esta vacuna es segura y efectiva.

Luego de la aplicación es común que se forme una pequeña elevación de la piel (nódulo), que deja una cicatriz en el sitio de aplicación. Si bien ésta es la evolución más frecuente, el nódulo y la cicatriz no se forman en todos los niños vacunados.

Está contraindicada en enfermedades con grave compromiso del estado general, inmunodepresión congénita o adquirida, como en el caso de tratamiento con drogas inmunosupresoras (corticoides, tratamiento oncológico, etc.) o con SIDA sintomáticos. En caso de enfermedades generalizadas de la piel e infección con sarampión o varicela, se debe esperar un mes a partir del alta de la patología para la aplicación de BCG.

Hepatitis B

Se administra dentro de las primeras 12 horas del nacimiento. Los pacientes que pesan menos de 2000 gramos deben recibir una cuarta dosis; y los pacientes inmunocomprometidos y en hemodiálisis deben recibir el doble de la dosis. Si la madre es HBs Ag positivo, se debe administrar además gammaglobulina específica.

Está contraindicada cuando exista hipersensibilidad a alguno de sus componentes.

DPT Triple bacteriana (Difteria, Pertussis, Tétanos)

Se aplica a partir de los 2 meses de vida. No se puede utilizar en niños mayores de 7 años, adolescentes ni adultos.

En las oportunidades en las que presente fiebre mayor a 40° C, síndrome de hipotonía-hiporrespuesta, llanto persistente por más de 3 horas dentro de las 48 horas posteriores a la aplicación, o convulsión -febril o afebril- dentro de los 3 días posteriores a la

aplicación, se debe considerar la aplicación de **DPT acelular**.

DPTa (Difteria, Pertussis, Tétanos acelular)

Se aplica como refuerzo a los 11 años. También la deben recibir las embarazadas a partir de la semana 20^a de gestación y las mujeres durante el puerperio, si no la recibieron durante el embarazo.

Anti-haemofilus tipo b (generalmente está incorporada como cuádruple: DPT + Antihaemofilus tipo b)

Se aplica a partir de los 2 meses de vida.

Está contraindicada cuando existe hipersensibilidad a alguno de los componentes de la vacuna. Niños mayores no vacunados, adolescentes y adultos con condiciones específicas deberían recibir esta vacuna.

Sabin (OPV) Anti-poliomielitis oral

Se administra a partir de los 2 meses de vida hasta los 6 años, en forma oral.

Está contraindicada en el primer trimestre de embarazo (si bien no hay información concluyente) y en pacientes con inmunodeficiencia congénita o adquirida, como el tratamiento con drogas inmunosupresoras (corticoides, tratamiento oncológico, etc.)

Luego de la administración de la vacuna, se recomienda evitar el contacto entre niños vacunados e inmunosuprimidos durante un mes, debido a su eliminación por materia fecal.

Los pacientes que reciben algún tratamiento inmunosupresor deben esperar para ser vacunados: 1 mes después de finalizada corticoterapia o terapia radiante; 3 meses luego de finalizada quimioterapia; y 6 a 24 meses luego de realizado un trasplante, según el órgano transplantado. En estos casos considerar la aplicación de vacuna Salk (inactivada).

Salk (IPV) Poliomiélitis IM

Se administra a pacientes con inmunodeficiencias primarias, inmunocomprometidos por alguna enfermedad o por tratamiento inmunosupresor, contactos familiares cercanos de los pacientes inmunocomprometidos y a las personas mayores de 18 años que se deben aplicar la vacuna por alguna situación de riesgo (viajes, epidemias, etc.). Se aplica

- A partir del 2do. mes de vida, sin límite de edad. Se puede utilizar en la mujer embarazada que no haya sido vacunada antes, por alguna indicación precisa.
- En pacientes hospitalizados.

La vacunación anterior con vacuna oral no es contraindicación; puede utilizarse un esquema secuencial (IPV, OPV).

Triple viral (MMR/SRP) (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)

Se administra a partir de los 12 meses de vida. Los adultos pueden recibir esta vacuna.

Está contraindicada cuando existe hipersensibilidad a alguno de sus componentes,

enfermedades infecciosas graves y en pacientes con inmunodeficiencia primaria o adquirida.

Los pacientes que reciben corticoides a 2 mg/kg/día por más de 14 días deben esperar al menos un mes luego de la suspensión de los mismos para ser vacunados.

Si dos vacunas virales atenuadas (triple viral y varicela, por ejemplo) no se administran al mismo tiempo, se recomienda que se apliquen separadas por un intervalo de 28 días entre dosis.

Hepatitis A

Se administra a partir de los 12 meses de vida, en una única dosis. Los adultos pueden recibir esta vacuna.

No presenta contraindicaciones.

Vacunación antigripal

Se aplica entre los 6 y los 24 meses a todos los niños. Entre los 25 meses y los 8 años, a niños con factores de riesgo.

A partir de los 6 meses de vida y hasta los 8 años, inclusive, se deberá administrar dos dosis con un intervalo mínimo de cuatro semanas, si no hubieran recibido anteriormente al menos dos dosis de vacuna antigripal desde el año 2010.

Se administra una dosis a adultos mayores de 65 años, a embarazadas en cualquier trimestre de la gestación, puérperas con niños menores de 6 meses de vida que no hubieran recibido la vacuna durante el embarazo, a personas con enfermedades crónicas y a personal de salud.

Neumococo 13-valente (VCN-13) Neumococo

Se administra a partir de los 2 meses de vida.

Los niños prematuros comenzarán su vacunación según su edad cronológica, cuando alcancen el peso de 1800 g.

La VCN-13 puede ser utilizada concomitantemente con cualquier vacuna del Calendario Nacional, aplicadas en sitios diferentes.

No existe intervalo mínimo de aplicación entre la VCN-13 y las otras vacunas del Calendario Nacional.

Neumococo Vacuna Polisacárida (VP)

Se administra a partir de los 2 años de vida y a los adultos que integran grupos de alto riesgo de padecer enfermedad invasiva: Anemia drepanocítica, Cardiopatía Congénita, Enfermedades pulmonares crónicas, Diabetes Mellitus, Hepatopatía crónica, Fístula de LCR, Asplenia funcional o anatómica, Implante coclear, VIH, Leucemias, Linfomas Hodgkin y no-Hodgkin, Mieloma múltiple, Otras neoplasias, Falla renal crónica, Síndrome nefrótico, Tratamientos con quimioterapia o corticoides, Trasplantes de órganos, Embarazadas de grupo de riesgo que no recibieron previamente vacuna

antineumocócica pueden recibirla a partir de la semana 16 de gestación.

Vacuna Anti Virus Papiloma Humano (HPV)

Se administra a partir de los 11 años de vida. Permite inmunizar a las niñas contra dos tipos de VPH de alto riesgo oncogénico (los genotipos 16 y 18). Para que la protección sea realmente efectiva, es muy importante la aplicación de las 3 dosis necesarias. La vacuna se administra con un esquema de 3 dosis para obtener una inmunidad adecuada: la 1ª al momento cero, la 2ª al mes y la 3ª a los seis meses de la primera dosis.

Vacuna Anti Varicela

Es una vacuna viral atenuada. Se administra a partir de los 12 meses de vida. Puede ser utilizada en adolescentes y adultos sanos susceptibles.

Se puede administrar simultáneamente con otras vacunas actualmente en uso. Deben ser aplicadas en sitios diferentes.

Si dos vacunas virales atenuadas (triple viral y varicela, por ejemplo) no se administran al mismo tiempo, se recomienda que se apliquen separadas por un intervalo de 28 días entre dosis. A su vez, debe evitarse el uso concomitante de antivirales (Aciclovir, Valaciclovir o Famciclovir) entre un día antes y 21 días después de la vacunación.

Edad máxima para usar una vacuna³

DPT: Hasta 6 años 11 meses y 29 días.

Rotavirus: 1º dosis 14 semanas - 2º dosis GSK 8 meses - 3º dosis MSD 8 meses.

HPV: MSD 26 años/GSK 45 años

Dpta: 64 años. La FDA aprobó su uso en mayores de 65 años

Neumococo 13 valente: Fue licenciada por la FDA de EEUU para niños sanos hasta los 5 años de edad, extendido a los 71 meses para los pertenecientes a grupos de riesgo; esta recomendación se extiende hasta los 18 años en situaciones especiales.

Esquemas incompletos

La interrupción del esquema de vacunación no implica la aplicación del total de las vacunas nuevamente. Se considera el número total de dosis aplicadas y no el intervalo de tiempo transcurrido. Los esquemas se continúan en donde se los abandonó, no se reinician.

³ Ver: <http://www.colfarsfe.org.ar/>

Niños no vacunados o con pérdida del carné de vacunación

Los niños que no han sido vacunados o que han perdido la constancia de inmunizaciones deben ser considerados susceptibles y recibir todo el esquema de vacunación.

No existe evidencia que la vacunación en niños que ya han presentado la enfermedad o recibido vacunaciones previas tengan algún problema de salud.

Intervalo entre las vacunas

Las vacunas inactivadas no interfieren con la respuesta inmunológica de otras vacunas por lo que se pueden administrar antes, en forma simultánea o luego de la aplicación de cualquier vacuna.

Las vacunas a virus vivo (SRP, varicela, fiebre amarilla, OPV, Rotavirus) pueden ver afectada su respuesta inmunológica si son aplicadas a intervalos menores a 30 días, a excepción de la vacuna Sabin, que es de aplicación oral y no tiene interferencias con el resto de las vacunas. **En consecuencia, estas vacunas deben ser aplicadas o bien en el mismo día o bien con un intervalo mayor a 30 días.**

Administración de inmunoglobulinas y vacunas

Los niños que reciben en forma simultánea las vacunas contra la hepatitis B, el tétanos o la rabia y la inmunoglobulina correspondiente no presentan ninguna interferencia de la respuesta inmunológica y su protección es inmediata.

Si es necesario aplicar gammaglobulina dentro de las **2 semanas** de haber administrado las vacunas antisarampionosa, doble o triple viral, se deberá revacunar para obtener respuesta inmunológica.

Si se aplica gammaglobulina por alguna razón, se deberá esperar **3 meses** para aplicar cualquier vacuna para que no exista ninguna interferencia con la respuesta inmunológica.

En aquellos pacientes que recibieron altas dosis de gammaglobulina, el tiempo de espera para la vacunación de sarampión o varicela deberá ser de **9 meses**.

Fuentes consultadas

<http://www.msal.gov.ar/pronacei/>

<http://goo.gl/gFWCqU>

<http://goo.gl/1acs3q>

Odontopediatría⁴

El desarrollo de la Odontopediatría permitió que la atención de la salud bucal de los niños haya dejado de ser fundamentalmente sintomática, restauradora y mutilante. En la actualidad, las premisas son la promoción, la prevención y una odontología no invasiva. El objetivo de la atención odontopediátrica, es contribuir al mejoramiento de la salud general y, como consecuencia, al de la calidad de vida del niño o del adolescente.

Cronología de la erupción dentaria

La erupción dentaria abarca una serie de fenómenos a través de los cuales la pieza dental, con su formación radicular incompleta, migra desde el interior del maxilar hasta ponerse en contacto con el medio bucal, para ocupar un lugar en la arcada dentaria.

Los seres humanos presentan dos denticiones: temporaria y permanente.

La dentición primaria está constituida por 20 dientes (10 en la arcada del maxilar superior y 10 en la arcada del maxilar inferior). En cada arcada, 4 incisivos, 2 caninos y 4 molares. La erupción se iniciará en la mitad del primer año de vida, y finalizará a los dos años y medio.

A los 6 años, erupciona el primer molar permanente (por detrás de todos los dientes primarios, sin reemplazar ninguna pieza) y de esta manera da comienzo a la dentición mixta, la cual se extiende desde la erupción de los primeros molares permanentes hasta el final del recambio dental, (debido al proceso de exfoliación y reemplazo).

La dentición permanente comienza cerca de los 6 años de edad, cuando conjuntamente con la aparición del primer molar permanente se produce la exfoliación y recambio de los incisivos, y finaliza con la aparición de los terceros molares o cordales, también llamados muelas de juicio (cerca de los 21 años de edad).

La dentición permanente está compuesta por 32 dientes, 16 por cada arcada (superior e inferior). Su cuidado y control es sumamente importante ya que esta dentadura nos acompañara el resto de nuestra vida.

Por otro lado, la presencia de cualquier mal hábito en la edad escolar debe ser objeto de corrección ya que puede derivar en secuelas graves en cuanto a la normal oclusión del adulto.

⁴ El Programa Nacional de Salud Bucodental (ProNaSaB) Ministerio de Salud de La Nación participó de la redacción de este Anexo.

Edad promedio de erupción de la Dentición Primaria	
Maxilar superior	Maxilar inferior
Incisivo central: 6-10 meses	Incisivo central: 5-8 meses
Incisivo lateral: 8-12 meses	Incisivo lateral: 7-10 meses
Canino: 18,3 meses	Canino: 18,2 meses
Primer molar: 15,7 meses	Primer molar: 15,1 meses
Segundo molar: 26,2 meses	Segundo molar: 26,0 meses

Durante la erupción dentaria pueden originarse distintos tipos de anomalías:

Anomalías de número:

- **Agenesia:** ausencia de una o más piezas dentarias
- **Anodoncia total:** ausencia total de piezas primarias y permanentes
- **Anodoncia parcial:** ausencia de algunas piezas dentarias
- **Dientes supernumerarios:** es el aumento del número de dientes en relación con la fórmula dentaria normal (más de 20 en dentición primaria y más de 32 en dentición permanente). Con mayor frecuencia (90%) se ubica en zona anterior del maxilar superior. Generalmente su forma es diferente a la de las piezas vecinas (por ejemplo, son cónicos o su esmalte es de un color diferente del resto). El tratamiento es la extracción de la pieza; para ello hay que determinar el momento oportuno.

Anomalías de tamaño:

- **Microdoncia:** disminución del tamaño dentario
- **Macrodoncia:** aumento del tamaño dentario

Malos hábitos

Un hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, la masticación, la fonarticulación y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales.

Los malos hábitos pueden alterar el desarrollo orofacial normal, produciendo deformaciones dento-esqueléticas, además de problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. La causa de su aparición se debe a múltiples factores, los más frecuentes de los cuales son la succión (dedo, mamadera, chupete u otros elementos), como así también la onicofagia, la respiración bucal, la interposición lingual y la deglución disfuncional.

En el caso de la respiración bucal, el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por desviación del tabique nasal, congestión nasal por gripes frecuentes y prolongadas, rinitis alérgicas, adenoides hiperplásicas o falta de aseo nasal. La respiración bucal se

considera un mal hábito cuando persiste una vez superado el problema de obstrucción nasal. Las alteraciones que puede producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo son alteración del cierre labial, alteraciones dentarias y maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias y alteraciones corporales.

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo o durante las funciones de deglución y fonarticulación. En condiciones normales, la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.

La succión se considera normal desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años. Con la aparición de las piezas dentarias temporales, es reemplazada gradualmente por la masticación.

La lactancia materna, como hábito, estimula el crecimiento óseo de los maxilares propiciando la acción normal de los labios y la lengua. Los movimientos que realiza el bebé cuando es alimentado con biberón son diferentes.

Parafunciones (por ejemplo, el uso del chupete durante períodos prolongados o más allá del año de edad), así como la ingesta a través de biberón, se han relacionado con maloclusiones dentarias tales como mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. La primera es la maloclusión más frecuente y tiende a mejorar cuando se retira el objeto que la produce. La segunda, es una maloclusión más compleja que, si no es tratada a tiempo, puede repercutir sobre el crecimiento máxilofacial.

Diversos autores han relacionado de manera muy significativa el uso del chupete con la mordida cruzada posterior, especialmente si el hábito perdura más allá de los 36 meses o si la forma del chupete utilizado no es anatómica.

Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupete conlleva un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinador. Estos cambios provocan un aumento de la distancia mandibular transversal, así como una disminución de la distancia maxilar transversal. Asimismo, este tipo de mordida puede ser favorecedora del hábito respiratorio bucal ya que, al producirse un desequilibrio muscular, la cincha labioyugal se torna disfuncional.

Patología del recién nacido y del preescolar

Un “**diente neonatal**” es aquél que erupciona en las primeras cuatro semanas de vida. Si se trata de dientes supernumerarios, deberán ser extraídos. Si constituyen parte de la primera dentición, para definir una conducta se deberá evaluar su movilidad y la posible interferencia con la lactancia materna. Su tratamiento es la extracción de la pieza o el desgaste oclusal de la misma.

Las **perlas de Epstein** son estructuras blanquecinas (queratinizadas) que se ubican en la mucosa palatina a ambos lados del rafe medio. La lesión remite de manera espontánea luego de transcurridos de uno a tres meses.

Los **quistes de erupción** se asocian con la erupción de dientes primarios o permanentes. Se produce por la acumulación de líquido hístico en un espacio folicular dilatado. Puede ser unilateral, bilateral o múltiple. Clínicamente se observa un aumento del volumen en la encía de color azulado, renitente e indoloro a la palpación. En algunos casos se resuelve por la presión que ejerce la pieza involucrada, en otros es necesario realizar una incisión con bisturí para producir la descompresión, y la propia fuerza hace que el quiste desaparezca.

La **fisura labioalveolopalatina (FLAP)** es una de las malformaciones congénitas más frecuentes, siendo el resultado de la falta de fusión entre el proceso frontonasal y los procesos maxilares durante el período embrionario. Entre las estructuras que pueden verse comprometidas están: las anteriores al foramen incisivo (punta nasal, piso nasal, labio, encía, reborde alveolar y un pequeño segmento triangular del paladar óseo) que forman en su conjunto el paladar primario, y las posteriores al foramen incisivo, y el paladar secundario (la mayor parte del paladar óseo y la totalidad del paladar blando). La FLAP no sólo afecta la estética facial de una persona, sino que también produce serios trastornos del habla, poniendo en riesgo el proceso esencial de la comunicación y el desarrollo emocional de quien lo padece.

Entre las consecuencias aparejadas por esta patología se incluyen: dificultades de alimentación en el lactante, enfermedades del oído medio, pérdidas auditivas, trastornos del habla y alteración del crecimiento facial.

La caries es la enfermedad infecciosa transmisible no autolimitante más común de la infancia, y constituye la patología prevalente en el paciente pediátrico. Los factores determinantes de la enfermedad son:

- Placa bacteriana
- Higiene
- Dieta
- Modelo sanitario
- Condiciones socioeconómicas
- Genética

Para lograr un estado de salud bucal adecuado se deberá actuar sobre:

- a. el huésped
- b. el medio
- c. el agente
- d. modelo sanitario
- e. condiciones socioeconómicas

a. El huésped

Las acciones sobre el huésped se orientan a aumentar su resistencia mediante el uso de fluoruros y la aplicación de selladores que impidan el desarrollo de la placa bacteriana.

Se favorecen así los mecanismos de remineralización y se reducen las probabilidades de desmineralización.

El Flúor se puede administrar por vía sistémica (agua y suplementos fluorados) o en forma tópica (dentífricos, colutorios y topificaciones realizadas por el odontólogo).

Antes de indicar Flúor se debería conocer la cantidad de ese elemento presente en el agua de cada localidad y la edad del niño. Las provincias de Córdoba, La Rioja, La Pampa, Catamarca, San Luís, San Juan y el Norte y el Sur de Buenos Aires presentan exceso de Flúor en el agua -más de una parte por millón (1 ppm)-, por lo que los niños que allí habitan están en riesgo de padecer fluorosis (el esmalte presenta opacidades blanquecinas y, en casos severos, adquiere color marrón, con pérdida de sustancia).

Suplementación sistémica de fluoruro recomendada según el contenido en el agua de consumo

Edad	< 0,3 ppm	0,3-0,6 ppm	> 0,6 ppm
< 6 meses	0 mg	0 mg	0 mg
6 meses a 3 años	0,25 mg	0 mg	0 mg
3 a 6 años	0,50 mg	0,25 mg	0 mg
> 6 a 16 años	1 mg	0,50 mg	0 mg

Actualmente el uso sistémico se encuentra cuestionado.

Selladores de fosas y fisuras

Es un tratamiento preventivo de la caries, que realiza el odontólogo/a y que consiste en sellar (es decir, transformar en superficies planas) las superficies retentivas (fosas y surcos) de la cara oclusal de los molares y premolares.

El objetivo, es evitar la acumulación de placa bacteriana en esas zonas, mediante el relleno de las mismas con resinas de muy fácil colocación.

b. El medio

La mayoría de los alimentos puede participar en el proceso de generación de las caries, ya que contienen algún tipo de carbohidrato en forma de monosacáridos o polisacárido. Sin embargo, para que se inicie y progrese una lesión, deben sumarse otros factores como una higiene incorrecta, hipofunción de la saliva o baja exposición a fluoruros. Es recomendable orientar hacia la moderación y no a la prohibición, y sugerir que se limite la ingestión de azúcares en alimentos, bebidas y entre comidas, como también el reemplazo de las golosinas por frutas y de los azúcares por derivados (por ejemplo, Xilitol). Se recomienda que los "momentos de azúcar" no sean más de cuatro por día. La inmediata higiene posterior ayuda a prevenir la aparición de caries.

La lactancia materna como único alimento hasta los 6 meses es la mejor manera de prevenir todas las enfermedades.

c. El agente

La forma de eliminar la placa bacteriana y los microorganismos que contiene es la práctica de una adecuada higiene dental.

Esta práctica debe comenzar con la erupción del primer diente (alrededor del 6° mes). Al principio, con una gasa humedecida en agua, o bien con un cepillo para bebés, que posee las cerdas montadas sobre un manguito que se coloca sobre el dedo. En ambos casos, sin pasta. A partir de los 6 años, el niño puede cepillarse los dientes por sí mismo (luego de un odontólogo le haya enseñado la técnica) y supervisado por un adulto. Este hábito de higiene bucal debe continuar durante toda la vida.

Durante el sueño nocturno disminuye la producción de saliva y, en consecuencia, también la remoción natural de microorganismos que ésta realiza. En consecuencia, a lo largo de varias horas, el *Estreptococo Mutans* puede formar los ácidos que desmineralizan la superficie dentaria.

Por eso es importante reforzar con especial atención el último cepillado del día, antes de que el niño se retire a dormir.

Es recomendable que la mujer embarazada concorra a la consulta odontológica para informarse sobre los cuidados bucales propios y los de su hijo. Está comprobado que parte de las bacterias que conforman esta placa pueden llegar a producir el adelantamiento del parto entre otras complicaciones.

d. El modelo sanitario

El esquema asistencialista deriva en falta de accesibilidad, escasez de recursos, despersonalización y maltrato institucional. En cambio un modelo basado en la promoción de la salud y en la prevención de la morbilidad, disminuye el requerimiento asistencial y, por lo tanto, disminuye el gasto en recursos, tanto humanos como materiales y mejora el vínculo médico-paciente, además de prevenir la enfermedad.

e. Los factores socioeconómicos

La falta de agua potable, de cloacas, de vivienda y trabajo dignos, de educación de calidad, etc. favorecen la morbilidad. También favorece la recidiva de enfermedad y, en algunos casos, su cronicidad. En cambio la inclusión y justicia social favorecen la salud y la ausencia de enfermedad.

Son siempre motivo de consulta:

- Los traumatismos dentarios o bucales.
- La presencia de manchas en piezas dentales, compatibles con caries dental o defectos de la estructura dentaria.
- El dolor espontáneo.
- Los niños que no comenzaron con la erupción dentaria o que aún no completaron la dentición.

- Derivaciones / interconsultas médicas.
- La prevención de padecimientos de mayor complejidad

Para hacer desde el hogar y trabajar con las familias:

Refuerce el concepto de que el cuidado de la salud bucal comienza con las acciones que la familia realiza en el hogar. Las recomendaciones son:

Higiene bucal

El cepillado de los dientes debe realizarse dos o más veces por día (preferiblemente después de cada comida). El uso o no de pasta dental no condiciona la correcta higiene, ya que el barrido mecánico de la placa bacteriana es realizado por el propio cepillo de dientes. En el caso de necesitar alguna pasta fluorada, será el odontólogo quien se la recomiende. Como se explicó más arriba, el último cepillado del día es el más importante.

La higiene bucal debe comenzar de forma temprana (aun cuando no haya erupcionado ningún diente) limpiando la encía, lengua y carrillos donde se acumulan depósitos de leche. Se higieniza con pañitos o gasa embebida con agua.

En los casos en que los dientes se encuentran apiñados (muy unidos), además de la higiene normal realizada con cepillo dental, se recomienda el uso de hilo dental en la higiene de la noche, el mismo debe ser manipulado por una persona adulta

Uso adecuado del chupete⁵

- Recomendar el uso del chupete en todos los momentos de sueño a partir del momento en que se identifica que la lactancia materna está establecida y hasta el año de vida del niño.
- Determinar que la lactancia materna está establecida cuando: hay una adecuada prendida al pecho evaluada por el equipo de salud; la madre amamanta sin molestias y puede identificar la bajada de la leche al poner el niño al pecho; el niño ha recuperado el peso del nacimiento y aumenta de peso adecuadamente.
- Motivar activamente a las madres a amamantar a sus hijos y no utilizar el chupete para retrasar la alimentación o espaciar mamadas.
- Nunca ofrecer el chupete con miel, azúcar ni otros edulcorantes ya que no sólo pueden predisponer a malos hábitos alimentarios sino que, además, pueden poner en riesgo la salud del niño al exponerlo a enfermedades como el botulismo.

Para proteger la anatomía bucal el chupete recomendado debería:

- ser de silicona ó látex
- tener forma aplanada o anatómica
- respetar la relación tamaño del chupete y edad del niño.

⁵ **Recomendaciones sobre el uso del chupete para equipos de salud padres y cuidadores.** Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015.

Control del consumo de dulces

Como se ha explicado arriba, más de cuatro momentos diarios de consumo de azúcar se consideran como un alto riesgo cariogénico. Si la ingesta de dulces es seguida por el cepillado de los dientes, el riesgo disminuye. Las golosinas (caramelos, pastillas, chupetines, chicles) son menos recomendadas. Recuerde a la familia que no sólo las golosinas son perjudiciales sino también los jugos (dietéticos o no, ya que son ácidos y producen erosión), las gaseosas y los postres.

Control odontológico

El niño debe realizar una visita odontológica cada seis meses, para lograr una buena prevención y detección oportuna de la enfermedad.

Bibliografía

Ana M. Biondi / Silvina G. Cortese. *Odontopediatría, fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*. Primera edición. Editorial Alfaomega Grupo Editor.

Ana Beatriz Tamashiro. *Fisura Labio Alvéolo Palatina. Nueva Metodología de Intervención Fonoaudiológica*. Librería Akadia Editorial.

Ortopedia

El presente Anexo tiene el propósito de ofrecer una actualización sobre aspectos clínicos en patologías prevalentes de la práctica ambulatoria, en temas de Traumatología, así como el de establecer recomendaciones para el diagnóstico temprano y la derivación oportuna.

Semiología ortopédica en el recién nacido y lactante

Cadera

Es fundamental la detección precoz de la Displasia del Desarrollo de las Caderas. Todos los recién nacidos deben ser evaluados clínicamente. No se recomienda realizar ecografía de forma universal.

Si el examen clínico neonatal es anormal, se debe realizar una consulta con un traumatólogo infantil.

Si el examen es dudoso, realizar nuevamente el examen de caderas a las 2 semanas. Si es anormal, consultar con ortopedista. Si continúa siendo dudoso, solicitar ecografía (realizar entre 3º y 4º semana de vida). En niños con examen normal, continuar con la evaluación de caderas.

Si presenta factores de riesgo, aunque el examen sea normal, se debe solicitar ecografía a las 6 semanas o radiografía al 4º mes.

Pie

Es frecuente la alteración de la forma o posición de uno o ambos pies en los primeros meses de vida. Estas pueden ser en valgo, varo, equino o talo. Si no se corrigen

espontáneamente, estamos en presencia de Pie Bot. Su detección y tratamiento tempranos tienen buen pronóstico.

Semiología ortopédica en el deambulador, preescolar y escolar

Los niños presentan incurvaciones fisiológicas en los miembros inferiores. Hasta los 2 años es normal una posición en genu varo o piernas arqueadas. A partir de esa edad, la incurvación cambia hacia un genu valgo o piernas en “X”, que se mantiene hasta los 6 o 7 años de edad.

Pie plano flexible

Durante los primeros dos años de vida, no es esperable encontrar un arco longitudinal interno o bóveda plantar. No se trata de un pie plano sino, inmaduro. Es un proceso benigno. Al pedirle al niño que se coloque en puntas de pie se formará el arco plantar y desviará los talones hacia adentro. Si no corrige, solicitar consulta con el especialista para descartar afección ósea subyacente.

Pie cavo

Consiste en la presencia del arco longitudinal elevado en exceso, hasta dejar únicamente apoyo en el antepié y talón, con flexión plantar del primer metatarsiano e inversión del talón. Se asocia frecuentemente con alteraciones neurológicas. Si es progresivo y sintomático, puede requerir cirugía.

Pie equino

Es habitual al inicio de la deambulación. Si la flexión dorsal se mantiene en forma pasiva o activa, y se trata sólo de una marcha preferencial, estamos ante un cuadro autolimitado. Puede haber hipertonía del tendón de Aquiles (como manifestación de parálisis cerebral). El acortamiento idiopático del Aquiles responde a fisioterapia y al uso de valvas nocturnas.

Pronación dolorosa

Es la subluxación del ligamento anular de la cabeza radial, producida por una tracción del miembro superior en forma longitudinal y en pronación de la mano. Su reducción se realiza en flexión y supinación, maniobra contraria que debe realizarse únicamente si estamos seguros de que el niño no ha sufrido un traumatismo; en tal caso, debemos sospechar una fractura y se debe realizar, como primera medida, una radiografía.

Bibliografía

Manual de Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes. Capítulo “Semiología ortopédica”. Páginas 463-471 FUNDASAP Ediciones. Año 2010.

Prevención del Abuso Sexual Infanto-Juvenil⁶

El Abuso Sexual Infanto-Juvenil (ASI-J) es una de las formas más graves de maltrato y violencia que pueden sufrir niños/as y adolescentes. Consiste en involucrarlos en actividades sexuales para satisfacción de necesidades de otros, lo que ocasiona en las víctimas lesiones psicológicas y/o físicas de distinta gravedad.

Se define como Abuso Sexual Infantil “la participación de niños/as dependientes o de desarrollo inmaduro y adolescentes, en actividades sexuales que no son capaces de comprender ni de prestar consentimiento o que violan los tabúes sociales de los roles familiares” (H. Kempe).

Porque la falta de información sobre el ASI-J contribuye a no detectarlo, a no saber qué hacer -aun cuando se presume su existencia-, a sentir impotencia ante la complejidad del problema.

Diferencias entre ASI-J y violación

Ambas son situaciones graves que atentan contra la integridad psico-física del niño/a o adolescente, y ambos se caracterizan por un “abuso de poder”.

La **violación** o **asalto sexual** es un hecho en general único, violento e inesperado, provocado por un desconocido. Se define como un “acceso carnal” (penetración por vagina, ano o boca), que es mediado por la fuerza o amenazas. Por lo general deja lesiones físicas, y puede poner en peligro la vida de la víctima.

La violación es una situación de emergencia que llega a las guardias hospitalarias haciendo prioritaria la acción médica, en forma integral, y el posterior manejo interdisciplinario. La violación es siempre un abuso sexual.

El **abuso sexual infanto-juvenil** es un hecho crónico de abuso físico y/o psicológico que se mantiene en secreto por largo tiempo; es un acto de poder, generalmente perpetrado por alguien que la víctima conoce.

Abuso sexual implica distintas formas de acercamientos sexuales inadecuados: manoseos, caricias inapropiadas, exhibiciones obscenas, manipulación de los genitales del niño, inducción a que el niño manipule los genitales del agresor, contacto urogenital, sexo oral, corrupción, inducción a la prostitución, participación de niños en videos o fotografías pornográficas, pudiendo incluir o no el acceso carnal

⁶ La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia ha desarrollado y publicado materiales sobre abuso sexual infanto-juvenil:

Guías de manejo de Abuso Sexual para los equipos de salud.

Protocolo de abordaje y seguimiento para los equipos de salud. Disponible en: <http://goo.gl/ETXG2U>

Folleto sobre formas de abuso sexual infanto-juvenil, cómo ayudar a prevenirlo y consejos para comunicar a los niños, niñas y jóvenes.

El abuso sexual no siempre es “una violación”: Este hecho puede no dejar lesiones físicas, y se convierte en una emergencia desde el aspecto psicológico; el examen médico, por lo general, es un complemento.

En el ASI-J podemos delimitar dos etapas, **una primera etapa** de “**pseudo equilibrio familiar**” constituida por las fases de seducción, acercamiento, intimación y secreto. Y, **una segunda etapa** de “**desequilibrio familiar**”, cuando la víctima cuenta o devela lo que ocurre. En muchas ocasiones, la situación familiar conflictiva desencadena la retractación de la víctima.

¿Por qué debemos involucrarnos?

“El abuso sexual contra niñas/os y adolescentes es considerado una cuestión pública, de Estado, desde el momento que el Estado Argentino firmo todas las convenciones de Derechos Humanos habidas en la materia. Es absolutamente ilegal considerar, en este momento en la Argentina, que es una cuestión privada cualquier cosa vinculada al maltrato o abuso de niños y niñas”⁷.

El Abuso Sexual Infanto-Juvenil (ASI-J) es un práctica ominosa que, lamentablemente, ocurre desde tiempos inmemoriales y afecta a niños/a y jóvenes de todas las clases sociales.

Actualmente, desde los ámbitos públicos y privados, se hace una mayor difusión de este tema, hecho que ha permitido comenzar a sensibilizar y concientizar a la comunidad.

Esta oprobiosa violación de los más primordiales derechos humanos convierte en víctimas a los individuos más vulnerables: nuestros niños, niñas y adolescentes.

Hacerlo visible nos permitirá ofrecer ayuda en forma más temprana, y aliviar las secuelas tanto físicas como psico-emocionales que el ASI-J ocasiona.

¿Cuáles son las obligaciones legales del equipo de salud respecto al ASI-J?

Es importante conocer la ley nacional vigente, así como las leyes provinciales relacionadas con el tema. En ella se legisla sobre la obligación de los funcionarios públicos y/o privados de denunciar toda sospecha de abuso sexual sobre menores

¿Cómo debe denunciar un ASI-J el profesional de salud?

Es muy importante que el equipo encargado de la evaluación médica, psicopatológica, psicodinámica y social, inicie el proceso diagnóstico luego de asegurarse de que el niño está fuera de todo riesgo de exposición a las situaciones abusivas que dieron lugar a la intervención.

En el caso de sospecharse abuso sexual, el procedimiento implica la permanencia del paciente únicamente con adultos capaces de resguardar su integridad psicofísica, evitando el maltrato o las presiones que respondan a las necesidades del adulto.

El equipo deberá garantizar, en el proceso de atención y seguimiento, que se respete el interés superior del niño/a o adolescente, garantizando todos sus derechos.

De tal forma, estaremos cumpliendo con la obligatoriedad de poner en manos de la organización pertinente a un niño en situación de riesgo.

¿Qué riesgos asume, como profesional, aquél que denuncia un ASI-J?

Absolutamente ninguno. No podría ser de otro modo, ya que se trata de una obligación legal derivada de las Convenciones sobre Derechos Humanos que integran la Constitución Nacional (art. 75inc. 22). Se suele mencionar la posible responsabilidad de los profesionales por denuncias falsas, lo cual no tiene otro fin que el de disuadir para que no se denuncie.

¿Qué sanciones puede sufrir el profesional de salud que no denuncia?

Las posibles sanciones son de diversa índole, ya que van desde las administrativas -según el ámbito de actuación del profesional-, hasta las penales cuando se trate, por ejemplo, de funcionarios (como el caso de aquellos profesionales de la salud que trabajan en hospitales públicos).

Además, serán posibles de sanciones tanto civiles como penales quienes, aun trabajando en ámbitos privados, por su negligencia u omisión de denunciar los hechos, generen daños a las víctimas o permitan con su inacción que continúen los abusos.

Indicios personales de ASI-J

En NIÑOS/AS EN EDAD PREESCOLAR observaremos: Inquietud, irritabilidad y llanto aparentemente injustificado. Trastornos del sueño. Conductas regresivas incluyendo: retraso en el lenguaje, enuresis y encopresis secundarias. Miedos excesivos centrados en ciertas personas, lugares o acciones. Juegos sexuales repetitivos e inapropiados a su edad cronológica. Masturbación compulsiva. Trastornos del sueño como pesadillas, terrores nocturnos, dificultad para conciliar el sueño. Dependencia excesiva de ciertas personas, estableciéndose ansiedad de separación. Actitud de desconfianza, vergüenza y huida.

En los NIÑOS/AS EN EDAD ESCOLAR observaremos: conocimientos sexuales avanzados, trastornos del sueño, trastornos serios del aprendizaje, relaciones inadecuadas con sus pares, problemas relacionados con trastornos de la imagen corporal, cambios del humor, modificación de los hábitos alimentarios, conductas hiper-sexualizadas, somatizaciones, niños que asumen roles adultos, ausentismo escolar reiterado.

En los ADOLESCENTES observaremos: falta de confianza, aislamiento, mala relación con sus pares, fugas del hogar, trastornos del sueño, trastornos del rendimiento escolar, consumo de drogas y alcohol, anorexia y bulimia, automutilación, depresión severa, intentos de suicidio, contactos sexuales promiscuos.

Puede haber relato de parte de la víctima: habitualmente, el relato de los niños en el momento de la revelación del abuso es confiable.

Sin embargo, es necesario tener presente que que, en la gran mayoría de los casos, puede no haber un relato y que la sospecha puede instalarse sólo en uno o algunos de los integrantes del equipo. En consecuencia, la situación debe ser manejada en interdisciplina con psicólogos y trabajadores sociales, poniendo a la víctima en “resguardo” hasta que se defina si ha habido o no abuso sexual.

Indicios clínicos de ASI-J

Entre los antecedentes médicos, se buscarán: trastornos alimentarios, infecciones genitourinarias a repetición, problemas en las relaciones sexuales, mareos y/o vómitos sin causa aparente, actitudes o comportamientos hiper-sexualizados, enfermedades de transmisión sexual (ETS), dolor genital o pelviano sin causa aparente, dolores abdominales sin causa aparente, cefaleas sin causa aparente, embarazo en la adolescencia temprana (menor a 15 años), trastornos de la personalidad, convulsiones, fobias.

Entre los hallazgos del examen clínico, puede haber: lesiones de infecciones vulvo-vaginales, flujo producido por gérmenes de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, embarazo o aborto a temprana edad, desgarros a lesiones vaginales o anales, sangrado a la defecación, herpes genital, verrugas vulvares o anales, hímenes: dilatados, con desgarros antiguos o escotaduras de hora 3 a 9, dilatación anal (mayor a 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal), con desgarros nuevos o antiguos.

¿Qué hacer?

PACIENTE CON ALGÚN TIPO DE LESIÓN



Confección de una historia clínica integral
 Aplicación del protocolo para el ASI (Anexo I).
 (Hasta donde corresponda al caso.)



Confrontarlo con la clasificación de Muram y Adams.
 (Para determinar si el abuso es: posible, probable, sugestivo o evidente)



Si hay relato y lesiones o infecciones acompañantes, resguardar al (a la) menor en el medio familiar; si no es posible, en hospital hasta que defina su situación el Juzgado de menores, trabajando mientras tanto con un psicólogo y un trabajador social para la contención de la víctima y la familia.

Si no hay relato pero existen lesiones sospechosas, trabajarlo con psicología y trabajo social. Arribar a una impresión diagnóstica conjunta, siempre sosteniendo el resguardo de la víctima



Examen clínico completo.
 Examen ginecológico completo.
 Tomar cultivos de las zonas agredidas.
 Pedir test para ETS y embarazo.
 Prevención médica para ETS, ATT.
 Abordaje interdisciplinario.

PACIENTE SIN LESIONES PERO CON SOSPECHA, POR PARTE DEL MÉDICO O FAMILIAR, DE QUE HA SUFRIDO ASI-J



Confección de una Historia Clínica integral, si corresponde por el resultado de la anamnesis completa.

Aplicación del protocolo para el ASI (Anexo I)



Confrontarlo con la clasificación de Muram y Adams.

(Para determinar si el abuso es: posible, probable, sugestivo o evidente.)



Si existiera relato pero no lesión, protección del menor, con trabajo en interdisciplina y comunicación según legislación vigente.

Sin relato y sin lesión, sólo sospecha de padres, maestros o profesionales de la salud, trabajar con abordaje interdisciplinario hasta definir un diagnóstico.

Cómo ayudar a prevenirlo

Los mejores resultados en la prevención se obtienen trabajando tempranamente con los/as niños/as, los jóvenes, sus familias, y los sistemas educativos en general.

Las personas que suelen ser víctima de abuso, a menudo tienen un perfil común que los hacen elegibles por el abusador. Suelen ser pequeños y jóvenes, con baja autoestima. El trabajo de prevención deberá estar dirigido a brindarles herramientas asertivas: fortalecer su estima, reconocer el derecho a pedir ayuda, proteger sus cuerpos, expresar lo que les sucede, ubicar un adulto de confianza, reforzando la seguridad que está “bien” que hablen y cuenten situaciones que los incomodan.

Estos conceptos debieran ser vigorizados desde todos los ámbitos en los que se desenvuelven: las familias, los jardines de infantes, los colegios, los clubes, congregaciones religiosas, etc.

La autodefensa es la forma más efectiva de protección.

La detección temprana de situaciones relacionadas con abuso se basa en el mejoramiento de las entrevistas con los niños y adolescentes, el reconocimiento de los signos y síntomas asociados con el abuso y maltrato, así como un buen entrenamiento en la investigación y práctica clínica.

- Escuchar y creerles resulta muy importante para generar hacia los chicos un clima de afecto y protección, un espacio de seguridad y confianza.
- Propiciar momentos para el diálogo, donde se dé importancia a sus derechos, al valor de su cuerpo y de su persona.

- Es importante recalcarles que “sus cuerpos son propios” y, aunque resulte redundante, que ellos son los únicos que pueden disponer y decidir sobre sus propios cuerpos.
- Enseñarles a no dejarse someter ni maltratar; de palabra o físicamente.
- Cuando se sienten escuchados y comprendidos, aumentamos su confianza

Desde el hogar

- Los niños, niñas y adolescentes no deben compartir la cama con los adultos.
- Cada uno debe tener su espacio propio (cama, colchón, etc.) Sí no es posible una habitación separada, realizar la separación con una mampara, cortina, lona, etc.
- Una vez logrado el control de esfínteres, hay que enseñarles a higienizarse solos. No obligarlos a demostrar afecto hacia las personas que rechazan, aunque sean familiares.
- Facilitar información acerca de los cambios corporales según cada etapa de su desarrollo.

Desde la escuela, el Centro de Salud, la organización barrial

- Orientar a las familias sobre las características de cada etapa de la sexualidad infantil.
- Ofrecer charlas informativas.
- Observar los cambios de conducta en los niños y adolescentes (miedos, apatía, no querer jugar, aislamiento, etc.).
- Realizar campañas en los medios de comunicación locales y actividades comunitarias sobre las medidas de prevención del abuso y sobre los lugares adonde recurrir en caso de que se presente.
- Armar redes de servicios que ofrezcan atención para casos de abuso sexual, articulando acciones con la escuela, el centro de salud, los servicios de protección de derechos, las organizaciones de la comunidad, etc.
- Diseñar estrategias de contención familiar y comunitaria.

Consejos para comunicar a los niños, niñas y jóvenes

- Ante cualquier inquietud, no tengan miedo o vergüenza de hablar con un adulto de confianza, o pedirle ayuda.
- Permanezcan alejados de las personas de las que desconfían.
- No hablen con desconocidos, aunque los llamen por su nombre.
- No acepten regalos de extraños.
- Si van a baños públicos (en la escuela, club, etc.) háganlo en compañía de una persona confiable.
- Tienen que saber que su cuerpo no puede ser “invadido” de ninguna manera.

Control de la Tensión Arterial y tablas

El control de la Tensión Arterial (TA) en la infancia permitirá detectar tempranamente diversas patologías.

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en la infancia es entre 1% y 3% llegando en la adolescencia al 10%. Es una enfermedad multigénica y multifactorial. La causa puede ser primaria-esencial o secundaria a diversas enfermedades.

El examen físico de un niño debe incluir la medición de la TA. En general, la bibliografía del tema **aconseja tomar la TA a partir de los 3 años**, si el resultado es normal se debe controlar una vez por año o según antecedentes de enfermedades.

Tener presente que si en la anamnesis se detectan antecedentes patológicos en niños menores de 3 años, que predispongan o aumenten el riesgo de padecer HTA, se debe controlar la TA desde recién nacido.

Algunos de los factores de riesgo son los siguientes:

- Historia de prematurez, bajo peso al nacer o internación en UCIN.
- Cardiopatía congénita (corregida o no).
- Infecciones urinarias recurrentes, hematuria o proteinuria.
- Enfermedad renal o malformación urológica.
- Historia familiar de enfermedad renal congénita.
- Enfermedad oncológica, trasplante de órgano sólido o médula ósea.
- Tratamientos con drogas que elevan la TA (corticoides, etc.).
- Enfermedades sistémicas asociadas con HTA (neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, etc.).
- Presión intracraneal elevada.

El procedimiento del control de la TA es seguro, no produce dolor y es confiable cuando la técnica es adecuada. Se recomienda el uso de manómetro aneróide o electrónico, que no contaminan el ambiente. Los instrumentos requieren ser calibrados periódicamente.

Técnica

El niño debe estar tranquilo y sentado, con 3 a 5 minutos de reposo previo. El brazo derecho estará totalmente descubierto y la arteria sobre la cual se realizará la medición debe estar a la altura del corazón. Si no se cumplen estos requisitos, se producirán variaciones de la TA. Los lactantes deben ser colocados en decúbito supino.

La elección del manguito es esencial: se selecciona por el tamaño de la vejiga inflable y no por el de la tela que la cubre. El tamaño correcto debe cubrir los 2/3 del largo del antebrazo (distancia acromion-olécranon) y la vejiga inflable debe abarcar el 80% de su circunferencia. Recordar que el uso de un mango de menor tamaño al adecuado aumenta la TA real, mientras que el uso de uno grande da resultados inferiores.

En caso de no contar con el manguito adecuado, se puede tomar en el miembro inferior respetando las proporciones y auscultando en el hueco poplíteo.

Colocar la parte media de la vejiga inflable sobre la arteria; el borde inferior del manguito deberá quedar a 2 cm. por encima de la fosa cubital, luego ajustar. La cámara del estetoscopio se apoya sin presionar, sobre la arteria en la fosa antecubital y siempre por fuera del manguito.

Se debe inflar 20 mmHg por arriba del nivel donde desaparece el pulso radial. El método a utilizar para la lectura es la auscultación.

Se considera tensión arterial sistólica la medición de la TA leída simultáneamente con la aparición del primer ruido de Korotkoff y, diastólica leída junto con la desaparición completa de los ruidos (quinto ruido). Tener presente que el desinflado rápido puede dar lecturas erróneas.

Es conveniente en la primera consulta medir la TA en ambos brazos y un miembro inferior, para descartar, coartación de Aorta.

Definiciones⁸

Tensión arterial normal: TA sistólica o diastólica menor al percentilo 90 para edad, sexo y talla.

Prehipertensión: TA sistólica o diastólica igual o mayor al percentilo 90 y menor al 95 para edad, sexo y talla, en tres oportunidades o más.

Los adolescentes con TA mayor o igual a 120/80 mmHg se consideran pre-hipertensos.

Hipertensión arterial: TA sistólica y/o diastólica igual o mayor al percentilo 95 para edad, sexo y talla, en tres oportunidades o más.

Para determinar la TA normal, pre-hipertensión o hipertensión se utilizan las tablas de TA para edad, sexo y talla de la Academia Americana de Pediatría, que se adjuntan.

Se requiere medir y obtener el percentilo de talla de los niños/as o adolescentes para realizar la lectura de la TA.

En las tablas correspondientes para sexo, buscar la edad del niño a la izquierda, seguir la línea horizontal hasta la intersección de la columna del percentilo de talla. Así se obtienen los valores correspondientes a la TA sistólica y diastólica, según los percentilos 50 (media), 90, 95 y 99.

Cuando realice el diagnóstico de pre-hipertensión o hipertensión arterial, se recomienda consultar el Consenso de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente y el Algoritmo de Conductas de la Sociedad Argentina de Pediatría publicado en Archivos Argent. Pediatría 2005,103(4) /348-357.

⁸ Academia Americana de Pediatría, 2004.

BIBLIOGRAFÍA

Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Hipertensión arterial en el niño y el adolescente. Arch. Argent. pediatr 2005;103 - (4) 348.

Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes. Sociedad Argentina de Pediatría 2002. Ediciones SAP.

Hipertensión arterial en pediatría. Irma M. Azar Pronap. Sociedad Argentina de Pediatría. Modulo 4 Pág. 40-81, 2009.

Manual para la Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes. Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria. Sociedad Argentina de Pediatría. Ediciones FUNDASAP 2010.

Pediatrics in Review, en Español Vol. 24 N° 2 Abril 2003.

Programa de Atención al Niño. Anexo tensión Arterial. Dirección General de Salud Región de Murcia. España.

TASK Force on Blood pressure control in children. Pediatrics,79,1-25 1987.

Update on the 1987 Task Force report on high blood pressure in children and adolescent. Pediatrics 1996; 98: 649.

TABLA 1 - NIÑOS

PERCENTILES SELECCIONADOS DE TENSION ARTERIAL, SEGUN EDAD Y PERCENTILES DE TALLA

Edad	TA Sistólica, mm Hg					TA Diastólica, mm Hg									
	Percentilo de Talla					Percentilo de Talla									
	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95	
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	65	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89

Adaptado de: The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics 2004;114:555-576.



Ministerio de
Salud

Presidencia
de la Nación

NIÑAS

PERCENTILES SELECCIONADOS DE TENSION ARTERIAL, SEGUN EDAD Y PERCENTILES DE TALLA

Edad	TA Sistólica, mm Hg					TA Diastólica, mm Hg									
	Percentilo de Talla					Percentilo de Talla									
Percentilo	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95	
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	51	
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	71	72	
	95	108	109	110	113	114	115	116	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90	108	109	110	113	114	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

Adaptado de: The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics 2004;114:555-576.

Edad	TA Sistólica, mm Hg					TA Diastólica, mm Hg									
	Percentilo de Talla					Percentilo de Talla									
Percentilo	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95	
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	112	116	117	119	120	121	122	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	119	120	121	122	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	91	92	92
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90	120	121	122	123	126	127	128	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50	108	109	110	113	114	115	115	64	65	65	66	67	67	68
	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Nombre del niño:		REFERENCIAS:																		
Fecha de nacimiento:		O: observado P: preguntado y logrado																		
Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:		N: no logrado en la observación o pregunta Vacío: no se pudo evaluar																		
		1° T				2° T				3° T				4° T				1 a.	2 a.	3 a.
INDICADORES		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12/17	18/23	24/35	36/47			
TODOS	1 El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño SE																			
	2 El cuidador lo mira cuando le habla SE																			
	3 Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador SE																			
1° T	4 Se calma cuando lo alza su cuidador SE																			
	5 Reacciona a un sonido/voz C																			
	6 Demuestra gestualmente estados de placer o displacer SE																			
	7 Fija la mirada / muestra interés en el rostro del adulto SE																			
	8 Sonríe cuando lo miran -sonrisa social- SE																			
	9 Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro CVMC																			
2° T	10 Emite sonidos /gorjeo C																			
	11 Sostiene la cabeza -sostén cefálico- M																			
	12 Interactúa con el adulto(busca con la mirada/sonríe/grita) SE																			
	13 Lleva las manos a la línea media CVMC																			
	14 Busca con la mirada la fuente de un sonido CVMC																			
	15 Intenta tomar un objeto CVMC																			
3° T	16 Intenta ponerse de costado CVMC																			
	17 Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca CVMC																			
	18 Participa del juego de las escondida - "acá está" SE																			
	19 Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa) SE																			
	20 Se sienta solo sin apoyo M																			
	21 Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza) SE																			
4° T	22 Emite sílabas -balbuceo- (ma-pa-tatata) C																			
	23 Se desplaza (repta o gatea) M																			
	24 Se para solo, con apoyo M																			
	25 Responde cuando lo llaman por su nombre C																			
	26 El niño se comunica de forma verbal o no verbal C																			
	27 Imita gestos (aplaude, baila, saluda) SE																			
1 año	28 Reacciona al "NO" del adulto SE																			
	29 Da pasos con sostén M																			
	30 Realiza gestos para pedir y mostrar CVMC																			
	31 Juega a poner o sacar objetos CVMC																			
	32 Camina solo M																			
	33 Comprende consignas simples (da la mano/abre la boca) M																			
2 años	34 Dice por lo menos 1 palabra/emite sonidos c/ significado C																			
	35 Colabora para vestirse o desvestirse CVMC																			
	36 Logra comer solo parte del alimento M																			
	37 Patea una pelota M																			
	38 Avisá algunas veces que se hizo pis o caca SE																			
	39 Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta CVMC																			
3 años	40 Garabatea CVMC																			
	41 Utiliza el "NO" C																			
	42 Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó) C																			
	43 Pide algunas veces para hacer pis o caca SE																			
	44 Juega al lado de otros niños/as SE																			
	45 Juega a dar de comer o hace dormir a los muñecos SE																			
Observaciones:	46 Dice su nombre o sobrenombre C																			
	47 Se saca o se pone alguna ropa solo CVMC																			
	48 Utiliza el "mío", "yo" C																			
	49 Logra el control de esfínteres durante el día SE																			
	50 Puede hacer un relato sencillo C																			
	51 Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños SE																			
52 Espera su turno para jugar o hablar SE																				
53 Puede correr sin dificultad M																				
54 Dibuja al menos un círculo CVMC																				

M: Motriz C: Comunicación SE: Socioemocional CVMC: Coordinación Visomotora y Cognitiva

Observaciones:



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

LLENADO E INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL -IODI-

El Ministerio de Salud de la Nación propone el control integral y oportuno de salud infantil. En ese marco, considera indispensable que durante el mismo se realice la observación del desarrollo infantil y se acompañe a la familia en ese proceso.

El IODI es un instrumento **ordenador de la observación durante la consulta**. Su objetivo es realizar el seguimiento del desarrollo en las niñas y niños menores de 4 años, así como contribuir a la detección oportuna de situaciones de riesgo y signos de alarma. Se espera que los equipos de salud consideren al niño inserto en su contexto y como integrante de un grupo conviviente en particular.

Llenado y utilización

- **Completar los datos personales del paciente.** Nombre y fecha de nacimiento. (Si fue prematuro, incluir la Edad Gestacional al nacer). En estos casos, también hay que referenciar al niño a un Consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo. (Buscar en: <http://datos.dinami.gov.ar>, mapa: Seguimiento de Prematuros.)
- En todas las edades, hay que observar y marcar los tres primeros puntos, referidos a la calidad del vínculo del niño con su cuidador primario.
- En la columna correspondiente a la edad del niño, marcar las pautas para ese periodo de la siguiente manera:

O: Observado	N: No logrado en la observación o pregunta
P: Preguntado y logrado	Vacío: Si no se pudo evaluar

- En caso de consignar **N**, hacerlo solamente al llegar a la última casilla verde (o gris muy claro).
- En caso de consignar **P**, es importante corroborarlo por medio de la observación en las consultas subsiguientes.
- Observar los ítems de desarrollo que corresponden al periodo actual del niño. Si no se observan las conductas esperables para esa edad, indagar en los ítems del periodo anterior.

Al pie de la hoja hay un espacio donde se podrán consignar observaciones que se consideren de importancia. Los números de los ítems tienen como objetivo facilitar la referencia al pie y ubicar en el cuadernillo la explicación de cada uno, con su correspondiente bibliografía.

Este instrumento permite hacer una doble lectura sobre el desarrollo del niño:

1. Permite **valorar el seguimiento del proceso de desarrollo, haciendo una lectura del conjunto y contextualizada** que incluye variables vinculares, emocionales, sociales, de la motricidad, de coordinación viso-motora, cognitiva, comunicación y lenguaje.
2. Permite identificar **riesgos** para prestar atención y realizar intervenciones, o bien identificar **alertas** para hacer las derivaciones e interconsultas correspondientes.

Para realizar estas valoraciones es importante tener en cuenta:

- Es conveniente hacer un seguimiento del proceso de **todas** las variables relacionadas y considerar el contexto en que se desenvuelve el niño, a fin de intervenir de la manera más adecuada.
- Tener presente, al momento de la consulta, que las habilidades se lograrán a lo largo del período representado por los casilleros señalados en color verde (o en el tono gris más claro).

Referencias:

-  Indica el rango de edad dentro del cual, habitualmente, los niños lo logran¹.
-  Indica los rangos de riesgo o la necesidad de intervención. Habilita a profundizar y evaluar la situación, a fin de realizar las intervenciones necesarias en cada caso.
-  Indica "alarma". En estos casos, corresponde la interconsulta o derivación a un equipo interdisciplinario o especializado. Para localizar el Centro de Referencia más próximo, ver: <http://datos.dinami.gov.ar>, mapa: Red Desarrollo Infantil.

Se sugiere utilizar esta herramienta en todas las oportunidades de atención del niño, teniendo en cuenta las situaciones del contexto que puedan dificultar la observación (por ejemplo: intercurencias, niño irritable o dormido, exceso de ruidos en el ambiente, adultos ansiosos por las circunstancias, etc.) Es importante adecuar el espacio para brindarle al niño un ambiente amigable.

¹Según escalas validadas, nacionales e internacionales.



Parte IV:

Bibliografía

Publicaciones del Ministerio de Salud de la Nación disponibles en Internet
http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenidos
-buscar por “Problemática sanitaria”-:

Problemática sanitaria: “Salud Infantil”

Módulo de capacitación para el personal de Enfermería. Infecciones Respiratorias Bajas. (2012)

Dedicado al personal de Enfermería, para capacitarse en la modalidad de Internación Abreviada de las IRAB promovida por el Ministerio de Salud de la Nación, cuyos objetivos son contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por IRAB, mejorar la capacidad de resolución del primer nivel de atención para el manejo de estas patologías, reducir la internación por esta causa promoviendo acciones oportunas, detectar oportunamente al paciente crítico y mejorar el conocimiento de la comunidad sobre las medidas preventivas y los signos de alarma de las IRAB.

Mortalidad Infantil según criterios de reducibilidad. Tercera revisión. Edición 2012. Ministerio de Salud de la Nación (2012)

En la Argentina, esta clasificación comenzó a usarse en 1985. En 1996 fue revisada y reformulada. Se presentan ahora las conclusiones y recomendaciones del Taller de Expertos para la revisión de la Clasificación usada en la Argentina sobre Mortalidad Infantil según Criterios de Reducibilidad realizado en la ciudad de Buenos Aires los días 22 y 23 de septiembre de 2011.

Guías para la prevención y tratamiento de la diarrea aguda. Ministerio de Salud de la Nación (2011)

La finalidad de estas Guías consiste en reforzar la estrategia de las postas de rehidratación oral y servir de orientación para el equipo de salud. Brinda información acerca del procedimiento de diagnóstico y tratamiento, además de promover las prácticas de prevención. Asimismo incluye algunas recomendaciones para el tratamiento del niño grave durante su derivación e internación.

Síndrome Bronquial Obstructivo en menores de 2 años. Ministerio de Salud de la Nación (2011).

Algoritmo de evaluación y tratamiento para Equipos de Salud.

Módulo de capacitación en la atención de enfermería del niño con Diarrea. Ministerio de Salud de la Nación (2010)

Este trabajo se orienta a reducir la morbimortalidad específica por Diarrea, disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud, en el marco del Programa de Atención al Niño con Diarrea. Se propone mejorar los conocimientos y destrezas de los enfermeros en este campo, aumentar la capacidad resolutoria de los CAPS en el tratamiento de este cuadro, disminuir las consultas innecesarias en las guardias pediátricas hospitalarias -así como las internaciones por esta causa-, y aprovechar la consulta por Diarrea como un instrumento de intervención integral en todos los aspectos de la salud del niño.

Abordaje integral de las infecciones respiratorias agudas. Ministerio de Salud de la Nación (2010)

Esta guía, esta desarrollada para fortalecer la “Campaña de Invierno”, como marco integrador de lineamientos de múltiples equipos técnicos del Ministerio de Salud, y brinda un abordaje integral de las enfermedades respiratorias, aportando información actualizada sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas, sus factores condicionantes y las poblaciones definidas como “de riesgo” y presentando medidas costo-efectivas y de alto impacto, que respondan de manera adecuada y oportuna a las necesidades de salud de la población.

Guías Cuidando al bebé. Guía para el equipo de salud. / Guía para la familia. Ministerio de Salud de la Nación (2010)

Las actitudes, los conocimientos, las creencias y los modos de relación familiar que los adultos a cargo de la crianza pongan en juego, incidirán sobre el niño para potenciar o inhibir su aprendizaje, la confianza en sí mismo y la progresiva conquista de su autonomía, entre otros factores que hacen a su desarrollo.

Los equipos de salud y las instituciones dedicadas a los niños pueden y deben desempeñar un importante papel en la tarea de orientar, fortalecer y acompañar a las familias en este proceso, alentando sus logros y ayudándolas a modificar o reencauzar las acciones inapropiadas o perjudiciales. A unos y otros están dedicados cada uno de estos materiales.

El primer año de vida del niño. Marco teórico - Interacciones. - Desarrollo motor y postural autónomo. - Desarrollo de la inteligencia. - Factores del entorno.)

Este conjunto de materiales de capacitación, compuesto por una parte impresa y otra parte audiovisual en un DVD, está dirigido a los equipos de salud, particularmente quienes se desempeñan en el Primer Nivel de Atención, con el enfoque preventivo dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Esto incluye a los médicos pediatras, generalistas, médicos de familia, psicólogos, psicopedagogos, enfermeras, obstétricas, asistentes sociales, y todo aquel miembro del equipo que, en contacto con las familias, acepte escuchar sus inquietudes, descubrir sus dificultades y ayudarlas en la crianza de los niños.

Desde un concepto más amplio es también un material valioso para los equipos de salud que se desempeñan en los hospitales, ya que la mirada sobre el desarrollo infantil se extiende a los diferentes ámbitos en que se encuentra el niño desde su concepción, nacimiento, crianza, e incluso su eventual internación.

Salud Ambiental Infantil. Manual para enseñanza de grado en escuelas de medicina. Ministerio de Salud de la Nación (2010)

Esta publicación tiene como función acompañar las propuestas programáticas de las diversas Cátedras, convirtiéndose en un soporte didáctico que oriente la enseñanza y facilite los aprendizajes de los alumnos.

Asimismo, los contenidos desarrollados asumen un perfil estimulador de situaciones educativas en las que se favorezcan análisis críticos, reflexiones, propuestas alternativas de acción en relación a las realidades locales y regionales sociales, sanitarias,

educacionales y culturales en las que se encuentran insertas las Universidades.

Cuidado del ambiente en la casa y el barrio. Manual para el Capacitador de Promotores de Salud Ambiental. Ministerio de Salud de la Nación (2010)

Este Manual procura asistir a quienes se encargarán de la formación elemental de Promotores de la Salud Ambiental y complementa el Manual “Cuidado del ambiente en la casa y el barrio”, también editado por el Ministerio de Salud de la Nación.

Ofrece dos alternativas para planificar la capacitación: un modo intensivo (en dos o cuatro días) y un modo extendido, en ocho reuniones semanales de dos horas.

En el transcurso de la capacitación, los participantes aprenden también a formular un proyecto de intervención, desde el diagnóstico del problema hasta la evaluación de impacto.

Cuidado del ambiente en la casa y el barrio. Manual del Promotor Ambiental. Ministerio de Salud de la Nación (2009)

Este Manual presenta algunos temas clave que afectan la salud ambiental de las familias, en especial de los niños. Son ellos: el aire, los alimentos, el agua, la basura y otros residuos, el barrio, la escuela, los animales en casa. Ofrece información general y específica acerca de por qué ciertas situaciones pueden afectarnos y de qué manera se puede mejorar la situación. Brinda también algunas pistas para descubrir si las prácticas relacionadas con esas cuestiones están poniendo en peligro la salud de las personas, y algunas herramientas hacer más eficaz la labor del promotor.

Estudio de las muertes de menores de 5 años en la Argentina -EMMA-. Ministerio de Salud de la Nación / UNICEF (2010)

Deshidratación/ diarrea en los niños. ¿Qué hacer?

Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de la diarrea para Equipos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación (2009)

Abuso sexual infanto-juvenil. Protocolo de abordaje y seguimiento para los Equipos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación (2007)

Se propone este protocolo a fin de facilitar la entrevista, la recolección de datos y el seguimiento en los casos de Abuso Sexual Infanto-Juvenil -ASIJ-. Un número mínimo de entrevistadores y de entrevistas, un examen correcto y completo, seguido de un registro adecuado, permiten evitar la re-victimización de los pacientes.

Recomendaciones para el sueño seguro del bebé. Material informativo para los equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación / UNICEF (2003)

Este material tiene como principal objetivo ampliar la información de los Equipos de Salud sobre la prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), también conocido como “muerte en cuna” o “muerte blanca”, que es la muerte inesperada de un niño menor de un año sin causa aparente.

Problemática sanitaria: “Nutrición”

Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación (2014)

El propósito de esta publicación es contribuir al mejoramiento de la salud y la nutrición de la población por medio de orientaciones para la atención clínica y el abordaje comunitario, como respuesta a la magnitud y extensión que la epidemia de obesidad presenta en nuestro país.

Consejería en hábitos alimentarios. Ministerio de Salud de la Nación (2013)

En nuestro país conviven dos tipos de problemas nutricionales, unos por exceso y otros por defecto. En este contexto, las Guías Alimentarias para la Población Argentina constituyen un recurso importante. Su objetivo principal es alentar el consumo de alimentos variados, corregir los hábitos alimentarios perjudiciales y reforzar aquellos adecuados para mantener la salud. Al mismo tiempo orientan al consumidor en la elección de alimentos sanos, propios de su cultura y en el aprovechamiento del presupuesto familiar, al aprender a comprar y combinar los alimentos de manera correcta.

Este manual se destina a todos aquellos que puedan cumplir una tarea educadora o multiplicadora de los mensajes para la Educación Alimentaria.

Guías Alimentarias para la Población Infantil. Consideraciones para los equipos de salud / Orientaciones para padres y cuidadores Ministerio de Salud de la Nación (2010)

La alimentación de un niño implica satisfacer sus requerimientos nutricionales y es, además, uno de los elementos primordiales para lograr su crecimiento y desarrollo armónico e integral como persona. Esta publicación ayuda al equipo de salud a acompañar este proceso, ser capaz de observar estos aspectos y reforzar las actitudes positivas, promoviendo comportamientos y prácticas adecuadas, y brindando el apoyo que cada familia necesita.

Alimentos consumidos en Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS- Ministerio de Salud de la Nación (2012).

El presente documento”- pretende profundizar en la descripción del perfil de consumo de alimentos por grupo etáreo de la población argentina, contribuyendo así al mejor conocimiento de hábitos y prácticas alimentarias.

Nutrición y embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los Equipos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación (2012)

El material desarrollado en este documento está orientado al personal obstétrico que atiende a mujeres embarazadas con el fin de mejorar la nutrición de este grupo poblacional tan vulnerable.

Situación de la Lactancia Materna en la Argentina, en 2010-. Ministerio de Salud de la Nación (2012)

El objetivo de este informe es difundir datos nacionales y jurisdiccionales sobre la prevalencia de la LM para monitorear el impacto de las acciones destinadas a promover

y proteger la LM tanto a nivel nacional como a nivel local.

Quiero amamantar a mi bebé... y que sea una hermosa experiencia! Ministerio de Salud de la Nación (2010)

Contenidos para hacer consejería sobre lactancia materna.

Lactancia materna y alimentación complementaria: oportuna, adecuada, variada y nutritiva. Ministerio de Salud de la Nación (2010).

Contenidos para hacer consejería sobre alimentación del niño a partir de los 6 meses.

La comida del bebé. Recetas y recomendaciones. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Contenidos para hacer consejería sobre alimentación del niño a partir de los 6 meses.

Quiero amamantar a mi bebé y seguir trabajando! Ministerio de Salud de la Nación (2010)

Contenidos para hacer consejería sobre lactancia materna y reinserción laboral.

Embarazo y nutrición. Ministerio de Salud de la Nación (2011)

Contenidos para hacer consejería sobre alimentación de la embarazada.

Estrategia Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Lineamientos para su implementación. Ministerio de Salud de la Nación (2013)

En distintos países del mundo, entre los que se cuenta la Argentina, se realizan importantes esfuerzos para promover y recuperar la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por alimentación complementaria a partir de esa edad y hasta los dos años o más. La "Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño", que aquí se presenta, constituye una nueva herramienta para el logro de este objetivo en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud.

Consejería en Lactancia Materna. Ministerio de Salud de la Nación (3ª ed., 2013)

El propósito de estas páginas es contribuir a capacitar a un voluntario o a un miembro del equipo de salud en habilidades de consejería básica en lactancia materna, y hacerle posible ofrecer a las madres bajo su responsabilidad el apoyo y el ánimo que necesitan para amamantar satisfactoriamente.

La alimentación de los niños menores de 2 años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS-. Ministerio de Salud de la Nación (2010)

Como parte de los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2005) este trabajo presenta aspectos puntuales de la alimentación de los niños y niñas argentinos de esa franja etaria entre los que se describe la ingesta de nutrientes, los patrones de lactancia y el consumo específico de alimentos de interés.

Curvas de crecimiento antropométrico de 0 a 6 años. Gráficos y percentilos, para niños y niñas: peso para la edad, longitud-estatura para la edad, Índice de Masa Corporal para la edad, perímetro cefálico para la edad; parámetros L, M y S; incremento de peso (gramos).

En octubre del año 2007 el Ministerio de Salud de la Nación adoptó, a través de la

resolución N° 1376, las nuevas curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destinadas al seguimiento y la atención de los niños y niñas en los primeros 6 años de vida. La presente publicación contiene una selección del conjunto de curvas del Estudio multicéntrico de la OMS sobre el patrón de crecimiento de 2006 para niños de hasta 5 años y de las curvas OMS/NCHS de 2007 para el segmento de 5 a 6 años

Patrón de crecimiento de niñas y niños hasta los 6 años. Patrones y tablas de consulta para la evaluación del estado nutricional. Ministerio de Salud de la Nación (2010)

La presente publicación contiene una selección del conjunto de curvas del Estudio Multicéntrico de Patrón de Crecimiento de la OMS de 2006 para niños de hasta 5 años y de las curvas OMS/NCHS de 2007 para el segmento de 5 a 6 años, adoptadas por el Ministerio de Salud de la Nación por medio de la Resolución N° 1376.

Manual de evaluación nutricional de niñas, niños y embarazadas. Ministerio de Salud de la Nación (2009)

Este manual reemplaza al “Manual metodológico de capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños” y presenta módulos educativos con una propuesta normativa sobre evaluación antropométrica y nutricional del niño menor de 6 años y de la embarazada, rehabilitación nutricional ambulatoria de ambos, educación alimentario-nutricional, y sobrepeso/obesidad. Incorpora las nuevas curvas antropométricas del Estudio Multicéntrico de Patrón de Crecimiento de la OMS.

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS- 2005. Documento de resultados. Ministerio de Salud de la Nación (2007)

Por primera vez, Argentina dispone de información precisa y representativa para el total del país, sus provincias y regiones geográficas, sobre aspectos relevantes para alcanzar un adecuado estado de salud y calidad de vida, tal como el estado nutricional de niños, niñas y mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil, su estado de salud -particularmente en relación con las enfermedades prevalentes en los niños y niñas o en aspectos de salud sexual y reproductiva en mujeres-, así como el acceso y cobertura de acciones y programas de salud y nutrición.

Manual de Procedimiento para Pesquisa Neonatal de Enfermedades Congénitas del Metabolismo. Ministerio de Salud de la Nación (2014).

Instructivo para la toma de muestras para Pesquisa Neonatal de Enfermedades Congénitas del Metabolismo. Ministerio de Salud de la Nación (2007).

Problemática sanitaria: “Neonatología”

Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud de la Nación (2001).

Pesquisa Neonatal Auditiva. Ministerio de Salud de la Nación (2005).

Considerando que la detección temprana de la hipoacusia es una medida muy eficaz desde el punto de vista de la prevención, se ofrece con este Manual una herramienta para optimizar la cobertura y calidad de la Pesquisa Neonatal Auditiva en todas las

jurisdicciones del país.

Recomendaciones para los Servicios de Neonatología ante el diagnóstico de Mielomeningocele (2013).

Elaboradas por el Grupo Asesor sobre Defectos Congénitos del Tubo Neural, integrado por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (Ministerio de Salud de la Nación); el Centro Nacional de Genética Médica (ANLIS); el Registro Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC); los Grupos de atención a pacientes con MMC de los siguientes hospitales: Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, de Niños Sor María Ludovica, de La Plata, General de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Prof. Dr. Alejandro Posadas, de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez e Italiano de Buenos Aires; y el Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP).

Recomendaciones para el traslado neonatal. Ministerio de Salud de la Nación (2ª ed., 2013)

La organización y administración del traslado neonatal forma parte de las estrategias nacionales para la disminución de la mortalidad neonatal. De allí la importancia de esta obra, que describe los recursos humanos, el equipamiento y los procedimientos a realizar antes y durante el traslado de los distintos tipos de paciente.

Regionalización de la atención perinatal. Documentos. Ministerio de Salud de la Nación (2012).

Regionalizar los servicios materno-perinatales implica desarrollar, un sistema de salud materno y perinatal coordinado en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de proveer atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilizar apropiadamente la tecnología requerida y emplear personal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable. Sobre el tema se presentan fundamentos, ventajas y experiencias destacables, en el mundo y en nuestro país.

Algoritmo de reanimación del recién nacido. Ministerio de Salud de la Nación (2012)

Problemática sanitaria: “Ginecología y Obstetricia”

Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud de la Nación, (2013)

Esta publicación, en la perspectiva de la promoción y prevención de la salud perinatal, presenta el estado actual de los procedimientos, prácticas y tecnologías de eficacia clínica comprobada. Es una ayuda para mejorar la calidad del trabajo que se realiza en el campo perinatal y sirve de base para la revisión de las normas que se aplican en los servicios de salud.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. Ministerio de Salud / UNICEF (2ª ed., 2011)

El modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF) constituye un paradigma de atención perinatal y fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de

salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS). En 2007 se publicó la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, en la que se explicita el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MCF y se detalla el proceso para alcanzarlo.

Se presenta ahora una nueva edición con nuevos aportes, como la incorporación de la estrategia ACoRN (Acute Care of the Risk Newborn o Cuidado Agudo del Recién Nacido de Riesgo) y de un enfoque intercultural.

Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires 2010.

Destinada a los equipos de salud que asisten a mujeres y recién nacidos, esta Guía enfatiza el concepto de Maternidades Centradas en la Familia, que surge con fuerza en todo el mundo a comienzos de este siglo. La óptima atención y el cumplimiento de los derechos de niños, niñas, madres y padres al desarrollo de un parto respetado, es el eje de este trabajo.

Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Msal/UNICEF. 2da edición Agosto 2007.

El modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF) constituye un paradigma de atención perinatal y fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS). En 2007 se publicó la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, en la que se explicita el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MCF y se detalla el proceso para alcanzarlo.

Se presenta ahora una nueva edición con nuevos aportes, como la incorporación de la estrategia ACoRN (*Acute Care of the Risk Newborn* o Cuidado Agudo del Recién Nacido de Riesgo) y de un enfoque intercultural.

Sobre Inmunizaciones:

<http://www.msal.gov.ar/pronacei/>

Bibliografía consultada

American Academy of Pediatrics (Section on Ophthalmology), American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy of Ophthalmology y American Association of Certified Orthoptists. *Exploración del reflejo rojo en recién nacidos, lactantes y niños.* Pediatrics (Ed esp). 2008; 66(6):400-3

Chokler Myrtha: *Desarrollo postural autónomo de Emmi Pikler, su incidencia en las prácticas en las instituciones infantiles.* Revista Ensayos y Experiencias N° 37, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas, 2001.

Colección Conjunciones, Editorial Noveduc, Bs.As. Marzo 2005.

Covas, MC; Alda, E; Medina, MS et al. *Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado.* Arch Argent Pediatr 2011;109(4):305-313

Falk, Judith: *Mirar al niño.* Bs.As., Ediciones Ariana, FUNDARI, 1997.

- Giberti, Eva: *Escuela para padres*. Buenos Aires, Página 12. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999.
- Guía para el seguimiento del niño sano*. 1ª edición. Buenos Aires. Ediciones Journal, 2007.
- Hospital de Niños de Bs. As. Ricardo Gutiérrez. División Promoción y Protección de la Salud *Guía de diagnóstico y tratamiento. Atención Pediátrica Primaria..* Ediciones 2002.
- Karol, Mariana: *La constitución subjetiva del niño*. En: *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*. Buenos Aires, Santillana, 1999.
- La supervisión de Salud del niño y del Adolescente*. Pontificia Universidad Católica de Chile. UNICEF. Editorial Mediterráneo 2000.
- Lejarraga H, Krupitzky S y col. *Guía para la evaluación del desarrollo en el niño menor de 6 años*. 1996
- Lejarraga H. Kelmansky D, Pascucci MC, Salamanca G, 2005
- Manzitti, Julio; Mansilla María C. *Descripción del caso presentado en el número anterior: Retinoblastoma*. Arch Argent Pediatr 2010; 108(3):255-257
- Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. *Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años. Módulo 1, 1er año de vida*. Programa Materno Infantil, 2004.
- Pikler, Emmi. *Moverse en libertad. Desarrollo de la motricidad global*. Madrid, Ed. Nancea, 1985.
- Prueba Nacional de Pesquisa- PRUNAPE*.
- Schelemenson, Silvia y otros. *El placer de criar, la riqueza de pensar*. Buenos Aires, Ediciones Noveduc.
- Schlemenson, Silvia: *Los chicos toman la palabra: estrategias para el desarrollo de la capacidad narrativa en niñas y niños pequeños* Buenos Aires, UNICEF, Oficina de Argentina, 1999.
- Sociedad Argentina de Pediatría, Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. *Guías para la evaluación del crecimiento*, 2001.
- Sociedad Argentina de Pediatría, Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria, *Manual para la Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes*. - FUNDASAP, 2010
- Spitz, R.: *El primer año de vida del niño*. Madrid, Aguilar. 1966.
- Szantò Feder, Agnes: *Los padres y la observación*. Revista La Hamaca N° 9. Buenos Aires, FUNDARI, 1998.
- Vigotsky, L. S. 1991: *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. México, Crítica Grijalbo, 1991.
- Vigotsky, L. S: *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires, La Pléyade, 1987.
- Wallon, Henri: *La importancia del movimiento en el desarrollo psicológico del niño*.
- O bien *Les origines du caractère* (Wallon 1934) - *L'évolution Psychologique de l'enfant* (Wallon 1941) - *De l'acte à la pensée* (Wallon 1942)
- Winnicott, D.: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona. España, Ed. Paidós, 1989.
- Zupan J, Garner P, Omari AAA. *Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento*. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2004, Issue 3.No: CD001057. DOI: 10.1002/14651858.CD001057.pub2.

República Argentina 
salud.gob.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación