

REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

2011

NORMAS DE ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ



**DIRECCIÓN DE
NORMATIZACIÓN DEL
SISTEMA NACIONAL DE
SALUD**

**NORMATIZACIÓN TÉCNICA
SALUD DE LA NIÑEZ**

AUTORIDADES

Dr. David Chiriboga Allnutt
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Mag. Jaqueline Silva R.
SUBSECRETARIA GENERAL DE SALUD

Dra. Angélica Andrade
SUBSECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (E)

Dra. Fátima Franco
SUBSECRETARIA DE SALUD COSTA-INSULAR

Dr. Juan Moreira
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dr. Washington Estrella Pozo
DIRECTOR DE NORMATIZACIÓN

Dr. Walter Torres Izquierdo
LÍDER DE SALUD DE LA NIÑEZ

Equipo técnico de salud de la niñez

Dr. Walter Torres Izquierdo

Dra. Marcia Brito M.

Ing. Lupe Orozco Ramos

Grupo técnico de revisión

Dr. Walter Torres
SALUD DE LA NIÑEZ

Dr. Eduardo Yépez
SALUD DE LA MUJER

Dr. Nelson Vásconez
PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSP.

Dra. Gioconda Gavilanes E.
SALUD DEL ADOLESCENTE

Dr. Enrique Aguilar
SALUD MENTAL

Dr. Luis Mejía
HOSPITAL GÍNECO – OBSTÉTRICO

Dra. Rocío Caicedo.
NUTRICIÓN

Dra. Nancy Vásconez
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Dra. Galud Pinto
SALUD BUCAL

Dra. Diana Molina
PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES

Dra. Andrea Molinari
SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Dr. Alex Albornoz
HOSPITAL GÍNECO – OBSTÉTRICO

Revisión final

Dra. Julia Palacios M.
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS

Dra. María Elena Acosta M
HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

Dr. Walter Torres
Ing. Lupe Orozco Ramos
SALUD DE LA NIÑEZ- MSP

INSTITUCIONES QUE PARTICIPARON EN LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

ASOCIACIÓN DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DEL ECUADOR (AFEME)
ASOCIACIÓN DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA DEL ECUADOR (ASEDEFE)
DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL
UNIVERSIDAD LAICA DE MANTA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE PORTOVIEJO I

Asistencia técnica

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -
OPS/OMS**

FONDO DE DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA -UNICEF



Ministerio de Salud Pública

No. 00000102

EL SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que: la Constitución de la República del Ecuador manda: “**Art. 32.** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenta el buen vivir.”;

Que: la misma Constitución ordena: “**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. ...”;

Que: la Ley Ibidem estipula: “**Art. 44.-** El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas;

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.”;

Que: la Ley Orgánica de Salud ordena: “**Art. 3.-** La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables;

Que: mediante Acuerdo Ministerial No. 10437, publicado en el Registro Oficial No. 957 de 15 de junio de 1988, se aprueban las “Normas Clínicas para el Fomento y Protección de la Salud Materno Infantil en Servicios Ambulatorios”;

Que: con Acuerdo Ministerial No. 3510 de 1 de noviembre de 1989, se deroga el Acuerdo Ministerial 10437 se aprueban las “Normas Clínicas para el Fomento y Protección de la Salud Materno Infantil en Servicios Ambulatorios”, las mismas que han sido reformadas y actualizadas por la Dirección Nacional de Fomento y Protección de la Salud. El artículo 3 del Acuerdo Ministerial 3510 deroga el Acuerdo Ministerial No. 10437, publicado en el

00000102



Ministerio de Salud Pública

Registro Oficial No. 957 de 15 de junio de 1988, sin embargo, este Acuerdo no fue publicado en el Registro Oficial tal como lo disponía el Art. 2 del mismo;

- Que:** la Dirección Nacional de Normatización ha reformado y actualizado las Normas de Atención Integral a la Niñez ya que es indispensable que en la ejecución de toda actividad en materia de salud, se cuente con normas precisas para mejorar la calidad de la prestación de servicios del grupo de menores de diez años;
- Que:** mediante memorando SNS-12-0038-11 de 12 de enero del 2011, el Dr. Washington Estrella, Director Nacional de Normatización del SNS solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial;

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR EN CONCORDANCIA CON EL ARTICULO 17 DEL ESTATUTO DE REGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA



ACUERDA:

- Art.1.-** Aprobar las "Normas de Atención Integral a la Niñez" para el fomento y protección de la salud infantil y de la niñez en atención primaria de salud, reformadas y actualizadas de acuerdo al criterio técnico de la Dirección Nacional de Normatización.
- Art.2.-** Deróganse expresamente los Acuerdos Ministeriales Nos. 10437 publicado en el Registro Oficial No. 957 de 15 de junio de 1988 y 3510 de 1 de noviembre de 1989.
- Art.3.-** De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Dirección General de Salud a través de sus dependencias respectivas.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE QUITO, a 09 FEB 2011

**Dr. DAVID CHIRIBOGA ALLNUTT
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**




Solicitado por: Dr. Washington Estrella
Revisado: Dr. Raúl Zambrano
Realizado por: Dra. EHC 
Trámite No: 12383
Fecha: 20/01/2011

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
PROPÓSITO	1
OBJETIVOS.....	1
1. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A (0 –28 DÍAS).....	3
1.1. Período preconcepcional y prenatal.....	3
1.2. Parto.....	4
1.3. Período natal.....	5
1.3.1. Atención inmediata del recién nacido/a normal.....	5
1.4. Atención del recién nacido/a en el alojamiento conjunto.....	9
1.4.1. Examen físico:.....	9
1.4.2. Antropometría.....	9
1.4.3. Determinación del estado nutricional.....	9
1.4.4. Exámenes de laboratorio.....	10
1.4.5. Prevención de la oftalmía bacteriana.....	10
1.4.6. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido/a.....	10
1.4.7. Transferencia al nivel asistencial adecuado.....	10
1.5. Atención Posterior en el Alojamiento Conjunto.....	10
1.6. Alimentación.....	11
1.6.1. Consejería en lactancia materna.....	12
1.7. Inmunización.....	14
1.8. Información y educación.....	14
1.9. Egreso del recién nacido/a.....	14
1.10. Alta precoz (antes de las 24 horas de edad).....	15
1.11. Visita domiciliaria.....	15
1.11.1. Población a visitar.....	15
1.11.2. Frecuencia de la visita.....	15
1.11.3. Aspectos a considerar durante la visita.....	16
1.12. Atención de la patología más frecuente del recién nacido/a.....	16
1.13. Infecciones intra-hospitalarias en el recién nacido/a,,,,,	16
1.13.1. Aspectos epidemiológicos de las IIH en la edad perinatal.....	17
1.13.2. Colonización e infección.....	17
1.13.3. Incidencia de las IIH en los recién nacidos.....	18
1.13.4. Factores de riesgo de IIH en el recién nacido.....	18
1.13.5. Medidas preventivas y políticas de control de las IIH en los neonatos.....	19
2. ATENCIÓN DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD.....	24
2.1. Registro de actividades en la atención.....	24
2.1.1. Anamnesis.....	25
2.1.2. Tamizaje de patología prevalente, estado nutricional y control de salud.....	25
2.1.3. Examen físico.....	25
2.1.4. Evaluación de crecimiento.....	26

2.1.5.	Evaluación del desarrollo sicomotor	29
2.1.6.	Exámenes de laboratorio	31
2.1.7.	Inmunizaciones	31
2.1.8.	Educación alimentaria nutricional (Esquema de alimentación)	33
2.1.9.	Estado y control de la Salud Bucal en niños y niñas de 1 a 4 años	35
2.1.10.	Prevención, detección y manejo del maltrato a los niños y niñas	38
2.1.11.	Los temas prioritarios deben abordar la difusión de los derechos de los niños/as, autoestima (documentos de salud mental), manejo de alcoholismo, drogadicción y educación sexual.....	38
2.1.12.	El trabajo debe realizarse con la participación de los niños/as, familia, escuela y comunidad. Algoritmo para la detección y el manejo del maltrato físico, psicológico/emocional y sexual.....	38
2.1.13.	.Examen visual	39
2.1.14.	Determinación de la agudeza auditiva.....	41
2.1.15.	Examen de la glándula tiroides.....	41
2.1.16.	Promoción y educación para la salud	42
2.1.17.	Visitas de seguimiento.....	43
3.	ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 5 A 9 AÑOS (ESCOLARES)	45
3.1.	Generalidades.....	45
3.1.1.	Recomendaciones generales	45
3.1.2.	Actividades en la atención.....	46
3.2.	Anamnesis.....	46
3.2.1.	La anamnesis debe ser realizada con enfoque de riesgo y visión biosicosocial. Se la sistematizará en los formularios SNS-MSP/HCU form. 028C/2010.	46
3.3.	Examen físico	47
3.3.1.	Evaluación del estado nutricional.....	47
3.3.2.	Evaluación del desarrollo sicomotor y emocional.....	47
3.3.3.	Examen visual	48
3.3.4.	Examen auditivo	48
3.3.5.	Determinación de la agudeza auditiva.....	48
3.3.6.	Examen de la glándula tiroides.....	48
3.3.7.	Atención de Salud Bucal	48
3.3.8.	Exámenes de laboratorio	49
3.3.9.	Inmunizaciones	49
3.3.10.	Promoción y educación para la salud	49
3.3.11.	Diagnóstico e intervención social.....	50
3.3.12.	Atención y tratamiento de la morbilidad intercurrente.....	51
3.3.13.	Promoción y vigilancia de la salud mental del escolar.....	51
3.3.14.	Actividades del equipo de salud, maestros, familia y comunidad.....	51
3.3.15.	Prevención de discapacidades	52
3.3.16.	Referencia y contrareferencia.....	52
3.3.17.	Visita domiciliaria	52
3.3.18.	Organización de grupos de pares.....	53
3.3.19.	Recomendaciones generales para las unidades educativas.....	53

4.	ESTÁNDARES, INDICADORES E INSTRUMENTOS, PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑEZ.....	55
4.1.	Estándares para el proceso de atención:.....	55
4.2.	Cuadro de estándares para la atención integral de salud de la niñez	56
4.3.	Indicadores y operacionalización de los estándares.....	57
4.3.1.	Estándar e indicador de entrada para la atención integral de salud de la niñez 57	
4.3.2.	Estándar e indicador de proceso para la atención de promoción, prevención y recuperación de salud de la niñez	58
4.3.3.	Estándar e indicador de salida para la atención de recuperación de salud de la niñez 61	
4.4.	Instrumentos e instructivos para recolección de información para monitorear los indicadores de estándares	62
4.4.1.	Estándar e indicador de entrada.....	62
4.4.2.	Estándar e indicador de proceso para la atención de promoción, prevención y recuperación	64
4.4.3.	Estándar e indicador de proceso para la atención de prevención y recuperación	66
4.5.	Estándar e indicador de proceso para la atención de recuperación.....	68
4.5.1.	Estándar e indicador de salida	72
5.	BIBLIOGRAFÍA	74
6.	ANEXOS.....	75

INTRODUCCIÓN

La salud de los niños y niñas constituye la primera prioridad de las autoridades del Estado y tiene como fin primordial alcanzar las condiciones óptimas del proceso biológico de crecimiento y desarrollo infantil.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador cumpliendo su rol rector de la salud y en el marco de las políticas, planes, programas, normas y protocolos tiene la responsabilidad de la revisión y actualización continua de las estrategias técnicas basadas en las últimas evidencias científicas, dentro del entorno de los determinantes social, económico, cultural y sanitario, que garanticen el derecho a una adecuada atención con equidad, universalidad y solidaridad a todos los niños y niñas ecuatorianos.

En este contexto, el Área de Salud de la Niñez de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública, presenta la “NORMA DE ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ”, para contribuir a mejorar la calidad de atención de los niños y niñas menores de 10 años.

Esta norma es producto del trabajo participativo y comprometido intra e interinstitucional de profesionales de instituciones relacionadas con la niñez, docentes universitarios, sociedades científicas y organismos de cooperación de varias disciplinas, que orienta a consolidar la integralidad en la atención.

Con este proceso se busca además que la Norma de Atención Integral a la Niñez, sirva como instrumento a los equipos básicos de salud del país, de la red del sistema nacional de salud, para garantizar eficientes niveles de calidad en la atención en salud a la población infantil y que se convierta en referente obligado de consulta para la atención primaria de la salud que conlleva a acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud.

PROPÓSITO

Mejorar la calidad de atención primaria de salud de la niñez para contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad infantil y al mejoramiento de las condiciones sociales, culturales y ambientales que aseguren las potencialidades para el desarrollo humano.

OBJETIVOS

1. Establecer estándares mínimos de la calidad de la atención primaria de salud de la niñez, en los servicios de la red del sistema nacional de salud.
2. Difundir principios básicos para la atención a la niñez entre las instituciones prestadoras de servicios, las formadoras de recursos humanos, las sociedades científicas y otras organizaciones afines de la sociedad.

CAPÍTULO PRIMERO



ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y RECIÉN NACIDAS

1. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A (0 -28 DÍAS)

El nacimiento es uno de los momentos más críticos en la vida del ser humano e implica un importante riesgo de morbilidad y de mortalidad, debido a:

- Hipoxia
- Enfriamiento
- Contaminación
- Traumatismos

El personal que va a atender al recién nacido/a, debe estar capacitado para su correcta atención. Previamente deberá conocer la información básica de la historia clínica materno-perinatal MSP-HCU.Form.051-2008, que es fundamental para la buena atención del recién nacido/a.

Para fomentar el nacimiento de niños/as sanos es necesario iniciar el cuidado en el período prenatal (*Norma y Protocolo Materno del MSP; Capítulo: Control Prenatal*)

1.1. PERÍODO PRECONCEPCIONAL Y PRENATAL

Es recomendable que en la etapa preconcepcional y prenatal, especialmente cuando se estima un riesgo (edad de la madre, situaciones epidemiológicas o clínicas), se ofrezcan indicaciones nutricionales, de factores de riesgo, medio ambientales, consejos para la práctica de sexo seguro, que evite el estado de portador de infecciones y recomendaciones para un control prenatal precoz y periódico, así como realizar pruebas y exámenes para determinar entre otras:

- VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS)
- IgM – IgG; STORCH
- Hipertensión arterial
- Anemia
- Uso de fármacos teratogénicos
- Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh
- Titulación de anticuerpos
- Elemental y microscópico de orina; cultivo de orina
- Proteinuria en tirilla
- Papanicolaou
- Frotis de secreción genital para gonococos
- Prueba específica para la detección de sífilis
- Prueba para detectar hepatitis B y Clamidia
- Determinación de TP, TTP, Plaquetas
- Determinación de Creatinina, Urea
- Detección de Diabetes Gestacional
- Cultivo ano-genital: 35 – 37 semanas de gestación
- Investigación de tuberculosis, hemoglobinopatías y cariotipo, cuando se requiera
- Incluir los estudios necesarios para descubrir trastornos específicos en poblaciones con perfiles epidemiológicos propios (cretinismo endémico, bocio)

Los casos que requieran atención en un nivel de mayor complejidad deben ser referidos. Los cuidados prenatales deben iniciarse con la primera consulta, tan pronto como se sospeche o compruebe el embarazo.

Toda mujer embarazada de bajo riesgo debe completar cinco controles prenatales (1 de diagnóstico y 4 de seguimiento), para el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la H.C Materna Perinatal MSP-HCU.Form.051-2008 (Anexo 1). En este formulario se verificará:

- Datos de identificación y generales de la madre
- Antecedentes
- Embarazo actual:
 - Nivel Mínimo Eficiente de Controles: CINCO
 - Uno en las primeras 20 semanas
 - Uno entre las 22 y 27 semanas
 - Uno entre las 28 y 33 semanas
 - Uno entre las 34 y 37 semanas
 - Uno entre las 38 y 40 semanas
 - Vacunación con DT y Anti rubeola (esquema de vacunación del PAI).
 - Vigilancia del incremento ponderal y tamaño fetal.
 - Patología y tipos de riesgo.
 - Control odontológico.
 - Preparación para la lactancia materna.
 - Preparación para el parto.

1.2. PARTO

Se registrará la atención al recién nacido/a MSP-HCU.Form.051-08 (Anexo 1)

- Sexo
- Peso al nacer
- Talla
- Perímetro cefálico
- Edad gestacional por examen físico
- Clasificación de peso para edad gestacional
- Apgar al 1' (minuto) y a los 5' (minutos)
- Reanimación respiratoria
- VDRL, si la madre tuvo positivo en este embarazo
- Examen físico
- Patologías
- Alojamiento conjunto
- Si se le refirió a hospitalización
- Si recibió BCG
- Grupo sanguíneo y Rh

Tomar en consideración que si el/a niño/a es clasificado en un casillero amarillo, MSP-HCU.Form.051-2008 está en una condición de alerta que requiere cuidado especial o referencia a un servicio de mayor complejidad.

1.3. PERÍODO NATAL

Se verificará la siguiente información del formulario MSP-HCU.Form.051-2008 (Anexo 1)

- Temperatura materna
- Edad gestacional
- Presentación
- Inicio de la labor del parto
- ¿Quién atendió el parto?
- ¿Quién atendió al recién nacido/a?
- Duración de la labor del parto en sus períodos de dilatación y expulsión
- Tiempo de ruptura de las membranas ovulares, así como el número de tactos vaginales realizados con las membranas rotas
- Características del líquido amniótico: cantidad, color, olor y aspecto
- Medicación administrada a la madre (oxitócicos, útero inhibidores, anestésicos, otros como narcóticos)
- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, al menos cada 30 minutos
- Complicaciones de la labor de parto
- Parto: espontáneo, fórceps y cesárea
- Muerte intrauterina

1.3.1. Atención inmediata del recién nacido/a normal

La recepción y /o reanimación del Recién Nacido requiere de ciertas, condiciones tanto del personal, como del lugar y su Equipamiento Básico para su atención

- El personal que atiende al niño/a debe obligatoriamente estar capacitado en reanimación cardiopulmonar neonatal y realizar las siguientes actividades:
 - Correcto lavado de manos y antebrazos con agua y jabón y si es posible con antisépticos;
 - Preparar un sitio apropiado cubierto con campos, sabanas o pañales calientes y limpios , en el mismo ambiente donde se atendió el parto , con una adecuada temperatura ambiental a más de 24 °C (ideal:28 °C);
 - Solo se aspira la boca y luego la nariz del bebé si tiene líquido meconial en forma suave y delicada, con perilla de caucho, la que se presionará antes de introducirla. Alternativamente se puede utilizar una sonda de succión 8 Fr. **No se debe hacer limpieza manual de la boca, ni expresión traqueal.**
 - Apego precoz: Colocación inmediata al pecho de la madre por un tiempo mínimo de tres minutos para que succione, lo que ayuda a la expulsión de la placenta, disminuye el riesgo de hemorragia post-parto y garantiza el inicio de una lactancia natural exitosa.
 - Pinzamiento, sección y ligadura del cordón:
 - Pince y corte el cordón umbilical con equipo estéril, cuando el cordón umbilical ha dejado de latir, manteniendo al niño/a a nivel del periné materno
 - La sección del cordón umbilical se efectuará a 3 cm. de su inserción abdominal
 - Realizar la ligadura con pinza de cordón, dos anillos de caucho u otro material adecuado; y
 - Pinzar inmediatamente en caso de:
 - Depresión respiratoria grave.
 - Enfermedad hemolítica por factor Rh.

- Sospecha de niño/a pletórico.
- Anestesia general de la madre.
- Registre en la HC Perinatal MSP-HCU.Form.051-2008 (Anexo 1)
- Mantener la homeostasis y evitar la pérdida de calor, mediante:
 - Secado inmediato (ideal con toalla estéril y calentada)
 - Mantener al recién nacido/a en un sitio abrigado con la temperatura ambiental adecuada (ideal 28 °C), siempre superior a 24 °C.
- Identificación del niño/a :
 - Llenar la tarjeta de identificación neonatal incluyendo: nombre completo e H.C de la madre, fecha y hora del nacimiento, sexo del RN y tipo de parto
 - Identificar al recién nacido/a mediante una pulsera en la muñeca o tobillo izquierdo en la que se escribirán con tinta indeleble los siguientes datos:
 - Nombre y apellidos completos de la madre
 - Número de la historia clínica materna
 - Sexo del niño/a con palabra completa: masculino o femenino
 - Sala y número de la cama de la madre
 - Fecha y hora del nacimiento (0-24h)
 - Tome la impresión del pie izquierdo del recién Nacido (huella plantar) y del dedo pulgar materno en la Historia Clínica de la madre como registro
 - Verificar la identificación en las siguientes circunstancias:
 - Traslado de pieza o sala
 - Aseo o separación del niño/a de su madre
 - Al entregar al niño/a a su madre
 - Al momento del alta
 - Al realizar cualquier procedimiento o examen
- Valoración de Apgar

Evaluar el estado vital del recién nacido/a mediante la puntuación de Apgar al 1' y a los 5' (minutos) de vida y registrar los puntajes de cada uno de los parámetros y el total en el formulario MSP-HCU.Form.051-2008 y form.016/2010 (Anexo 1 y 2).

La valoración de APGAR no debe ser utilizada como criterio para iniciar maniobras de reanimación, la misma que se inicia según algoritmo por la presencia de una de las cinco preguntas iniciales

 - Si el/a niño/a respira y llora vigorosamente antes del primer minuto y continúa así a los cinco minutos, se le considera un recién nacido no deprimido y seguramente el puntaje de Apgar será igual o mayor que 7.
 - El puntaje bajo, al 1º minuto, indica la condición en ese momento, mientras que a los 5 minutos es útil como indicador de la efectividad de las maniobras de reanimación.
 - En el caso del RN con depresión, a más de la evaluación del APGAR al minuto 1º y 5º de vida, se debe repetir a los 10 y 20 minutos y/o hasta que el RN se recupere.
- Reconocer precozmente los signos de adaptación deficiente:
 - Esfuerzo respiratorio: quejido, retracción y taquipnea
 - Color y llenado capilar: palidez y cianosis
 - Sistema cardío vascular: bradicardia, ausencia de pulso o latido
 - Temperatura: hipotermia

VALORACIÓN DE APGAR

Puntaje Parcial	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	No Hay	Lenta menos de 100	100 o más
Esfuerzo Respiratorio	No hay o no respira	Llanto débil, respira mal	Llanto vigoroso
Tono Muscular	Flácido	Algo de flexión de extremidades	Movimientos activos, buena flexión
Irritabilidad o respuesta a la Estimulación	No reacciona	Mueca, succión o algo de movimiento ante estímulo de aspiración	Tos o estornudo, llanto. Reacciona defendiéndose
Color de la piel	Pálido o cianótico	Pies o manos Cianóticas	Completamente Rosado

Fuente: Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg. 1953; 32: 260-267.

El puntaje final de Apgar se obtiene de la suma de los valores parciales (0, 1 ó 2), asignados a cada uno de los 5 signos descritos.

INTERPRETACIÓN

Valor Apgar al 1'	Estado del Recién Nacido/a
De 0 a 3	Severamente deprimido (asfixia severa)
De 4 a 6	Moderadamente deprimido (asfixia moderada)
De 7 a 10	No deprimido, NORMAL

Fuente: Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg. 1953; 32: 260-267.

- Tamizaje o Screening Metabólico
 - Realizar en lo posible tamizaje metabólico neonatal, especialmente para detección de hipotiroidismo congénito.
- Disminuir maniobras y estímulos agresivos
 - **No realizar aspiración de rutina en oro y rinofaringe en el recién nacido/a vigoroso/a.** Si fuere necesario, no realizar la aspiración con maniobras bruscas ni prolongadas para evitar el estímulo vagal que puede ocasionar espasmo laríngeo, bradicardia y apneas.
 - Evitar estímulos intensos luminosos, sonoros, mecánicos u otros.
 - Realizar aspiración y lavado gástrico, sólo si el líquido amniótico es meconial o hemorrágico y cuando se hayan estabilizado las funciones cardio-respiratorias.

- Detectar malformaciones congénitas evidentes
 - Observar en la inspección e informar a la madre y referir o realizar el tratamiento adecuado, según el caso.
- Rotulación de la cama / incubadora

Colocar la tarjeta del recién nacido/a en la cama de la madre o en la incubadora. Esta tarjeta se entregará a la madre el momento del alta y deberá incluir los siguientes datos:

Anverso:	<p>Nombres y apellidos de la madre.....</p> <p>Sala..... .. Cama N°..... Historia Clínica N°.....</p> <p>Fecha de nacimiento:..... Hora:.....</p> <p>Sexo:..... Tipo de parto:.....</p> <p>Atendido por:</p>
Reverso:	<p>Apgar 1'.....5'</p> <p>Peso:.....Talla:.....</p> <p>PC:.....E.G:.....</p> <p>Problemas:</p> <p>Transferido a:</p>

1.4. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO

1.4.1. Examen físico:

- Realizar examen físico completo dentro de las dos primeras horas de vida.
- Evaluar la edad gestacional mediante la valoración de Capurro Somático y Somato neurológico.
- Verificar la permeabilidad ano-rectal (tomar temperatura rectal).

CAPURRO SOMATICO					
FORMA DE LA OREJA	CHATA, DEFORME, PABELLON NO INCURVADO 0	PABELLON PARCIAL INCURVADO, BORDE SUPERIOR 8	PABELLON INCURVADO, BORDE SUPERIOR 16	PABELLON INCURVADO 24	Edad Gestacional I = (204 + Total Puntaje) / 7 TOTAL PUNTAJE
TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA	NO PALPABLE 0	PALPABLE. MENOS DE 5 mm 5	PALPABLE. ENTRE 5 - 10 mm 10	PALPABLE. MAS DE 10 mm 15	
FORMACION DEL PEZON	APENAS VISIBLE. SIN AREOLA 0	DIAMETRO MENOS DE 7,5 mm. AREOLA LISA Y CHATA 5	DIAMETRO > 7,5 mm. AREOLA PUNTEADA. BORDE NO LEVANTADO 10	DIAMETRO > 7,5 mm. AREOLA PUNTEADA. BORDE LEVANTADO 15	
TEXTURA DE LA PIEL	MUY FINA. GELATINOSA 0	FINA. LISA 5	MAS GRUESA. DESCAMACION SUPERFICIAL DISCRETA 10	GRUESA. GRIETAS SUPERFICIALES. DESCAMACION PROFUNDAS, APERGAMINADAS 15	
PLIEGUES PLANTARES	SIN PLIEGUES 0	MARCAS MAL DEFINIDAS MITAD ANTERIOR 5	MARCAS DEFINIDAS MITAD DOS TERCIO ANT. 10	SURCOS EN LA MITAD ANTERIOR 15	
					GRUESA. GRIETAS PROFUNDAS, APERGAMINADAS 20

Valdés Armenteros R, Reyes Izquierdo D. Examen Clínico del Recien Nacido. Editorial Ciencias Médicas, 2010.

1.4.2. Antropometría

Tomar peso, talla, perímetro cefálico, e índice de masa corporal cuyos datos se registrarán en el formulario SNS-MSP/HCU. form 016/2010 (Anexo 2)

1.4.3. Determinación del estado nutricional

Determinar el estado nutricional y clasificar al recién nacido/a por peso al nacer para la edad gestacional y estimar el riesgo de mortalidad neonatal.

Utilizar gráfica de curva patrón de peso/edad gestacional, incluida en el formulario SNS-MSP/HCU. form 016/2010 (Anexo 2)

1.4.4. Exámenes de laboratorio

Se realizará según criterio profesional, necesidades del recién nacido y disponibilidad del servicio. (Los parámetros de referencia normal, deberá solicitar al laboratorio que lo realice, porque dependen de la metodología que aplica cada laboratorio).

Para detección de patología, se debe realizar exámenes de:

- SANGRE: Hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, glicemia, urea, creatinina, bilirrubinas, Proteína C Reactiva (PCR) velocidad de sedimentación, determinación de grupo y factor, sodio y potasio.
- ORINA: Elemental y microscópico y gram en gota fresca
- Heces: Coproparasitario y polimorfonucleares y sangre oculta en heces

1.4.5. Prevención de la oftalmía bacteriana

Realizar profilaxis ocular con ungüento o colirio oftálmico que contenga antibiótico exclusivamente (oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%). Debe aplicarse máximo una hora después del nacimiento para que sea eficaz.

1.4.6. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido/a

Administrar 1 mg. intramuscular de vitamina K1 en el muslo derecho (cara antero–externa, en el tercio medio) por una sola vez en el RN a término; en el RN con peso menor a 2000 gm administrar 0,5 mg.

1.4.7. Transferencia al nivel asistencial adecuado

Según problemas relacionados a:

- Edad gestacional.
- Estado nutricional.
- Adaptación respiratoria y térmica.
- Patología congénita.
- Sospecha de infección.
- Trauma.

1.5. ATENCIÓN POSTERIOR EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO

El recién nacido/a debe permanecer siempre junto a su madre. El personal que le atiende debe lavarse las manos y antebrazos con agua y jabón antes de examinar a cada niño/a.

Realizar las siguientes actividades:

- Examen físico completo y registro de datos en la historia clínica: auscultación cardio-pulmonar, palpación abdominal, examen de caderas (maniobra de Ortolani) (Anexo 3), verificar diuresis y eliminación de meconio.
- Realizar la exploración neurológica, mediante estimación del tono muscular, posición y actividad espontánea: reflejos (succión, deglución, moro, aprehensión palmar y plantar), pares craneales (examen pupilar, reflejo óculo palpebral y cócleo palpebral).
- Bañarle con agua y jabón **entre las cuatro y seis horas de vida y cuando la temperatura del niño/a se haya estabilizado**. Se realizará este procedimiento inmediatamente después del nacimiento, únicamente cuando el líquido amniótico sea purulento o fétido.

- Vestir al recién nacido/a: el tipo y cantidad de ropa a utilizar estará condicionado a la temperatura ambiental y a los procedimientos de enfermería vigentes.
- Colocar al recién nacido/a en la misma cama de su madre en decúbito dorsal y sin restringir los movimientos libres en un plano inclinado con la cabecera más alta que los pies.
- Registrar la temperatura axilar, cada ocho horas y cuando se considere necesario.
- Realizar examen de Grupo sanguíneo y factor Rh, en los establecimientos que lo permitan.
- Vigilar la actividad y el estado general del niño/a.
 - La madre y el personal del equipo de salud deben reportar inmediatamente al médico, la presencia de cualquier alteración, especialmente las siguientes:
 - Vómito mucoso, abundante y repetido, bilioso o hemorrágico
 - Compromiso del estado general.
 - Irritabilidad exagerada, llanto estridente.
 - Ojos permanentemente abiertos.
 - Temblor, contracciones musculares o convulsiones, hipo o hipertonía
 - Palidez acentuada o cianosis generalizada.
 - Ictericia.
 - Frecuencia respiratoria menor que 40 o mayor que 60 por minuto.
 - Dificultad respiratoria: quejido, aleteo nasal, retracción torácica y cianosis peribucal.
 - Hemorragias de tubo digestivo, cordón umbilical, piel, etc.
 - Chupeteo de labios y/o lengua.
 - Movimientos oculares anormales. Parpadeo repetido.
 - Hipertermia (más de 37°C. axilar) o Hipotermia (menos de 35.5°. axilar).
 - Mala succión.
 - Letargía
 - Ausencia de evacuación de orina o meconio por más de 24 horas.
 - Abombamiento de la fontanela.
 - Enrojecimiento del ombligo que se extiende a la piel del abdomen.
 - Pústulas de la piel.
 - Se hará la visita para examinar al niño/a por la mañana y la noche y cuando el caso lo amerite. Durante la visita se revisará el reporte diario realizado por enfermería y registrado en la historia clínica, respecto de la evolución del estado general del niño/a y de las acciones desarrolladas durante su respectivo turno.
 - Si el recién nacido/a durante su estadía en el servicio de salud presenta cualquier signo patológico, se le atenderá de inmediato y, si las condiciones del servicio no lo permiten, se le referirá a un servicio de mayor complejidad.
 - En el recién nacido/a patológico se emplearán los procedimientos correspondientes para solucionar los problemas específicos que constan en la Norma y Protocolo Neonatal del MSP.

1.6. ALIMENTACIÓN

La lactancia materna debe ser inmediata (dentro de los 30 minutos después del parto), exclusiva, mandatoria y a libre demanda. Todo el personal de salud participará en el fomento de la lactancia materna.

La permanencia del niño/a junto a su madre es beneficiosa en cuanto favorece la lactancia materna y contribuye a la integración bio-sicosocial del niño/a y de la madre, asegurando su interacción afectiva desde el nacimiento.

1.6.1. *Consejería en lactancia materna*

El contacto temprano entre madre e hijo tiene efectos beneficiosos sobre la lactancia además de otros importantes beneficios.

Recomendaciones para una buena lactancia y solución de los problemas. Contraindicar el uso de prelacteales (aguas glucosadas u otras) y/o biberón.

La consejería estará orientada a la lactancia materna exitosa, que incluya una adecuada técnica (agarre y posición), identificación de problemas y solución de los mismos, que garantice la lactancia exclusiva hasta los 6 meses a libre demanda y, a partir de esta edad, la alimentación complementaria hasta los dos años.

El personal de salud debe escuchar, observar, negociar y enseñar a la madre:

- Que debe estar cómoda, sentada o acostada; y,
- La posición correcta del niño/a:
 - La cabeza del niño/a debe descansar en el pliegue del codo, la espalda y nalgas deben estar sostenidas en el antebrazo y mano de la madre.
 - El mentón debe tocar el seno de la madre.
 - El ombligo del niño/a debe estar en contacto con el abdomen de la madre.
 - La madre debe sostener el seno con la otra mano abierta en forma de “C”.
- Enseñar a la madre como favorecer que el/a niño/a agarre bien el seno:
 - Estimular tocando los labios del niño/a con el pezón.
 - Esperar hasta que el/a niño/a abra bien la boca.
 - Mover al niño/a rápidamente hacia el seno y cerciorarse de que el/a niño/a agarre en su boca el pezón y la areola.
 - Que se vea más areola por arriba de la boca del niño/a que por debajo de la misma.
- Orientación para la lactancia:
 - A libre demanda, cada vez que el/a niño/a pida.
 - Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
 - Debe lactar secuencialmente de los dos senos.
 - Técnicas para extracción y almacenamiento de la leche.

TODO SERVICIO DE SALUD DEBE CONOCER Y APLICAR LA POLÍTICA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA Y LOS 10 PASOS HACIA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

POSICIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

AGARRE ADECUADO



AGARRE DEFICIENTE



Para comodidad del RN y de la madre, aconsejar las siguientes posiciones:

SENTADA



ACOSTADA



GEMELOS
(POSICIÓN DE SANDÍA)



LOS 10 PASOS DE UNA LACTANCIA EXITOSA (OMS/UNICEF)

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacido deben conocer y aplicar la política nacional de lactancia materna y los 10 pasos para una lactancia materna exitosa:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de poner en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño/a y como mantener la lactancia incluso si han separado de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén indicados medicamente.
7. Facilitar la cohabitación de las madres durante las 24 horas del día
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños/as alimentados al pecho tetina o chupetes artificiales.

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

1.7. INMUNIZACIÓN

Se debe administrar vacuna BCG · después de las primeras 24 horas del nacimiento. La técnica, dosis y contraindicaciones de esta vacuna están descritas en forma amplia en el *Manual de Normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI-MSP* y de manera resumida en la tabla del literal 2.1.6 de este documento.

En las regiones consideradas de riesgo para la incidencia de hepatitis B, todo recién nacido/a recibirá la primera dosis de vacuna anti hepatitis B.

1.8. INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN

Es obligatorio informar y educar a la madre o cuidadoras/es acerca del manejo y estado del niño/a, instruir sobre vacunaciones, incentivar la relación madre-hijo-familia e iniciar la estimulación del desarrollo sicomotor, motivándoles a que concurren a la unidad de salud para control periódico de su hijo/a.

1.9. EGRESO DEL RECIÉN NACIDO/A

Para el egreso o alta del recién nacido/a en apariencia sano/a, luego de 24 horas del nacimiento, debe reunir las siguientes condiciones:

- Completar la historia clínica: diagnósticos finales y condición del recién nacido/a al alta (SNS-MSP/HCU-Form. 016/2010) (Anexo 2).
- Examen clínico al alta: obligatorio y realizado en presencia de la madre.
- Verificar que el peso del niño/a sea superior a 1.800 gramos y la ausencia de patología que requiera hospitalización.
- Pérdida inicial de peso inferior al 10%.
- Vacunación BCG, si no hay contraindicación.
- Actitud y destreza materna adecuadas para el manejo del niño/a.
- Si el examen clínico es anormal, se valorará y se tomarán las medidas que el caso lo requiera y para el egreso se debe verificar:
 - La identificación del niño/a y de su madre.
 - Completar la historia clínica.
- Indicaciones
 - Completar las acciones concernientes al cuidado del niño/a en el hogar y las que se refieran a fomentar: la lactancia materna, la higiene individual y en particular los cuidados del ombligo por la posibilidad de infección por tétanos y otras bacterias.
 - Contraindicar el uso de ombligueros y fajas.
 - Llenar y entregar el Carné de Salud Infantil y la tarjeta de identificación del recién nacido/a.
 - No recomendar el uso de talcos, aceites, cremas o lociones en el recién nacido/a.
 - Motivar e indicar a la madre o cuidadores/as sobre la importancia del afecto y la estimulación sicomotora (Anexo 4).
 - Incentivar a la madre o cuidadores/as para que concurren con el/la niño/a a la unidad de salud más cercana para control periódico. La primera consulta obligatoriamente debe realizarse dentro de la primera semana de vida.
 - Recomendar a la madre o cuidadores/as que concurren inmediatamente a la unidad de salud si es que el/la niño/a presenta cualquier signo de peligro

(signos de peligro en general para niños de una semana a dos meses de edad: AIEPI o Carné de Salud Infantil).

- Indicar la inscripción del nacimiento en el Registro Civil. Las normas para el registro vital de nacimientos son las establecidas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y, se debe insistir en que se lo haga inmediatamente o dentro del primer mes de vida.

1.10. ALTA PRECOZ (ANTES DE LAS 24 HORAS DE EDAD)

Se dará este tipo de alta únicamente en los niños/as que reúnan las siguientes condiciones:

- Embarazo y parto sin complicaciones.
- Ausencia de factores de riesgo perinatal.
- Parto vaginal eutócico, cefálico y único.
- Buena condición al nacer: APGAR mayor que 7 al 1' y a los 5'.
- Recién nacidos/as a término (37-41 semanas).
- Signos vitales estables por 12 horas antes del alta.
- Buena succión.
- Sin evidencia de ictericia ni isoimmunización Rh (tipificación y Hematocritoo).
- Examen físico normal al alta.
- Ausencia de signos neonatales de alarma.
- Servicio que disponga de personal para realizar visita domiciliaria.

1.11. VISITA DOMICILIARIA

El objetivo es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal.

1.11.1. Población a visitar

- Recién nacidos/as cuyos hogares fueron visitados en la etapa del embarazo y que fueron calificados como familia en riesgo.
- Recién nacidos/as, cuyas madres durante el puerperio muestren una actitud inadecuada hacia su hijo/a o tengan una valoración socio-económica excluyente.
- Recién nacidos/as calificados como de mayor riesgo, según pautas clínicas y de evolución.
- Problemas relacionados con la lactancia.
- Niños/as con alta precoz.

1.11.2. Frecuencia de la visita

La visita se realizará dentro de la primera semana inmediata al egreso en todos los casos indicados anteriormente. En los recién nacidos/as referidos para visita o que no hayan acudido a la consulta, la visita domiciliaria deberá realizarse lo más precozmente y, en todo caso, dentro del período neonatal (antes de los 28 días de vida).

La visita posterior dependerá del resultado de la evaluación de riesgo y será realizada por personal auxiliar capacitado o por personal profesional en casos seleccionados.

1.11.3. Aspectos a considerar durante la visita

- Verificación de la inscripción en el Registro Civil.
- Examen del recién nacido/a según normas y procedimientos.
- Relación entre ambiente familiar y recién nacido/a, (estímulo, cariño y aceptación).
- Nutrición de la madre.
- Fomento e indicaciones para la lactancia materna. Si existen problemas, aconsejar sobre las técnicas de amamantamiento y cuidados de las mamas.
- Orientación en buenos hábitos higiénicos, personales y ambientales.
- Medidas para prevenir enfermedades.
- Importancia de la captación e inscripción del recién nacido/a en la unidad de salud del área respectiva.
- Importancia de la periodicidad de las consultas y entrega de cita.
- Importancia de la vacunación en el primer año de vida.
- Orientación sobre estimulación temprana.

1.12. ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE DEL RECIÉN NACIDO/A

Si el recién nacido/a presenta patología, revisar la Norma y Protocolo Neonatal del MSP.

1.13. INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS EN EL RECIÉN NACIDO/A^{1,2,3,4, 5,6.}

Las infecciones intra-hospitalarias (IIH) en el Recién Nacido (RN), son el resultado de la contaminación por bacterias en el hospital y son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatales.

En el RN las infecciones tienen características propias, diferentes a las de cualquier edad, tanto por las condiciones inmunológicas de los pacientes, como por sus mecanismos de contagio.

Las manifestaciones clínicas son generalizadas y casi siempre graves, por lo que hay que estar alerta ante cualquier signo de sospecha de infección para tomar las medidas adecuadas.

¹ Jarvis WR Robles B, Nosocomial Infections in patients. *Adv Pediatr Infect Dis* 1996; 12: 243-295

² Philip AGS. The changing face of neonatal infection: experience at a regional medical center. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13:1098-1102

³ Isaacs D Barfield CP, Grimmwood K, McPhee AJ, Minutillo C, Tudehope DI. Systemic bacterial and fungal infections in infants in Australian neonatal units. *Med J Aust* 1995; 162: 198-201

⁴ Stoll BJ, Gordon T, Korones SB, Shankarans S, Tyson JE, Bauer CR et al. Late-onset sepsis in very low birth weight neonates: a report from the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research network. *J Pediatr* 1996; 129: 63-71

⁵ Bologna R, Andion E, Paganini H, Aguirre C, Soto A, Casimir L, et al. Costo-benefit Analysis of the prevention of central venous Catheter Associated Bloodstream Infections in a Pediatric Hospital, *abstracts. INT J Infect Dis* Cancú 2004, p.141

⁶ Mendivill C; Egues J, Polo P, Ollaquindia P, Nuin MA, Del Real C. Infección nosocomial, vigilancia y control de la infección en neonatología. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona. San Navarra* 2000, Vol 23 Supl. 2: 177-184.

La IIH representa un desafío creciente en los Servicios de Neonatología, un problema siempre presente que lejos de haber sido solucionado o aminorado, ha ido aumentando y haciéndose más complejo. Por un lado, se atiende a niños cada vez más inmaduros que son especialmente vulnerables a los gérmenes, y por otro lado, se utilizan procedimientos tecnológicos avanzados, que son en muchas ocasiones nuevas fuentes de entrada para las infecciones.

La utilización de catéteres, alimentación parenteral, la asistencia respiratoria, el tratamiento farmacológico, la utilización de procedimientos invasivos, tanto diagnósticos como terapéuticos, han dado lugar a un fenómeno propicio para la invasión bacteriana, que junto con un huésped inmunológicamente deprimido, le da una característica especial a los Servicios Neonatales.

1.13.1. Aspectos epidemiológicos de las IIH en la edad perinatal

Las IIH en edad perinatal tienen aspectos únicos:

- Durante el parto y el posparto inmediato, los niños experimentan su contacto o primer encuentro con los microbios. Hasta el parto los RN no tienen una flora endógena y pueden contraer cualquier organismo al que se les exponga. La flora de la piel y mucosas reflejan la flora del tracto genital materno y la del ambiente de la Sala de Partos. Por lo tanto, es importante la prevención de las infecciones a este nivel, para facilitar el desarrollo de una micro flora inocua que minimice la transmisión de patógenos activos.
- La inmadurez inmunológica de los RN, especialmente de los prematuros y la frecuencia de procedimientos invasivos en las UCIN (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales), conllevan una mayor susceptibilidad para las infecciones tanto endémicas como epidémicas.
- Las infecciones que resultan de la colonización en la unidad, pueden ocurrir tanto durante como después de la hospitalización, particularmente en RN sanos a término, cuya estancia en el hospital es breve. Por lo tanto, una completa vigilancia de las infecciones hospitalarias necesitaría un seguimiento después del alta.
- La identificación de la causa de infección que se da en neonatos, puede ser complicada por la dificultad de diferenciar entre la adquisición de gérmenes potencialmente patógenos, intraparto o posparto. Por ejemplo: la infección tardía por el Streptococo del grupo B, que puede ser consecuencia de la colonización durante el parto o posparto transmitido por la madre, puede también pasar de niño/a a niño/a (vía manos del personal), o puede ser transmitido del personal trabajador infectado.

1.13.2. Colonización e infección

En los RN tanto la colonización como la infección son acontecimientos hospitalarios. Sin embargo, la vigilancia y control de la infección, necesitan determinar una diferenciación entre colonización e infección.

La colonización denota la presencia de flora microbiana de piel o membranas mucosas, mientras que la infección se refiere a invasiones locales o sistémicas de microorganismos con sus consecuentes manifestaciones clínicas.

La mayoría de las infecciones que se desarrollan durante las primeras 48 horas, no son adquiridas en el Servicio de Neonatología, y se consideran de transmisión vertical. Aquéllas que aparecen después de este intervalo de tiempo sí serán el resultado de un contagio en el Servicio y serán consideradas como IIH, pudiendo además haber sido evitadas con medidas de prevención.

Existen, por otra parte, infecciones neonatales de aparición tardía, producidas por gérmenes adquiridos intraútero, o por vía transplacentaria como ocurre con la enfermedad por Citomegalovirus o con la Toxoplasmosis. Estas enfermedades no son consideradas nosocomiales aunque las manifestaciones clínicas ocurran varios días después del nacimiento, incluso después de la primera semana.

Por último, también se consideran IIH las que aparecen durante las 48 horas siguientes al alta hospitalaria en neonatos que han estado hospitalizados.

1.13.3. Incidencia de las IIH en los recién nacidos

Las definiciones del Centros de control de enfermedades (CDC) de Estados Unidos, las más aceptadas y habitualmente empleadas por la comunidad científica, consideran nosocomiales a las infecciones que se adquieren al nacer como resultado de paso por el canal del parto, pero no a las contagiadas por vía transplacentaria.

Las infecciones nosocomiales (IIN) son ocasionadas por la flora intrahospitalaria y en ocasiones condicionadas por la microbiota del personal de salud y del mismo paciente. Estas infecciones aumentan las estadías intrahospitalarias con un efecto en el incremento de los gastos en las unidades de salud.

Las infecciones nosocomiales constituyen la principal causa de sepsis neonatal de inicio tardío entendiéndose como tal a aquellas cuyas manifestaciones surgen a las 48 horas.

La incidencia de infecciones hospitalarias en los RN ingresados en Neonatología, especialmente en la UCIN, es mucho más alta que la de cualquier otra área del hospital y alcanza tasas de un 20-30%

Las infecciones intra-hospitalarias son relativamente poco frecuentes en RN a término, que están con sus madres en las maternidades, en estos casos las infecciones suelen afectar a la piel y están producidas por *Staphylococcus aureus* o *Cándida*.

En nuestro país no se ha precisado el agente etiológico común, sin embargo en la literatura internacional, se menciona que el más frecuente es el *Estafilococo Cuagulasa Negativa (SN)*. Afecta sobre todo al recién nacido con peso al nacer inferior a 1500 gramos y es responsable de alrededor de 60% de IIN en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Las infecciones nosocomiales por SN suelen presentarse durante la 2da o 3ra semana de vida y se relaciona con la presencia de catéteres intravasculares y con la infusión de emulsiones lipídicas en la alimentación parenteral.

1.13.4. Factores de riesgo de IIH en el recién nacido

- Factores ecológicos
- La colonización bacteriana ocurre en el canal del parto y continúa en el RN. Lo ideal sería conseguir una colonización por gérmenes saprofitos que inhiban el crecimiento de otros gérmenes patógenos.
- Se recomienda secar al niño/a en la sala de partos para que no pierda calor y después lavarle.
- Procedimientos invasivos
- Los catéteres umbilicales o centrales son un factor de riesgo de IIH, así como los trócares (de toracocentesis o paracentesis), las sondas, etc.
- La intubación endotraqueal incrementa la tasa de colonización en las vías respiratorias bajas, dando lugar a mayor incidencia de neumonías y sepsis.
- La ventilación mecánica produce alteraciones en el tracto pulmonar que se correlacionan con la presencia posterior de infección.
- Fluidoterapia y tratamiento intravenoso.

- La administración de fluidos y nutrición parenteral son factores de riesgo por sí mismos, por la presencia de catéter y por la adición de lípidos.
- En cuanto a tratamientos, al surfactante, se le asoció con IIH, pero en la actualidad esta eventualidad está en entredicho. Recientemente se está confirmando que la dexametasona incrementa las infecciones en los niños de muy bajo peso. No se ha encontrado diferencias significativas en la incidencia de Enterocolitis necrotizante y/o sepsis entre los pacientes que reciben indometacina y los que no la reciben.
- Factores ambientales.
- El personal y familias pueden ser portadores de enfermedades.
- Para las visitas a la UCIN, no hay justificación de mantener cerradas estas Unidades para los familiares, aunque puede haber situaciones en las que no sean recomendables las visitas, como en enfermedades contagiosas de los familiares o de enfermos en situación de aislamiento.
- Características del paciente
- Los principales factores de riesgo son la prematurez y el bajo peso al nacimiento. Ambos factores condicionan una mala respuesta inmunológica ante los agentes y las estancias prolongadas en el servicio.

1.13.5. Medidas preventivas y políticas de control de las IIH en los neonatos.

- Sobre los factores ecológicos
 - Conocimiento de las tasas de infecciones en el servicio, estableciendo de forma conjunta con Microbiología y Epidemiología, las tasas de infecciones por días de estancia, los procedimientos, etc. para lo cual es importante la recogida de todos los datos.
 - Identificación rápida de los brotes epidémicos por tipo de germen y con criterios epidemiológicos y estadísticos.
 - Medidas frente a colonización patógena como la profilaxis ocular, de la piel y el cordón umbilical.
 - Utilización correcta de antibióticoterapia.
- Sobre procedimientos invasivos
 - Medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres y en la administración de medicación a través de ellos.
 - Medidas de asepsia en otros procedimientos invasivos (punciones, etc.).
 - Uso de material de un solo uso (circuitos de respirador, nebulización etc.).
 - Limpieza primero y después de desinfección en el Servicio de Esterilización del material quirúrgico empleado en los procedimientos diversos (material de cánulas, válvula espiratoria del respirador, sensor de flujo del respirador, etc.).
 - Puesta al día, de forma periódica en la política antiséptica.
 - Como antiséptico local se recomienda la Clorhexidina en 2 diluciones (para heridas y para piel íntegra). Los preparados de yodo han quedado en desuso por su absorción a través de la piel y el riesgo de problemas de competencia con la tiroides en el RN.
- Sobre fluidoterapia y tratamiento intravenoso
 - Medidas de asepsia en la manipulación de catéter.
 - Vigilancia de signos de inflamación o infección en la entrada y/o trayecto del catéter central.
 - Cambio periódico de la perfusión y de los sistemas de perfusión.
 - Utilización de filtros en las perfusiones.

- Sobre los factores ambientales
 - Es necesario mantener un personal adecuado, bien preparado y en número suficiente, ya establecido, según las características de los pacientes.
 - Lavado de manos: tal vez es la medida más importante. Las manos son el principal vehículo de transmisión de la infección. Las recomendaciones de la American Academy of Pediatrics (AAP), sobre el lavado de manos son las siguientes:
 - Las mangas por encima de codos, sin anillos, ni adornos. Inicialmente durante 2 minutos con jabón antiséptico por toda la zona, especialmente entre los dedos; limpiar bien las uñas; enjuagar con abundante agua y secarlas con papel. Entre paciente y paciente se recomienda 15 segundos de lavado.
 - Se debe cumplir rigurosamente el lavado de manos antes de manipular al paciente.
 - Medidas arquitectónicas adecuadas como: espacio suficiente, ya determinado, para cada puesto asistencial; superficies lisas y lavables.
 - Métodos de barrera: el uso de mascarillas, botas y mandil no se ha mostrado eficaz, pero sí es recomendable el uso de bata y lavado de manos para los visitantes. Se ha prescindido del uso de botas en el servicio, y el uso de mascarilla se limita para personas que tramitan un proceso catarral. Para el personal del servicio se recomienda mandil de manga corta, y mascarilla si padece un cuadro catarral.
 - Aire ambiental: se recomienda una renovación del aire ambiente a través de filtros, con un sistema de vigilancia, control y mantenimiento permanente de filtración y ventilación de aire. Los filtros se renuevan periódicamente según protocolo establecido.
 - Limpieza de los inmuebles, se debe establecer un sistema de limpieza de superficies, suelo y paredes periódicamente.
 - Limpieza de incubadoras y de cunas con una frecuencia establecida.
- Sobre los pacientes

Medidas generales de información a la mujer embarazada para reducir en lo posible el número de partos prematuros.
- Normas de prevención de IIH para el servicio de neonatología
 - El recién nacido/a es particularmente vulnerable para adquirir una infección más aun si nace en forma prematura, mientras menos sea su edad gestacional, mayor es el riesgo.
 - De acuerdo con sus condiciones al momento de nacer el neonato puede ser atendido en diferentes áreas del servicio de recién nacidos:
 - Cunero de atención al recién nacido (incubadora abierta).
 - Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Intervenciones.
 - Mantener un espacio de un metro entre pacientes, evitando el hacinamiento.
 - Lavado de manos clínico antes y después de la atención al niño.
 - Utilizar mandil limpio al ingresar al servicio y descartar al salir.
 - Limpieza general exhaustiva del servicio cada 8 días.
 - Las incubadoras deben limpiarse en forma concurrente y terminal al egresar el paciente.
 - Se deben cambiar los filtros de las incubadoras si el paciente está séptico.

- Las incubadoras y cuneros deben ser desinfectadas con desinfectantes de mediano nivel.
 - Limpiar los halos de oxígeno cada 8 horas con agua y jabón y cada 24 horas deben lavarse y desinfectarse incluyendo la conexión corrugada.
 - El personal de neonatología debe tener las uñas limpias, cortas, sin esmalte y no utilizar joyas.
 - El personal con dermatitis en manos tiene mayor número de bacterias, con mayor potencial de patogenicidad. Estas deben ser tratadas y requieren uso de guantes y de ser posible debe cambiar transitoriamente de área de trabajo, hasta la curación de las heridas.
 - Instituir vigilancia periódica en la realización del lavado de manos, para conocer la magnitud del problema y poder realizar las medidas correctivas.
 - Utilizar las medidas de aislamiento en caso de brotes epidemiológicos, o cuando las condiciones particulares de un recién nacido lo requieran.
 - Utilizar mandil, guantes, gorros estériles, mascarilla y gafas en la realización de procedimientos invasivos.
 - Los empleados de salud que tienen contacto con neonatos, deben entrar en programa de investigación serológica para enfermedades como rubéola. Las personas no inmunes deben estar vacunadas (DT, Sarampión, Rubeola, Paperas, BCG y HB).
 - La colocación de una vía vascular debe efectuarse con medidas estrictas de técnica aséptica quirúrgica.
 - Se debe evitar la manipulación innecesaria de las vías vasculares. El sitio de infección debe ser cubierto con material estéril, curar cada 24 horas y observar signos de infección.
 - El personal ajeno a recién nacidos que ingrese a realizar exámenes (Rayos X, laboratorios, farmacia y otros) debe realizar el lavado de manos clínico, uso de mandil y manejo adecuado de los desechos de los procedimientos que realice.
 - Los visitantes deben realizar el lavado de manos y uso de mandil.
 - El tránsito en la unidad debe restringirse a solo personal del servicio.
 - Debe evitarse el congestionamiento de personas en la entrada de la unidad, y la puerta debe permanecer cerrada.
 - El personal debe tener conocimiento de los factores que influyen en el desarrollo de infecciones intra hospitalarias en el recién nacido.
 - El personal directamente involucrado en la atención del neonato debe tener una participación activa y consistente en la prevención y el control de las IIH y mantener comunicación con el Comité de Infecciones Intrahospitalarias reportando la aparición de casos de infección nosocomial.
 - Una vez al año se le efectuará al personal, frotis faríngeo y nasal para detectar portadores asintomáticos de estreptococos y estafilococos, además coprocultivo para la detección de portadores de shigella, salmonella, neisseria, haemophilus y vibrión cholerae.
- Recomendaciones
 - Es necesario tener un aviso en un lugar visible, con instrucciones de:
 - Lavado de manos, con un antiséptico antes de cada procedimiento.
 - Colocación del mandil en la unidad.
 - Técnicas de asepsia.

- En caso de leche materna debe ser recolectada y almacenada asépticamente.
- El equipo para la extracción de leche materna (tira leche, máquina y accesorios) debe lavarse con agua caliente y jabón después de su uso, desinfectarse y esterilizarse.
- El equipo de baño (palangana) debe ser estéril.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CONTROL DE IIH EN LOS NEONATOS

Prácticas de atención utilizadas	Si	No
Tiene el Servicio registro para IIH		
Marca en un sitio visible de la HCU una IIH		
Informa la presencia de casos de IIH		
Se confirman los casos sospechosos y se definen acciones correctivas		
Lleva la curva de temperatura		
Se toman muestras para estudio bacteriológico		
Manejo adecuado de heridas y secreciones		
Utiliza antibióticos de acuerdo a los resultados del Laboratorio		
Revisa los catéteres venosos, sondas, drenes, etc. para observar su condición		
Realiza aislamiento de acuerdo al tipo de infección.		
Existe vigilancia epidemiológica de los casos con factores de riesgo. (PM - BPN - P. EX. Inst. y otros.)		
Utiliza medidas de asepsia al realizar cualquier técnica invasiva y al manejar al neonato.		
Realiza medidas de atención segura (lavado de manos). Explica a los padres que ellos han de actuar de igual manera		
Enseña a la madre a limpiarse los pezones antes y después de dar el pecho al niño.		

PM: Prematurez **BPN:** Bajo Peso al Nacer **P. EX. Inst.:** Parto Externo Institucional

CAPÍTULO SEGUNDO



ATENCIÓN DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE CINCO AÑOS (PRE- ESCOLARES)

2. ATENCIÓN DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD

La atención de los niños/as debe contextualizarse en los enfoques de la estrategia de Atención Primaria de Salud, Promoción y Prevención de la Salud, con motivación, educación y participación de la familia y la comunidad para el logro de los objetivos, respetando su estructura socio-cultural.

El control del niño/a debe ser una actividad precoz, periódica, integrada e integral.

- *Precoz*: captación dentro de la primera semana de vida (7 días).
- *Integrada*: prestación de los servicios de fomento, protección, recuperación, rehabilitación.
- *Periódica*: de acuerdo al siguiente esquema de concentración:
 - Concentración Óptima:
 - Primer control a los siete días de vida y luego un control mensual durante los primeros 24 meses de vida.
 - Un control semestral entre los 24 a 60 meses de vida.
 - Concentración Mínima:
 - Controles a los siete días de vida y luego en el 1º, 2º, 4º, 6º, y 12º meses durante el primer año de vida.
 - Controles trimestrales durante el 2º año de vida.
 - Un control anual entre los 24 y 60 meses de vida.

A todo niño/a que acude por primera vez a la unidad de salud, independientemente del motivo de su consulta, debe abrísele la Historia Clínica Única: Formulario SNS-MSP/HCU form.028A/2010, 028B/2010, 028C/2010 y 028D/2010, según la edad que corresponda (Anexo 5).

En la primera consulta, además de abrir la Historia Clínica Única, y en todas las siguientes consultas del niño/a, se realizará el tamizaje de emergencia, patología intercurrente, estado nutricional o control de salud. Cuando no sea posible abrir la Historia Clínica Única (en desastres y otros acontecimientos) se realizará la atención inmediata y la HCU se completará o abrirá en otra oportunidad.

2.1. REGISTRO DE ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN

En la consulta del niño/a deben cumplirse las siguientes actividades:

- Anamnesis
- Tamizaje de patología prevalente, estado nutricional y control de salud
- Examen físico
- Evaluación del crecimiento
- Evaluación del desarrollo sicomotor
- Inmunizaciones
- Educación alimentaria nutricional (esquema de alimentación)
- Control de salud bucal
- Prevención, detección y manejo del maltrato a los niños/as
- Examen visual
- Determinación de la agudeza auditiva
- Examen de la glándula tiroides
- Promoción y educación para la salud
- Visita de seguimiento

2.1.1. Anamnesis

- La información será obtenida y registrada en la primera consulta o en la siguiente si no fue posible hacerlo.
- Fuente de información: especificar la persona informante y transcribir los datos de la tarjeta del recién nacido/a y/o Carné de Salud del Niño/a.
- Antecedentes familiares: Describir la patología importante de los padres y familiares.
- Antecedentes personales: Describir la evolución de las etapas: prenatal, peri-natal, neo-natal y pos-natal, hasta el momento de la consulta.
- Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual

En todo niño/a que acude para control de salud o por morbilidad, se debe investigar: fecha y modo de iniciación, síntomas y signos, tratamientos recibidos, evolución, aparición de nuevos signos y síntomas, efectos sobre el estado general y de modo especial, en la nutrición. Se aplicará el cuadro de procedimientos de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Los niños/as en riesgo recibirán atención preferente. Debemos considerar en situación de riesgo a los niños/as que presenten los siguientes problemas:

- Alteraciones nutricionales
- Insuficiente ganancia de peso
- Portadores de anomalías congénitas
- Antecedentes de diarreas repetidas
- Infecciones respiratorias a repetición
- Padres, hermanos o abuelos con enfermedades crónicas, físicas, mentales, drogadicción o alcoholismo
- Hogar desorganizado y otros factores de riesgo identificados en la historia social
- Alteraciones neurológicas
- Maltrato
- VIH/SIDA
- Referencia
- Abandono

2.1.2. Tamizaje de patología prevalente, estado nutricional y control de salud

Es importante detectar y tratar protocolizadamente y en forma integrada la morbilidad intercurrente en todos los niños/as que acuden al servicio de salud.

Para fines del manejo de la morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, problemas febriles (malaria, dengue) y otros, a todo niño/a se le aplicará los protocolos de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Estas actividades deben registrarse en el formulario SNS-MSP/HCU form.028A/2010, 028B/2010, 028C/2010 y 028D/2010 (Anexo 5).

2.1.3. Examen físico

Hacer una descripción resumida de los hallazgos por aparatos y sistemas y registrar el diagnóstico presuntivo.

2.1.4. Evaluación de crecimiento

El crecimiento es la característica más importante de las primeras épocas de la vida, y se altera por las enfermedades, especialmente por la desnutrición y las alteraciones sicosociales y emocionales. En todas las unidades operativas, independientemente de su nivel de complejidad, la cuantificación de las dimensiones corporales y la evaluación periódica de sus modificaciones, es una de las actividades más importantes que debe ser cumplida durante la atención del niño/a.

Uno de los métodos de evaluación del crecimiento es la toma de medidas antropométricas, es decir la medición exacta de peso, talla, perímetro cefálico en períodos y edades determinados. Es una prueba de detección útil para evaluar la salud, conjuntamente con el desarrollo sicomotor.

Se deben utilizar los patrones de crecimiento del niño/a OMS: estatura /longitud para la edad, peso para la edad, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico/edad, registrar e interpretar tendencias de crecimiento que determinan el estado nutricional del niño/a formularios HCU-028A1 y A2 (anexo 6). Los trabajadores de la salud ante las variaciones de crecimiento deben averiguar sus causas como tuberculosis, infecciones de vías urinarias, privación social, maltrato, problemas nutricionales y otras enfermedades, aún antes de que se visualicen otros signos clínicos. Estos problemas también repercuten directamente en el desarrollo sicomotor. Al momento de la visita, previo a la toma de medidas antropométricas es necesario establecer la edad exacta del niño/a, en meses o años y meses, de acuerdo al caso

- Indicador peso para la edad

El peso, mide la masa corporal total de un individuo, el mismo debe tomarse con la menor cantidad de ropa posible. Para el monitoreo del crecimiento el/la niño/a menor de dos años, será pesado de acuerdo a la agenda establecida en las Normas en forma individual y colectiva, utilizando la balanza pesa bebé, acostado sobre el plato, sin ropa (cuando se pese con pañal, se descontará su peso). Es necesario verificar que la balanza esté encerrada antes de cada pesada. Se debe registrar el peso en kilogramos y fracciones de hasta diez gramos y graficar en el formulario HCU 028A1 y 028A2 (Anexo 6) y en el Carné de Salud Infantil.

La clasificación del estado nutricional y evolución del crecimiento se realizan con los datos de peso y de cada control subsiguiente, registrados en los gráficos de las curvas de crecimiento.

- Indicador longitud/talla para la edad

La talla (T) es una medida de dimensión corporal que se expresa en centímetros. El indicador se constituye cuando se relaciona la talla obtenida con la referencia para su misma edad y sexo en una curva de distancia (T/E). El resultado obtenido se clasifica en variantes normales y variantes patológicas.

Para medir al niño/a menor de 2 años, en decúbito dorsal (longitud), se utiliza el paidómetro o infantómetro y se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño/a en decúbito dorsal contra el plano fijo, la persona que realiza la medición sostiene las rodillas y aplica la escuadra móvil a la planta de los pies manteniéndolo en ángulo recto.

Recuerde: Si el/la niño/a al que usted le toma la longitud tiene 2 años de edad o más, reste 0.7 cm de la medición de longitud y registre el resultado como talla en la Historia Clínica. Al niño/a mayor de dos años se le mide de pie (estatura). Se utiliza el tallímetro de pedestal o cinta métrica pegada a la pared, se verifican los puntos de contacto (talones, pantorrillas, glúteos, espalda y cabeza) y el plano de Frankfurt, al tiempo que se pone el punto superior del tallímetro en contacto con el punto más prominente de la cabeza.

Recuerde: Si el/la niño/a al que usted le toma la talla tiene menos de 2 años de edad, sume 0.7 cm a la medición de talla y registre el resultado como longitud en la Historia Clínica. La longitud o estatura se consignará en centímetros en la Historia Clínica Única, en el formulario SNS-MSP/HCU form.028A1. 028A2. En el caso de que la lectura no corresponda a una cifra exacta deberá aproximarse al centímetro o al medio centímetro inmediato superior.

- Indicador Perímetro Cefálico para la Edad

El perímetro cefálico representa la máxima circunferencia del cráneo en un plano horizontal que pasa por encima de las cejas y la prominencia occipital. Se obtienen con la ayuda de una cinta flexible no extensible de preferencia de fibra de vidrio o metálica. Esta medida se realizará hasta los dos años de edad y se registrará en centímetros y decimales en el formulario correspondiente SNS-MSP/HCU form.028A/2010, 028B/2010, 028C/2010 y 028D/2010 (Anexo 5).

- Indicador Índice de Masa Corporal para la Edad

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de una persona. Es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. El IMC puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad del niño. Se calcula en base a la siguiente fórmula: $\text{Peso en kg} \div \text{talla/longitud en metros al cuadrado (Kg/m}^2\text{)}$. Se registrará en el formulario correspondiente SNS-MSP/HCU-Form. 028 A1/09, 028 A2/09.

- Indicadores de crecimiento

Compare los puntos marcados en la curva de crecimiento de niños con las líneas de puntuación Z para determinar si indican un problema de crecimiento. Las mediciones en los recuadros sombreados se encuentran en el rango normal.

INDICADORES DE CRECIMIENTO

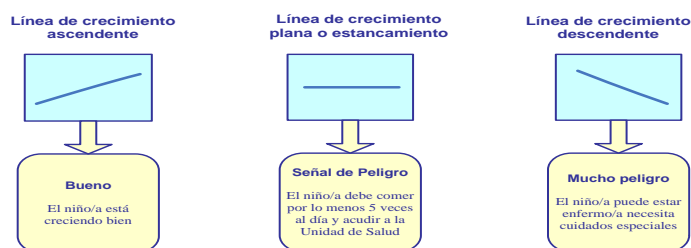
Puntuación Z	Longitud/talla para la edad	Peso para edad	IMC para la edad	Perímetro Cefálico para la edad (<2 años)
Por encima de 3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obeso	Macrocefalia (nota 6)
Por encima de 2			Sobrepeso	Macrocefalia (nota 6)
Por encima de 1			Posible riesgo de sobrepeso (nota 3)	
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	Baja talla (nota 4)	Bajo peso	Emaciado	Microcefalia (Ver nota 6)
Por debajo de -3	Baja talla Severa (nota 4)	Bajo peso Severo (nota 5)	Severamente Emaciado	Microcefalia (nota 6)

Notas:

10. Un/a niño/a en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desordenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiera al niño/a en este rango para una evaluación médica (Ejem. padres con estatura normal con un/a niño/a excesivamente alto para su edad).
11. Un/a niño/a cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con IMC para la edad.
12. Un punto marcado por encima de 1, muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación Z 2 muestra un riesgo definitivo.
13. Es posible que un/a niño/a con retardo en talla, baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.
14. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Capacitación en servicio, OMS, Ginebra 1997).
15. Estas condiciones catalogadas como niño/a con Macrocefalia o con Microcefalia, requieren referencia para evaluación médica especializada.

Nota para los indicadores

Si tenemos varios puntos graficados en las curvas, estos puntos se unirán con líneas rectas entre ellos, de ese modo tendremos una línea que representa la tendencia en el tiempo de acuerdo al indicador que estemos evaluando, las señales de alerta dependerán del estado nutricional del niño/a. Hay que considerar que el Indicador T/E y PC/E, no presentan decremento en el tiempo.



2.1.5. Evaluación del desarrollo sicomotor

El término desarrollo se refiere a los cambios en la función del organismo.

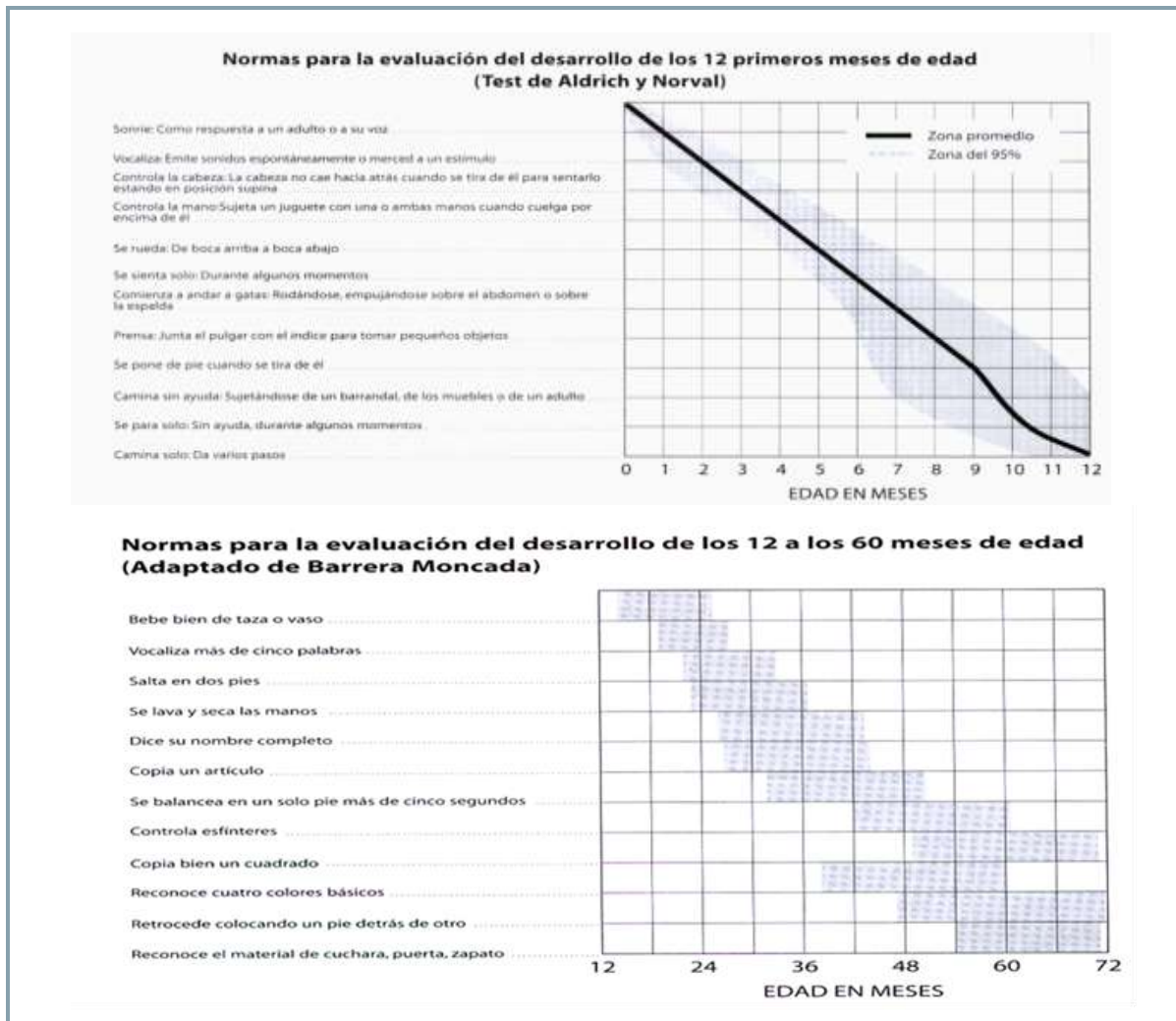
Es deber ineludible del equipo básico de salud, evaluar periódicamente el desarrollo sicomotor que manifieste un/a niño/a, muy especialmente en los primeros dos años de vida.

El crecimiento y el desarrollo sicomotor no se manifiestan en forma independiente, sino que representan una continuidad de interrelaciones entre el potencial genético por una parte, y el medio ambiente por otra. Sin lugar a dudas, la evaluación del desarrollo sicomotor es una actividad importante, al igual que la evaluación del crecimiento físico y son parte integrante de la atención de todo niño/a, pues una y otra se complementan.

Se aplicarán el Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad y el de Barrera – Moncada para niños/as de 12 a 60 meses de edad.

El registro se hará en el gráfico con una “X” correlacionando el ítem y la edad en meses. Las zonas gris y blanca inferior son consideradas como el rango de normalidad.

El/la niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utilizará el Test de Denver.⁷



⁷ (Nelson test book of Pediatrics 18th ed, 2007).

- Prueba DENVER de selectividad del desarrollo

Esta prueba es un instrumento útil para descubrir retardos del desarrollo en la infancia y en los años preescolares. Dicha prueba se administra con facilidad y rapidez, así como también se presta para realizar evaluaciones seriadas en una misma hoja de prueba y es mandatoria en niños/as que presentan retraso en la prueba de Aldrich y Norval o de Barrera – Moncada. (Anexo 7).
- Detección de riesgo neuro-sico sensorial

En todos los servicios de salud, independientemente del nivel de complejidad, se deben detectar tempranamente signos de alerta neuro -sico-sensorial para la referencia oportuna de estos niños/as a unidades que cuenten con servicios neuro-pediátricos para su control periódico, estimulación precoz o rehabilitación (Anexo 8).
- Signos de alerta en el desarrollo infantil
 - **En el Recién Nacido:**
 - Llanto débil u ocasional
 - Pocos movimientos
 - Muy rígido/a; muy flojo/a
 - No duerme
 - No lacta
 - No responde a ruidos ni a la voz de la madre
 - Convulsiones
 - **A los tres meses de edad:**
 - No responde a una sonrisa
 - No sigue objetos o personas con la mirada
 - No se interesa en su madre
 - No sostiene la cabeza
 - Continúa con puños cerrados y muy rígido
 - Permanece muy flojo/a o muy rígido
 - Muy irritable
 - **A los seis meses de edad:**
 - No extiende los brazos para que le cojan
 - Rigidez de brazos y piernas; cuello y cuerpo flojos
 - No se sienta con apoyo
 - Sentado con apoyo no sostiene la cabeza
 - Sueño irregular, intranquilo
 - No coge y juega con los juguetes
 - **A los nueve meses de edad:**
 - Rigidez en las piernas
 - Flojo/a de cuerpo
 - No coge juguetes ni juega con sus manos
 - Ausencia de balbuceo: Ma, Ta, Ba
 - No se sienta
 - **A los doce meses de edad:**
 - No se sostiene de pie
 - No responde a caricias
 - No dice: papá, mamá, teta
 - **A los dieciocho meses de edad:**
 - No camina
 - No dice palabras (8 a 10) con significado
 - No atiende por mucho tiempo, cambia de actividad continuamente
 - No imita juegos

- **A los veinticuatro meses:**
 - No colabora en su alimentación ni al vestirse
 - No cumple órdenes sencillas
 - No une dos palabras
 - Babeo constante
- **A cualquier edad:**
 - Cabeza muy grande o muy pequeña
 - Movimientos anormales de ojos, manos y cabeza
 - Anormalidades físicas
 - Convulsiones
 - No escucha, no sigue con la mirada

Como podemos leer en este pequeño listado, un médico, un personal de salud e incluso una madre/padre de familia o cuidador de un/a niño/a que identifique cualquiera de estos factores de alerta durante el proceso de desarrollo de un/a niño/a, debe inmediatamente referir a ese paciente a un especialista en neurodesarrollo para que tome medidas inmediatas, que permitan mejorar su condición general y procurar que pueda alcanzar el mejor grado de desarrollo posible.

- Estimulación del desarrollo sicomotor

Comprende el conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño/a las experiencias que necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su capacidad mental. Esto se logra a través de estímulos adecuados (personas, acciones y objetos) en cantidad y oportunidad, para generar en el/la niño/a un mayor grado de interés y actividad, a fin de lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo. El nivel de inteligencia de los niños/as de hogares de bajo estrato socio-económico, si bien les permite adaptarse a su medio, no les garantiza un buen rendimiento y adaptación al sistema escolar en el que pueda competir con igualdad de oportunidades para desarrollar su potencial psicológico y asegurar un futuro mejor.

Existen muchos programas de estimulación; independientemente de cuál se utilice, el personal de salud encargado de la atención del niño/a, debe impartir ciertas pautas a las madres. En el Anexo 6 se señala como ejemplo una serie de sugerencias para una estimulación adecuada a la edad del niño/a.

2.1.6. Exámenes de laboratorio

Se realizará según criterio profesional, necesidades del recién nacido y disponibilidad del servicio. (Los parámetros de referencia normal, deberá solicitar al laboratorio que lo realice, porque dependen de la metodología que aplica cada uno).

Para detección de patología, se debe realizar exámenes de:

- SANGRE: Hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, glicemia, urea, creatinina, Proteína C Reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación, GTO, TGP, bilirrubinas, grupo y factor, sodio y potasio.
- ORINA: Elemental y microscópico, Gram en gota fresca
- Heces: Coproparasitario, polimorfonucleares, sangre oculta en heces, rotavirus

2.1.7. Inmunizaciones

Las Normas de Vacunación para los niños/as reguladas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se aplican según el siguiente esquema:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Grupos de edad	Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Via de administración	Frecuencia de administración					
					Número de dosis			Refuerzos		
					1 dosis	2 dosis	3 dosis	1 Refuerzo	2 Refuerzo	3 Refuerzo
Menores de un año	BCG*	1	0,1 ml	I.D.	R.N.					
	HB (Región Amazónica)	1	0,5 ml	I.M.	R.N.					
	OPV	3	2 Gts	V.O.	2m	4m	6m			
	Rotavirus	2	1ml	V.O.	2m	4m				
	PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M.	2m	4m	6m			
	Neumococo conjugada	3	0,5 ml	I.M.	2m	4m	6m			
	Influenza Pediátrica (a partir de los 6 meses)	2	0,5	I.M.	1er Contacto	Al mes de la primera dosis	Solo en campaña			
12 a 23 meses	DPT	1	0,5 ml	I.M.				1 año después de la tercera dosis de		
	OPV	1	Gts	V.O.				1 año después de la tercera dosis		
	SRP	1	0,5 ml	S.C.	Dosis única					
	Varicela	1	0,5 ml	S.C.	Dosis única					
	FA	1	0,5 ml	S.C.	1er Contacto			Cada 10 años		
	Influenza Pediátrica	1	0,5 ml	I.M.	Solo en campaña					
5 - 11 años	DT ** (5 años)	1	0,5 ml	I.M.	5 años (1er de básica)					
	Varicela 6 años (2do grado básica)	1	0,5 ml	S.C.	Dosis única					
	Varicela 10 años (1to grado básica)	1	0,5 ml	S.C.	Dosis única					
	HB 11 años (Septimo de básica)	3	0,5 ml	I.M.	1er contacto	1 mes	6 meses			
Mujeres en edad fértil (MEF) ***	dT Embarazadas	5	0,5 ml	I.M.	1er contacto	1 m después de la primera dosis	6 meses después de la segunda dosis	1 año después de la tercera dosis	Cada 10 años	
	dT No embarazadas (en áreas de alto riesgo)									
	SR	1	0,5 ml	S.C.	Dosis única en campañas de seguimiento y para control de bridas					
Adultos > de 65 años	Influenza estacional	1	0,5	I.M.	Solo campañas anuales					
	Neumococo polisacárido	1	0,5	I.M.	Primer Contacto			Cada 5 años		
Grupos de riesgo 0	Influenza contra AH1N1	1	0,25 y 0,5	I.M.	Solo campañas					

* De acuerdo al fabricante

** Este esquema se aplica siempre y cuando haya recibido las 3 dosis de Pentaivalente y al refuerzo con DPT, caso contrario proceder como con el esquema de las MEF

*** Si no hay evidencia de vacunación anterior se debe proceder como se detalla en el casillero de MEF

La vacuna contra la **varicela** está programada para los tres cortes (1 año, 6 años y 10 años); en este año iniciamos con el corte de 6 y 10 años

Es indispensable que el niño/niña complete el esquema de vacunación anteriormente indicado.

La interrupción de la aplicación del esquema señalado no requiere empezar nuevamente la vacunación, sin importar el tiempo transcurrido desde la aplicación de la dosis anterior.

- **Contraindicaciones**

Vacuna	Contraindicaciones
BCG	Recién nacido con peso menor de 2000 gramos
DPT	Niños con antecedentes de reacciones post vacunales graves (convulsiones, colapso, choque, llanto inconsolable durante 3 o más horas). En caso de producirse estas reacciones con la vacuna DPT, continuar el esquema con DT pediátrica
OPV	No debe aplicarse en niños con antecedentes alérgicos a la estreptomicina, neomicina y polimixina.
SRP	alergia a los componentes de la vacuna (Neomicina, gelatina y sorbitol).
HB	Hipersensibilidad al timerosal o hidróxido de Aluminio

- **Contraindicaciones generales**

- En caso de enfermedad aguda severa con temperatura mayor de 39°C, la aplicación será diferida
- Enfermedad infecciosa aguda grave
- Lesiones cutáneas generalizadas
- Niños que tienen su inmunidad comprometida por inmunodeficiencia celular, SIDA , leucemia, linfoma o malignidad generalizada o en tratamiento con preparados inmuno – supresivos
- No deben aplicarse en niños con antecedentes alérgicos a la estreptomicina, neomicina y polimixina, aunque en la práctica es casi imposible conocer este antecedente.

- **Reacciones**

- En el sitio de la inyección pueden presentarse reacciones locales como dolor, eritema, edema e induración (vacuna administrada por vía intramuscular).
- Algunos niños desarrollan fiebre en cuyo caso se debe recomendar paracetamol (acetaminofen) en dosis de acuerdo a la edad y al peso, control de temperatura por medios físicos (baño).

2.1.8. Educación alimentaria nutricional (Esquema de alimentación)

La alimentación adecuada contribuye a un óptimo estado de salud y nutrición del niño/a, fomenta las prácticas y hábitos alimentarios saludables, que permiten disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil.

En los lactantes la diarrea infecciosa es una de las primeras causas de enfermedad y muerte debida a malos hábitos higiénicos, escasa disponibilidad de agua potable y habitualmente condicionada por inadecuadas prácticas en la alimentación. Las enfermedades infecciosas, en especial la diarrea, desnutren a los niños/as.

Las madres o cuidadores/as de los niños/as que acuden a los servicios, deben ser informados y aconsejados en:

- **Lactancia Materna**

- Lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes, a libre demanda de día y de noche (mínimo 8 veces al día) por las múltiples ventajas inmunológicas, psicológicas, económicas y nutricionales irremplazables.
- Prevención de los problemas más frecuentes durante la lactancia.
- Lactancia en las madres que trabajan fuera del lugar. Extracción manual, almacenamiento y administración de la leche.
- Ablactación.
- Medicación y lactancia.
- Importancia de la lactancia materna continua con alimentación complementaria desde los 6 meses hasta los 2 años de edad.

Todos los servicios de salud, en particular los que atienden partos, deben aplicar los diez pasos para una lactancia materna exitosa (capítulo 1).

En casos excepcionales, en los que no es posible la lactancia materna (agalactia, hipogalactia, tuberculosis pulmonar activa, portadora de VIH/ SIDA), se puede reemplazar la alimentación natural según prescripción médica. Para la alimentación sustitutiva se evitará el uso de biberón y en su lugar se recomienda el uso de taza, cuchara o gotero.

- **Alimentación complementaria**

- Introducción de alimentación complementaria a partir del sexto mes. En casos excepcionales se anticipará por indicación médica.
- Continuar la alimentación complementaria a la lactancia materna desde el sexto mes hasta los dos años de edad según esquema descrito en el Carné de Salud Infantil del niño/a.

- **6 a 8 meses**

- Continuar con leche materna todas las veces que la niña/o quiera.
- Darle de comer en su propio plato alimentos cocinados y aplastados como: arroz, avena, plátano, espinaca, zanahoria, papa, zapallo, fréjol, lenteja, yema de huevo duro.
- Darle frutas sanas en puré: guineo, papaya, manzana.
- Tres comidas al día, si se alimenta con leche materna.
- Cinco comidas al día, cuando no se alimenta con leche materna.
- 9 a 11 meses
- Continuar con leche materna todas las veces que quiera el/la niño/a.
- Darle de comer en su propio plato alimentos cocinados y aplastados como: arroz, avena, plátano, espinaca, zanahoria, papa, zapallo, fréjol, lenteja, yuca, yema de huevo duro, quinua.
- Agregar carnes de pollo, pescado, res, queso y nata.
- Darle frutas sanas en puré como: guineo, papaya, manzana.
- Cinco comidas al día.

- **1 año y más**

- Continuar con leche materna todas las veces que quiera, hasta los dos años o más.
- Seguir alimentándole en su propio plato, darle tres comidas principales: desayuno, almuerzo y merienda, de lo mismo que come la familia.
- Además dos entre comidas como frutas, pan, maíz, plátano, leche, queso y yogurt.
- Todas las comidas que se sirvan al niño/a deben ser espesas.

- **Consejos importantes**

- Mantener la lactancia materna hasta los 2 años de edad.
- Enseñar a las madres la necesidad de mantener la alimentación en los niños enfermos para evitar la desnutrición.
- Preparar mezclas alimentarias con alimentos disponibles en la comunidad.
- Aconsejar a las madres de la comunidad sobre porciones y frecuencia de la alimentación.
- Dar normas de higiene en la preparación y administración de los alimentos. Enseñar la preparación de mezclas alimentarias para la recuperación de niños en riesgo, de peso bajo o muy bajo peso.
- Aconsejar sobre la alimentación activa, en su propio plato o taza y con cuchara, con la participación de la mamá, el papá u otro miembro de la familia, evitando siempre el uso del biberón. No debe obligarse al niño/a a comer si es que no lo desea. El apetito es la mejor guía para decidir las cantidades de alimentos que se le debe dar.
- La higiene y la alimentación óptima previenen enfermedades infecciosas, especialmente diarreas.
- En los casos de inapetencia, aconsejar a la madre o cuidador/ra que manifieste al niño/a su afecto, cariño y le estimule con preparaciones agradables, nutritivas y aumente la frecuencia alimentaria.
- En niños/as menores de dos años, el personal de salud debe evaluar su alimentación. (Cuadro de Procedimientos de AIEPI).
- Importancia de la suplementación: administrar sulfato ferroso a todos los niños/as menores de un año. A los niños/as de bajo peso desde los cuatro meses de edad y a los/las de peso normal a partir del sexto mes de edad.
- Administrar vitamina A cada seis meses 100.000 UI, entre los seis y doce meses, y 200.000 UI a mayores de un año.
- El personal de salud debe vigilar el cumplimiento de los programas específicos y vigentes en beneficio de poblaciones de mayor riesgo nutricional, como por ejemplo: Programa de Complementación Alimentaria, Programa Integrado de Micronutrientes, Programa de Educación Nutricional, y debe mejorar la cobertura del Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN).

2.1.9. Estado y control de la Salud Bucal en niños y niñas de 1 a 4 años

El control de la salud bucal se debe efectuar para todos los niños/as, siendo obligatorio realizarlo anualmente al grupo de pre-escolares que se atienden en las unidades operativas. Ello permite prevenir las principales patologías de la boca, detectar y tratar precozmente los problemas de los tejidos duros y blandos de la boca (referirse a la Norma de Salud Bucal).

- *Niños y niñas menores de 1 año*
 - Promoción y educación, dirigido a la madre o representante:
 - Lactancia materna
 - Seguridad Alimentaria: alimentación, nutrición y micronutrientes
 - Salud buco dental integral
 - Hábitos saludables
 - Ambientes saludables
 - Prevención
 - Examen clínico
 - Diagnóstico precoz
 - Limpieza dental
- Niños de 1 a 4 años

- Promoción y educación; dirigido a la madre o representante:
 - Lactancia materna
 - Seguridad Alimentaria: alimentación, nutrición y micronutrientes
 - Salud buco dental integral
 - Hábitos saludables
 - Ambientes saludables
- Prevención
 - Examen clínico
 - Diagnóstico
 - Limpieza dental.
 - Topificaciones con Fluoruro de Sodio al 0.2% en barniz o gel con criterio de riesgo
- Recuperación
 - Operatoria
 - Endodoncia
 - Exodoncia
 - Cirugía menor
 - Atención de emergencias
 - Referencia y contrarreferencia.

El Odontólogo deberá realizar acciones educativas dirigidas a padres y/o responsables de acuerdo a la edad de los niños/as ya sea en forma individual en la unidad de salud o en forma colectiva en los centros de cuidado diario, guarderías, reuniones de padres de familia, maestros, parvularios, en base a temarios establecidos.

Para ello, se usarán diferentes metodologías como: charlas, exposiciones, video conferencias, demostraciones prácticas, trabajos de grupo entre otros, con el fin de motivar y crear condiciones favorables para el aprendizaje, cambios de actitud y hábitos y el establecimiento de prácticas preventivas adecuadas, proporcionándole principios para la ejecución de las acciones que lleven a prevenir las principales patologías de la boca y/o mejorar la salud bucal e integral del niño/a, a través de:

- **Actividades de educación (temas prioritarios)**
 - Lactancia materna.
 - Prevención de caries rampante.
 - Seguridad alimentaria: alimentación, nutrición y micronutrientes
 - Salud buco dental integral: Importancia de conservar las piezas dentales para preservar las definitivas. Importancia de conocer la cronología de erupción de las piezas dentales temporales y definitivas. Importancia de la salud buco dental para conservar la salud integral del niño/a.
 - Hábitos saludables: Higiene dental: Limpieza dental; Cepillado dental, importancia y técnica.
 - Ambientes saludables
- **Actividades prevención**
 - Examen clínico: Es necesario hacer el examen clínico, mediante: la anamnesis; examen extra oral; examen intraoral; educación y motivación; diagnóstico y establecimiento de la causa; criterio de referencia..(Ver Protocolo de Consulta Odontológica).
 - Topificaciones con Fluoruro de Sodio al 0.2% en barniz o gel con criterio de riesgo (a excepción de las provincias de: Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo).(ver Protocolo.)

- Profilaxis: Limpieza de las piezas dentarias mediante cepillado dirigido, y/o si amerita en la consulta con equipo odontológico (Ver Protocolo)
- Aplicación de sellantes: Se utilizará como medio preventivo de la caries dental la aplicación de sellantes de foto y auto polimerización, en las piezas dentales sanas con criterio de riesgo. Se recomienda la aplicación de sellantes a partir de los 3 años de edad.
- **Recomendaciones:**
 - Es recomendable en los niños de 6 a 24 meses que la primera consulta odontológica se la realice a los seis meses de edad, debido a que en esa etapa se inicia la erupción dentaria decidua o temporal.
 - Cuando el/la niño/a no tiene dientes, es importante indicar a la madre o al responsable de que en la mañana se aproveche el baño para limpiar su boca, encías y lengua, con el fin de prevenir patologías más frecuentes en los tejidos blandos de la boca y habituar al/la niño/a a la higiene bucal
 - Cuando el/la niño/a tiene ya sus primeros dientes, indicar que es responsabilidad absoluta de la madre o responsable del niño/a la limpieza dental.
 - Indicar a los niños/as, padres de familia y maestros la forma correcta del cepillado dental y la importancia de hacerlo después de las principales comidas y especialmente en la noche (ver Protocolo de cepillado dental)
- **Actividades de recuperación**

Con el fin de recuperar la salud bucal del niño/a y de acuerdo al diagnóstico establecido a partir de los 2 años de edad, se debe realizar operatoria, endodoncia.
- **Técnica ART**

Es una actividad clínica que se cumplirá para restaurar las piezas dentales afectadas por caries, con ionómero de vidrio. (Ver Protocolos de atención de Salud Bucal para el primer nivel).
- **Obturaciones**

Los dientes temporales, si el caso lo requiere, se obturarán con materiales intermedios como óxido de zinc y eugenol, simple o reforzado
- **Restauraciones en piezas temporales**

Los dientes temporales se restaurarán con materiales definitivos como: ionómeros de vidrio y/o resina, cuando el caso lo requiera.
- **Exodoncias**

Como último recurso se debe realizar la exodoncia de la pieza dental, buscando la posibilidad de salvar la pieza, a través de actividades de endodoncia si se dispone del equipo necesario.

Para la recuperación de la salud bucal e integral de niño/a, si el caso lo amerita, se debe proceder a realizar: cirugía menor.
- **Actividades de emergencia**

Dentro de las acciones integrales de salud bucal se consideran como emergencias: las exodoncias, el control del dolor y la infección.
- **Referencia**

La referencia se realizará a los pacientes que requieran tratamiento de especialidad, al nivel operativo superior.

2.1.10. Prevención, detección y manejo del maltrato a los niños y niñas

El maltrato constituye un problema de salud pública que debe ser considerado prioritariamente. El personal de salud debe enfocar sus esfuerzos a la prevención del mismo. Para su abordaje se debe considerar la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario o en red interinstitucional, respetando la ética, la privacidad y confidencialidad.

La atención integral a todo niño/a incluye la identificación del maltrato en cualquiera de sus formas. Toda oportunidad debe ser aprovechada para su investigación, especialmente cuando presentan problemas en su crecimiento, desarrollo y enfermedades a repetición (ira, diarrea, desnutrición) o ante la presencia de lesiones.

El personal de salud debe indagar y registrar cualquier forma de maltrato por abuso físico, negligencia, abuso emocional o abuso sexual, aplicando el formulario de Atención del Niño/a Maltratado, en base a los algoritmos para la detección y manejo de las diferentes formas.

Es responsabilidad del personal de salud identificar los recursos de la comunidad para consulta y referencia de casos y su ulterior seguimiento.

Para la atención del maltrato en las unidades de salud y la atención básica, se debe utilizar el “Manual de Atención Primaria de la Salud Mental” y el Manual de la DINAPEN.

- **Violencia o maltrato físico**

Se considera todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico a las personas agredidas, cualquiera sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiera para su curación y recuperación (referirse a Norma y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida).

- **Violencia o maltrato psicológico**

Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la persona y la familia agredida mediante intimidación, amenaza, utilización del apremio moral, infundiendo miedo o temor. Igualmente se considera violencia psicológica toda restricción de la libertad.

- **Violencia o maltrato sexual**

Es todo lo que constituye imposición, en el ejercicio libre y voluntario de la sexualidad de una persona, obligándole/la a tener relaciones o actos con el/la agresor/a o con terceras personas mediante el uso de la seducción, intimidación, amenazas, fuerza física, o cualquier otro medio, (referirse a la norma y protocolo de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida).

- **Educación**

La educación debe impartirse en todos los ámbitos para prevenir el maltrato.

Los temas prioritarios deben abordar la difusión de los derechos de los niños/as, autoestima (documentos de salud mental), manejo de alcoholismo, drogadicción y educación sexual.

El trabajo debe realizarse con la participación de los niños/as, familia, escuela y comunidad. Algoritmo para la detección y el manejo del maltrato físico, psicológico/emocional y sexual.

- Determinación de riesgo y factores protectores

El personal de salud debe reconocer los riesgos de tipo social o biológico como:

- Malas condiciones de saneamiento ambiental y de la vivienda.
- Baja instrucción de la madre.
- Pobreza y pobreza extrema.
- Aislamiento geográfico.
- Antecedentes de hermanos desnutridos o fallecidos.
- Condiciones patológicas del nacimiento (prematurez, asfixia, peso bajo, malformaciones, infecciones, ictericia, convulsiones, trauma obstétrico).
- Antecedentes de destete prematuro, problemas en la alimentación (uso de biberón, insuficiente cantidad, frecuencia y consistencia de los alimentos).
- Antecedentes de infecciones frecuentes, desnutrición, anemia y parasitosis.
- Lesiones a repetición.

De la misma manera es necesario reconocer y estimular los factores protectores:

- Afecto
- Participación de toda la familia en el cuidado del niño/a
- Resiliencia familiar
- Atención a problemas nutricionales y de enfermedades
- Ambiente saludable y estimulante

2.1.11. *Examen visual*

Los defectos visuales se cuentan como las limitaciones más frecuentes de la niñez. La detección debe ser realizada en todos los niños/as mayores de tres años de edad y aún antes de esta edad, cuando existan alteraciones evidentes de la visión.

En el examen visual, los resultados indican una incidencia particularmente elevada para los defectos visuales uni o bilaterales como miopía, hipermetropía o astigmatismo, así como el desequilibrio e incoordinación de los músculos extraoculares (estrabismo). Deben detectarse antes de que el/la niño/a ingrese a la escuela y deberá continuar su investigación durante el período escolar con el objeto de evitar las dificultades de aprendizaje que pueden ocurrir a causa de la mala visión (Anexo 9).

La eliminación de causas prevenibles y curables de discapacidad visual, constituye un área de intervención prioritaria. La edad tan temprana en que estas enfermedades suelen afectar a los niños/as, tiene repercusiones permanentes e importantes en cuanto a su desarrollo educacional, social y económico.

- Examen del recién nacido/a

La importancia que reviste un diagnóstico temprano de patología oftalmológica en el recién nacido/a es importante, pues su recuperación visual depende de un tratamiento oportuno. Utilizando una linterna y un oftalmoscopio directo, se deberá evaluar en todo recién nacido/a:

- Anexos Oculares
Se examinará sobre todo la simetría de la abertura palpebral para descartar Ptosis, que si se la encuentra deberá ser reparada adecuada y oportunamente.

- **Tamaño ocular**
Es importante la evaluación del tamaño para descartar un probable Glaucoma congénito en el que se presenta Bupftalmos (ojo de buey). Este Glaucoma va acompañado de otros síntomas: epífora y pérdida de la transparencia de la córnea. El tratamiento es de emergencia en todos los casos, razón por la cual debe ser diagnosticado desde el momento mismo de su nacimiento.
- **Epífora**
La causa más frecuente de este signo en el recién nacido/a es obstrucción de la vía lagrimal. Se presenta porque la membrana que obstruye el conducto naso-lagrimal no se ha reabsorbido oportunamente al momento del nacimiento. Adicionalmente a la Epífora, en una obstrucción de la vía lagrimal se presenta secreción porque la limpieza de la superficie del ojo no se realiza y la lágrima no tiene por donde drenar.
El tratamiento inicialmente es clínico a base de antibióticos tópicos y masaje. Si la sintomatología no cede al cabo de los 8 meses de vida se deberá permeabilizar la vía mediante sondaje; después de los 18 meses de vida el porcentaje de éxito de un sondaje disminuye y la infección constante del ojo puede traer complicaciones como por ejemplo el desarrollo de una úlcera corneal bacteriana.
- **Examen del rojo pupilar**
Se lo realiza con un oftalmoscopio directo puesto en cero. Mirando a través del lente ocular se verá toda la pupila iluminada en color rojo, lo que significa que el rayo de luz ha llegado hasta la retina y se ha reflejado. Con este simple examen podemos descartar toda patología, desde la cornea a la retina, que impida que una imagen sea enfocada en la mácula, como: cataratas, retinopatía del prematuro, hemorragias vítreas, tumores intraoculares, desprendimiento de retina, etc.
- **Detección del estrabismo**
Todo estrabismo, pasado los seis meses de edad, es patológico y necesita ser tratado lo más tempranamente posible por el riesgo de ambliopía en el ojo desviado. La desviación de un ojo antes de los 6 meses debe ser considerada patológica cuando es constante y es siempre el mismo ojo el que se desvía, en este caso también debe ser derivada al oftalmólogo aunque el paciente tenga menos de 6 meses.
El estrabismo lleva al ojo desviado a no cumplir con su función ya que el cerebro con el objeto de eliminar la visión doble suprime la imagen del ojo desviado y por ende éste no desarrolla visión. Es de importancia tratar lo más temprano posible para recuperar la visión. La desviación como tal, puede ser rectificada a cualquier edad, no así la visión que solo se la puede mejorar hasta los siete años o menos. Los padres deben conocer que mientras más temprana sea la edad del niño/a, es posible realizar exámenes que permitan diagnosticar cualquier afección. (Anexo 7) (referirse a la Guía de Atención Primaria Oftalmológica Infantil).
- **Control oftalmológico**
En edades superiores a los tres años de edad, el/la niño/a sano deberá tener su primer examen oftalmológico rutinario con el propósito de determinar su capacidad visual, y obtener su ficha médica oftalmológica que permitirá establecer una base comparativa para el futuro.
Durante la edad escolar y colegial los chequeos deberán ser por lo menos cada dos años, porque en esta época se inician e incrementan, en mayor grado, todos los defectos de refracción, especialmente miopías y otras alteraciones orgánicas de importancia, que deberán ser tratadas y corregidas.

- **Determinación de agudeza visual**

El propósito de las pruebas de tamizaje es identificar tempranamente niños/as que necesiten exámenes oculares especializados posteriores y no solamente hacer el diagnóstico de los problemas.

Los signos que indican dificultad visual en edad escolar, incluyen: parpadeo, estrabismo, frotarse o secarse frecuentemente los párpados, enrojecimiento de los ojos, cansancio visual (astenopía) cefaleas. Aunque teóricamente pueden acompañar a trastornos de la visión, no tienen especificidad suficiente. A los profesores se les pedirá que envíen a los niños/as, que presenten estos signos, a la unidad de salud.

En los niños/as se investigará:

- Párpados, pestañas, conjuntivas y córneas, medición de la córnea, (más de 12 milímetros es anormal).
- Movilidad ocular.
- Reacciones pupilares directa o consensual a la luz.
- El reflejo óptico del parpadeo (normalidad del nervio óptico y retina funcionantes).
- En el pre-escolar, para el examen de la visión distante, se utilizará la Prueba de Snellen o cartilla con figuras (juego de la E). (Anexo 9).

2.1.12. Determinación de la agudeza auditiva

Se evaluará la agudeza auditiva mediante la observación de la atención al ruido en menores de un año y desarrollo de lenguaje en los mayores de un año. En los mayores de tres años, se aplicará la prueba utilizando palabras y láminas (Anexo 10).

En este estudio se exploran los dos oídos a la vez y las respuestas corresponden a la audición del mejor oído. La sospecha de hipoacusia unilateral o bilateral requerirá valoración especializada. Cualquier resultado por debajo del 70% requerirá valoración especializada. Resultados entre 70-90% deberán ser repetidos en los siguientes días.

2.1.13. Examen de la glándula tiroides

Debido a la alta prevalencia de bocio en el país, se considera fundamental la detección precoz del mismo.

El método de palpación es considerado como el más exacto y seguro para diagnosticar el bocio y determinar su gravedad.

Se debe examinar al niño/a haciéndole que permanezca de pie, inicialmente con la cabeza y el cuello en posición vertical.

El examinador se sentará frente al examinado para inspeccionar el área de la tiroides.

Posteriormente se pide al paciente que extienda el cuello hacia atrás y luego se procederá a la palpación de la glándula tiroides en toda su extensión. Se debe realizar con el pulpejo de los pulgares en forma simultánea. Se completará el examen pidiendo al paciente que realice varios movimientos de deglución, al tiempo que se continúa la maniobra de palpación.

Se registrarán los hallazgos en el espacio correspondiente de la historia clínica y se lo hará de acuerdo a la valoración estandarizada, que son los siguientes:

- Grado OA: Tiroides no palpable
- Grado OB: Tiroides palpable y no visible con la cabeza en extensión

Los dos grados justifican la normalidad.

- **Grado I:** Tiroides palpable y visible con la cabeza en extensión. En este grupo se incluyen aquellas tiroides nodulares fácilmente palpables, pero no visibles con la cabeza en extensión.
- **Grado II:** Tiroides visibles con la cabeza en posición normal.
- **Grado III:** Tiroides visible a distancia.

El bocio difuso se caracteriza porque hay un crecimiento de toda la glándula, mientras que el bocio nodular se hace a expensas de un lóbulo de la glándula. Si se detecta bocio, se realizará la referencia correspondiente para su estudio y tratamiento⁸.

2.1.14. Promoción y educación para la salud

Las actividades educativas deben cumplirse en el establecimiento de salud por entrevista individual y educación grupal. En la comunidad a través de grupos comunitarios y visitas domiciliarias.

La labor educativa es función de todo el equipo básico de salud y se aprovechará toda oportunidad para realizarla, conlleva más que la simple información. La meta es lograr principalmente el cambio en el comportamiento humano para así beneficiar la salud individual y colectiva.

En la salud de los niños/as, la educación implica:

- Estimular todas aquellas prácticas necesarias para su crecimiento y desarrollo normal.
- Fomentar hábitos, valores y actitudes para la promoción y conservación de la salud, los que deben adquirirse practicándolos.
- Fortalecer la instrucción sistemática para la alimentación, higiene, funciones corporales, reproducción, capacidad física y uso adecuado del tiempo libre.
- Enfatizar el aprovechamiento y uso de los servicios de salud.

La labor educativa tendrá diferentes contenidos de acuerdo con las circunstancias y con la edad de los niños/as, considerando:

- Los derechos de los niños y niñas
- Enfoque de género e interculturalidad
- Conocimientos, habilidades y prácticas de las madres y/o cuidadoras/es del niño/a para el desarrollo de ambientes saludables, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A las madres y/o cuidadoras se les recomendará sobre los cuidados generales que le deben dar al niño/a, con especial énfasis en:

- El trato diario con los demás y especialmente con sus padres, la estimulación, afectividad, accesibilidad y atención a sus problemas permitirán alcanzar un óptimo desarrollo al niño/a.
- Baño frecuente
- Forma de vestirle
- Cuidado de uñas y orejas
- Prevención de las escaldaduras o dermatitis por pañal

⁸ Pombo Manuel. Tratado de endocrinología pediátrica. 4ta ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2009.

- Necesidad de exponerle al sol por breves minutos antes de las 11H00 y después de las 15H00.
- Manera de realizar la higiene de mamas y pezones inmediatamente antes y después de cada lactancia
- Lavado de manos, uso de agua segura y eliminación de basura y excretas
- Forma de preparar y administrar los alimentos, tiempo de cocción de los distintos alimentos, preparación de papillas, sopas, jugos y coladas
- Importancia de las vacunas y edad en la que deben administrarse, así como los beneficios y sus cuidados inmediatos.
- Prevención de accidentes: no dejar al alcance de los niños/as instrumentos cortopunzantes, objetos muy pequeños que puedan deglutirlos, medicamentos, detergentes, objetos de plomo, plaguicidas, abonos y otros
- No permitir el acceso a cables de electricidad, enchufes, tomacorrientes
- Poner especial cuidado con escaleras y vías de tránsito
- Poner a disposición del niño/a juguetes que no sean necesariamente onerosos, pero sí atractivos y adecuados para la estimulación y recreación de acuerdo a la edad
- Explicar a la madre que, de acuerdo al desarrollo de su hijo/a, ciertas características se irán presentando a una determinada edad. Por lo cual la motivación y estímulos que debe utilizar los padres y/o cuidadores desarrollaran la imaginación, el lenguaje, el aprendizaje de normas sencillas y el desenvolvimiento de cualidades espirituales, para que alcancen una adaptación armónica en el medio ambiente que le rodea.
- Instruir a los padres y/o cuidadores sobre la utilidad y valor del Carné de Salud Infantil del Niño/a y la importancia de tener presente las fechas de las consulta y el cumplimiento de las mismas
- Concientizar acerca del buen trato y las prácticas del buen vivir.

2.1.15. Visitas de seguimiento

Se realizarán a través de visitas domiciliarias, de acuerdo a los riesgos de salud y problemas del entorno familiar: biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, coordinadas con los EBAS, quienes son los concedores de la situación familiar, el ambiente familiar, físico y sus recursos, quienes evaluarán el caso, realizará la intervención correspondiente y brindarán el apoyo que requiera la familia para la resolución del problema.

CAPÍTULO TERCERO



ATENCIÓN DEL NIÑO Y NIÑA DE 5 A 9 AÑOS (ESCOLARES)

3. ATENCIÓN DEL NIÑO/A DE 5 A 9 AÑOS (ESCOLARES)

3.1. GENERALIDADES

La atención integral de los niños y niñas de 5 a 9 años de edad (**grupo etareo de edad escolar, independientemente si están o no escolarizados**) contribuye al pleno desarrollo de las potencialidades físicas, intelectuales, sociales y espirituales, a través de los componentes de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con la co-participación de la familia, comunidad y organizaciones del sistema educativo.

El control de salud escolar debe ser integrado: control de crecimiento y desarrollo, odontológico, salud mental y detección de riesgos biológicos, familiares, escolares, sociales y ecológicos. El control debe ser periódico, anual y desde el primer año de educación básica.

Los niños/as en edad escolar deberán ser atendidos en:

- Unidades de Salud;
- Unidades móviles; y/o,
- Establecimientos educativos de acuerdo a:
 - Demanda espontánea de niños/as no escolarizados o escolarizados.
 - Atención planificada de los matriculados en escuelas y/o colegios de su ámbito de acción que no disponen de servicio médico propio.
 - Atención de referencias intra e inter institucionales.
 - Coordinación con centros educativos para lograr que el personal de salud cumpla con las normas de atención establecidas para este grupo poblacional e informe las actividades desarrolladas al área de salud correspondiente.

3.1.1. Recomendaciones generales

Se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones que permitan brindar una atención de calidad y con calidez:

- Procurar un espacio físico adecuado.
- Disponer del material e instrumental mínimo de acuerdo con el nivel de atención.
- Observar el lenguaje no verbal, gestos, actitud y presentación del escolar y acompañantes.
- Hacer preguntas dentro del contexto, buscar el real motivo de consulta, utilizar un lenguaje apropiado y claro, no hablar demasiado ni aprovechar el momento para sermonear.
- Estimular la presencia de los componentes de la unidad educativa (padres, profesores, estudiantes y representantes).
- Escuchar atentamente y poner atención a los comentarios.
- Respetar las tradiciones y valores socioculturales.
- No hacer comparaciones de situaciones con otros estudiantes o parientes.
- Orientar al niño/a en el auto cuidado de su salud.
- Respetar el pudor de los niños/as.
- Respetar la confidencialidad.
- Cuando se considere la necesidad de comunicar a la familia hacerlo en lo posible en presencia del niño/a, y con su conocimiento.

- Educar a la familia para que respete las opiniones de los niños/as.
- Fomentar la comunicación y la participación del niño/a en el conocimiento de los problemas y las decisiones familiares.
- Tener como objetivo final la participación de la familia y la comunidad en el proceso de resolución de problemas.
- Es necesario establecer una relación adecuada con los niños/as, profesionales del equipo multidisciplinario y la familia para intervenciones correspondientes.

3.1.2. Actividades en la atención

La atención individualizada exige el manejo de la historia clínica completa (SNS-MSP/HCU form. 028C/2010) llena con la información obtenida de los padres de familia, profesores, representantes y/o del propio escolar.

La atención integral al escolar comprende:

- Anamnesis.
- Examen físico.
- Evaluación del crecimiento (peso, talla e índice de masa corporal) y estado nutricional.
- Evaluación del desarrollo sicomotor y emocional.
- Examen visual.
- Examen del oído.
- Examen de la glándula tiroides.
- Estado y control de salud bucal.
- Inmunizaciones.
- Exámenes de laboratorio.
- Promoción y educación para la salud.
- Diagnóstico e intervención social.
- Atención y tratamiento de la morbilidad intercurrente.
- Promoción y vigilancia de la salud mental del escolar.
- Prevención de discapacidades.
- Referencia y contra-referencia.
- Visita domiciliaria.
- Organización de grupos de pares.
- Recomendaciones generales.

3.2. ANAMNESIS

La anamnesis debe ser realizada con enfoque de riesgo y visión biosicosocial. Se la sistematizará en los formularios SNS-MSP/HCU form. 028C/2010.

- Datos de identificación.
- Consulta principal.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.

3.3. EXAMEN FÍSICO

Se realiza siguiendo la sistematización de la HCU y aplicando los formularios SNS-MSP/HCU-for.028C/2010 (Anexo 5).

3.3.1. Evaluación del estado nutricional

Para evaluar el crecimiento y determinar el estado nutricional de los niños y niñas de 5 a 9 años de edad, se debe utilizar los Patrones de Crecimiento de escolares y adolescentes de la OMS. Los indicadores, son: Talla para la edad, Peso para la edad e IMC para la edad. Se debe proceder de igual manera que en el Capítulo Segundo: “Atención del niño/a menor de cinco años”, en los Formularios, (MSP HCU-Form. 028 A 3/09 o Form. 028 A 4/09) Anexo 11.

Interpretación de los puntos marcados para indicadores de crecimiento de los escolares, niños/as de 5 a 9 años.

Compare los puntos marcados en la curva de crecimiento de niños y niñas con las líneas de puntuación Z para determinar si indican un problema de crecimiento. Las mediciones en los recuadros sombreados se encuentran en el rango normal.

INDICADORES DE CRECIMIENTO			
Puntuación Z	INDICADORES DE CRECIMIENTO		
	Talla para la edad	Peso para edad	IMC para la edad
Por encima de 3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obeso
Por encima de 2			Obeso
Por encima de 1			Sobrepeso
0 (mediana)			
Por debajo de -1			
Por debajo de -2	Baja talla (Ver nota 3)	Bajo peso	Delgadez
Por debajo de -3	Baja talla severa (Ver nota 3)	Bajo peso severo	Delgadez Severa

Notas:

- Un/a niño/a en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desordenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiera al niño/a en este rango para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un/a niño/a excesivamente alto para su edad).
- Un/a niño/a cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud/talla o IMC para la edad.
- Es posible que un/a niño/a con retardo baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.

3.3.2. Evaluación del desarrollo sicomotor y emocional

Se utilizarán los esquemas evolutivos correspondientes descritos en el Anexo 12.

El equipo de salud coordinará con los docentes de los escolares para la realización del Test de Stott modificado (referirse a normas de Salud Mental).

3.3.3. Examen visual

Durante la edad escolar, los exámenes oftalmológicos deberán realizarse cada año, porque en esta época se inician e incrementan todos los defectos de refracción, especialmente miopías y otras alteraciones orgánicas que deberán ser tratadas y corregidas.

Para el examen visual se debe aplicar todo lo descrito en la parte correspondiente al examen visual del Capítulo “Atención al niño/a de un mes a cinco años”, y los procedimientos correspondientes (Anexo 9 y si existe patología, referirse a la “Guía para la Atención Primaria Oftalmológica Infantil”).

3.3.4. Examen auditivo

Para investigar problemas del oído y de la audición en este grupo, debemos realizar un examen minucioso del oído para establecer las causas y el probable tratamiento (Anexo 10).

Interrogatorio: Signos y síntomas:

- Dolor (otalgia-otodinia).
- Secreciones.
- Zumbidos o acúfenos.
- Vértigo.
- Traumatismos.

Examen físico: Inspección, palpación:

- Malformaciones.
- Obstrucciones:
- Cuerpos extraños.
- Tumoraciones.
- Tapón de cera.
- Lesiones.
- Secreciones.
- Alteraciones de la articulación témporo-maxilar.

3.3.5. Determinación de la agudeza auditiva.

Para determinar la agudeza auditiva se debe proceder de igual manera que lo descrito en el Capítulo “Atención de niños/as menores de 5 años”.

3.3.6. Examen de la glándula tiroides

Aplicar y clasificar de acuerdo a lo descrito en el Capítulo Segundo “Atención de niños/as menores de 5 años”.

3.3.7. Atención de Salud Bucal

El control de la salud bucal es obligatorio para todos los escolares programados en las diferentes unidades operativas. Ello permitirá educar, prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los problemas de los tejidos blandos y duros de la boca.

A los escolares de 6 a 9 años de edad, el odontólogo realizará el examen clínico, diagnóstico y plan de tratamiento respectivo y registrará en el formulario correspondiente. En este grupo de edad será obligatoria la aplicación de sellantes, sean de autopolimerización o fotopolimerización en los molares definitivos sanos (referirse a Norma de Salud Bucal).

Es importante indicar que también se atenderán al resto de escolares de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y recursos.

3.3.8. Exámenes de laboratorio

Se realizará según criterio profesional, necesidades del recién nacido y disponibilidad del servicio. (Los parámetros de referencia normal, debe solicitar al laboratorio que lo realice, porque dependen de la metodología que aplica cada uno).

Para detección de patología, se debe realizar exámenes de:

- SANGRE: Hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, glicemia, urea, creatinina, Proteína Reactiva (PCR), velocidad de sedimentación, GTO, TGP, bilirrubinas, grupo y factor, sodio y potasio.
- ORINA: Elemental y microscópico, Gram en gota fresca
- Heces: Coproparasitario, polimorfonucleares, sangre oculta en heces, rotavirus

3.3.9. Inmunizaciones

En todos los casos de los niños en edad escolar en que no se haya completado el esquema de vacunaciones de los niños/as menores de 5 años, debe completárselo sustituyendo la dosis de DPT por dos dosis de DT.

Revisar que los niños/as tengan completo el esquema de vacunación para menores de 5 años. Administrar un refuerzo de DT en segundo y séptimo de básica. Al llegar a la pubertad es recomendable haber completado el esquema de vacunación de acuerdo a las normas vigentes del MSP y, en lo posible, con refuerzo de SRP o SR. (referirse al capítulo 2, esquema de vacunación).

3.3.10. Promoción y educación para la salud

Para este grupo se realizarán las siguientes actividades:

- Censo de establecimientos educativos preescolares y escolares del área de influencia de la unidad operativa.
- Plan de Acción Interinstitucional de actividades por unidad educativa.
- Entrevistas y reuniones con la comunidad educativa.
- Los contenidos de promoción de la salud y prevención a tratarse estarán en relación con los planes y programas de salud y la demanda de la comunidad, tomando en cuenta prioritariamente los siguientes:
- Hábitos higiénicos: individual, colectivo, bucodental, alimentaria, mental, genital.
- Educación nutricional.
- Educación ambiental: conservación y respeto al entorno: hogar, escuela y comunidad.
- Seguridad: prevención de accidentes en el hogar, la escuela, la vía pública y otros.
- Prevención de violencia y maltrato.
- Primeros auxilios.

Organizar grupos de alumnos, profesores, padres de familia, personal administrativo y de servicio para el desarrollo de actividades de promoción y educación para la salud de acuerdo a necesidades. Se tomarán como ejes los siguientes temas:

- Desarrollo sico-evolutivo del niño/a.
- Trabajo infantil.
- Comunicación intrafamiliar.
- Empleo racional del tiempo libre.
- Explicación del proceso de la pubertad normal.
- Educación sexual: salud reproductiva, equidad de género, prevención de violencia y abuso sexual.
- Detección precoz de trastornos de conducta en el/a niño/a (aplicación de la *Guía para Detección Precoz de Problemas de Salud Mental Infantil*) (Anexo 13).
- Autoestima y resiliencia.
- Depresión, ansiedad y fobias.
- Problemas de aprendizaje.

Las charlas educativas estarán orientadas a la comunidad educativa por niveles. El equipo de salud del área dentro de la programación anual de actividades realizará la inspección sanitaria de la escuela, en coordinación interinstitucional (MEC, Municipios, Juntas de Agua, líderes comunitarios).

Los aspectos para inspeccionarse:

- Abastecimiento, calidad y cantidad de agua.
- Instalaciones sanitarias.
- Disposición de desechos sólidos y líquidos.
- Condiciones de almacenamiento, tipo, calidad y manipulación de alimentos al interior y exterior de la escuela (incluye personal que manipula alimentos).
- Detección de seguridad de las instalaciones.
- Disposición de áreas verdes.
- Calidad y seguridad de las instalaciones escolares (ventilación, iluminación de aulas, incluido escaleras de incendio, extintores, señalización para evacuación en casos de emergencia).
- Seguridad de las instalaciones eléctricas.
- Presencia de animales domésticos y plagas.
- Disposición de botiquines escolares.
- Equipos ergonómicos.

3.3.11. Diagnóstico e intervención social

En los servicios que cuenten con recursos para actividades de trabajo social se debe:

- Identificar la problemática social inmersa en el proceso salud-enfermedad de este grupo de edad. Llenar la encuesta socio-económica en el formulario correspondiente en la HCU.
- Intervención social en los casos detectados y referidos.
- Seguimiento y evaluación de los casos detectados y referidos.

- Diseñar y ejecutar investigaciones que permitan el conocimiento de los problemas sociales que afecten a la población escolar.
- Seguimiento y evaluación del proceso.

3.3.12. Atención y tratamiento de la morbilidad intercurrente

En todos los casos se debe tratar la patología intercurrente y se aprovechará el contacto del paciente con el servicio de salud para enfatizar las acciones de fomento y protección de la salud.

La patología intercurrente se registrará en el formulario SNS-MSP/HCU form. 028C/2010 y la evolución y prescripciones en el formulario MSP- HCU-005.

Por la alta prevalencia de la helmintiasis y sus efectos, el personal de salud en coordinación con la unidad educativa procederá a la desparasitación periódica (una vez cada seis meses), mediante la utilización de albendazol 400 mg o mebendazol (500 mg) en una sola dosis, además de las recomendaciones higiénicas pertinentes.

3.3.13. Promoción y vigilancia de la salud mental del escolar

Detección de riesgo: Los equipos básicos de salud en coordinación con la comunidad educativa, deberán:

- Promocionar y educar a los padres de familia, maestros, líderes comunitarios y equipos de salud en aspectos de salud mental.
- Detectar problemas prevalentes de salud mental del escolar mediante la aplicación de la “Norma de Salud Mental en la Infancia”.
- Diagnosticar y tratar problemas de salud mental detectados en la población escolar y planificar acciones de fomento y protección de la misma.

3.3.14. Actividades del equipo de salud, maestros, familia y comunidad

- Equipo de salud: Conformado por el médico, enfermera, sicólogo, educador para la salud y/o trabajadora social, en los servicios que existan realizarán las siguientes actividades:
 - Promocionar la salud integral y prevención de las enfermedades mentales, a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.
 - Desarrollar acciones de prevención primaria con los grupos de mayor riesgo, cuyos padres han migrado, niños/niñas con un grado grave o moderado de desnutrición, niños/niñas cuyos padres son alcohólicos.
 - Realizar el estudio social, tratamiento, seguimiento y organización de grupos de padres de familia de los niños con problemas de salud mental.
 - Asesorar, supervisar y coordinar con la comunidad educativa.
 - Capacitar y supervisar a los maestros en la detección precoz de trastornos de conducta utilizando la “Guía de Detección Precoz de Problemas de Salud Mental Infantil” (Anexo 13).
 - **Tratamiento, referencia y seguimiento de los casos leves y casos moderados de problemas de salud mental.**
- Maestros:

- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades mentales mediante la identificación precoz, empleando la “*Guía de Detección Precoz de Problemas de Salud Mental Infantil*”.
- Apoyar a los niños y las familias para el cumplimiento de las acciones de salud mental.
- Detección y referencia de escolares con problemas de salud mental graves y ayudar en su tratamiento.
- Familia y comunidad:
 - Coordinar con el equipo de salud y con la unidad educativa la aplicación del tratamiento.
 - Comprometerse y colaborar con el plan de tratamiento.
 - Apoyar a otras familias de la comunidad que se encuentren en similares condiciones.
 - Constituirse en el entorno favorable para la salud y el desarrollo integral de las personas.

3.3.15. Prevención de discapacidades

El equipo de salud debe estar informado y preparado para detectar, diferenciar y actuar apropiada y oportunamente frente a la deficiencia, discapacidad y minusvalía. (Anexo 14)

Las discapacidades, congénitas o adquiridas, deben en lo posible ser evitadas para que la persona afectada logre superarse o adaptarse de la mejor manera posible y optimice sus habilidades residuales para conseguir su integración social y lograr una vida digna y satisfactoria.

La prevención de discapacidades está relacionada con todas las medidas preventivas destinadas a:

- Reducir la aparición de **deficiencias** (prevención de primer grado)
- Limitar o anular la **incapacidad** producida por deficiencia (prevención de segundo grado).
- Prevenir la transición de incapacidad a **minusvalidez** (prevención de tercer grado).
- En forma general, las medidas de prevención pueden adoptarse en los tres grados mencionados y deben incorporarse desde el nivel de atención primaria mediante actividades de capacitación a la comunidad y la incorporación de contenidos de rehabilitación comunitaria como una alternativa básica.

3.3.16. Referencia y contrareferencia

Todo problema de salud que no pueda ser solucionado en el nivel de complejidad deberá ser referido al siguiente con los instrumentos pertinentes, teniendo cuidado de solicitar la respectiva contrareferencia.

3.3.17. Visita domiciliaria

Se realizará según las necesidades de captación o seguimiento de los niños/as y de acuerdo a las disponibilidades del servicio, en forma planificada.

Se evalúan los problemas de salud que pudieran tener las niñas o los niños en el domicilio visitado. Cuando no existan problemas se evaluarán los aspectos del crecimiento y del desarrollo sicomotor incluyendo la prevención del maltrato. Se

registrarán los factores de riesgo y los factores protectores para planificar el seguimiento en la unidad de salud o en nueva visita domiciliaria.

3.3.18. Organización de grupos de pares

Coordinar con la comunidad educativa para la formación y organización de grupos de pares, y apoyar en aspectos de promoción de la salud y solución de problemas.

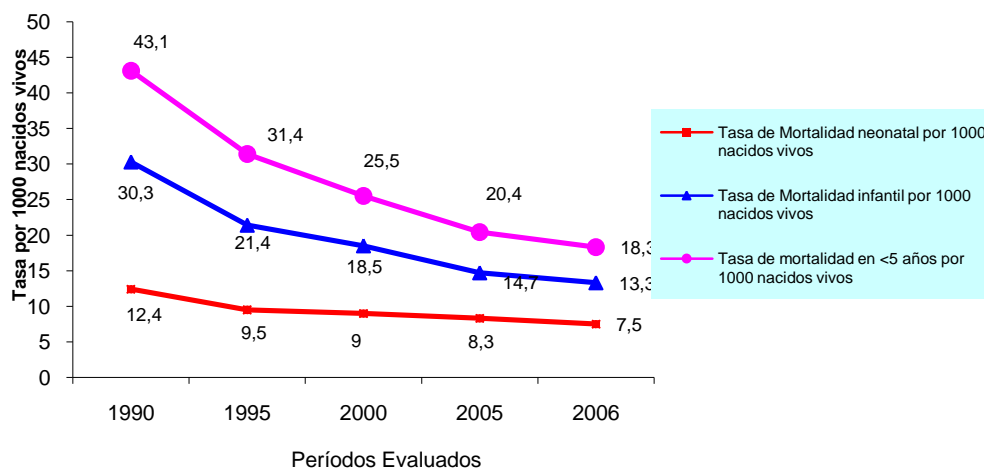
3.3.19. Recomendaciones generales para las unidades educativas

El personal de salud debe coordinar con las unidades educativas de cada área de salud para el control periódico del crecimiento y desarrollo, detección de riesgos biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos. Se debe coordinar con la comunidad educativa y líderes comunitarios para que el ambiente en el que se desarrollan los niños/as en edad escolar sea propicio para su bienestar y cumplan con los requerimientos técnicos básicos de salud escolar como:

- Iluminación adecuada en las aulas.
- Disponibilidad de instalaciones sanitarias.
- Mobiliario ergonómico, adecuado a la edad de los escolares.
- Ventilación adecuada en los espacios físicos de las aulas.
- Espacios recreacionales, entre otros.
- Loncheras y expendio de refrigerios a escolares.

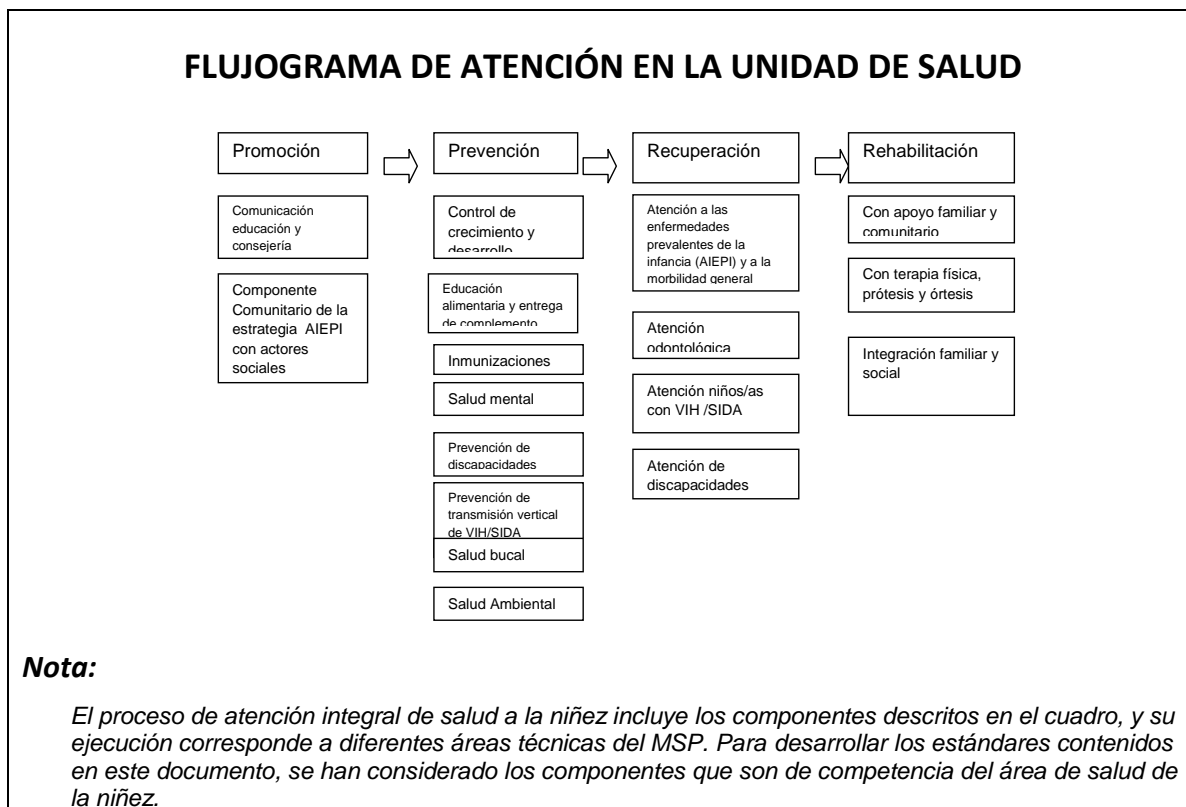
Además se debe coordinar para identificar y evitar fuentes de contaminación (agua segura, eliminación de excretas, baterías sanitarias, alimentos y bebidas, medio ambiente), promover hábitos, comportamientos saludables y prevención del maltrato.

CAPÍTULO CUARTO



ESTANDARES, INDICADORES E INSTRUMENTOS, PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑEZ

4. ESTÁNDARES, INDICADORES E INSTRUMENTOS, PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑEZ



4.1. ESTÁNDARES PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN:

- **Estándar de entrada:**

Toda Unidad Operativa contará con el 100% de equipos, insumos y medicamentos básicos para la atención ambulatoria a niños/as lactantes (menores de un año), preescolares (de uno a cuatro años) y escolares (de cinco a nueve años).

- **Estándares de proceso: promoción – prevención – recuperación**

- En todas las primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de diez años de edad, se les brindará consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional de acuerdo a su edad, y se registrará en la historia clínica.
- En todas las primeras consultas de niños/as menores de 10 años, se brindará atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez.
- En todas las primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de cinco años de edad se brindará atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

- **Estándar de salida:**

Toda madre/cuidadora/or de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, deberá reconocer al menos 4 de los 8 signos de peligro, de cuando debe regresar inmediatamente a la Unidad de Salud.

4.2. CUADRO DE ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑEZ

ENFOQUE SISTÉMICO	PROCESOS DE ATENCIÓN			
	Promoción	Prevención	Recuperación	Rehabilitación
Entrada	1. Toda Unidad Operativa contará con el 100% de equipos, insumos y medicamentos básicos para la atención ambulatoria a niños/as lactantes (menores de un año), preescolares (de uno a cuatro años) y escolares (de cinco a nueve años)			
Proceso	2. En todas las primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de diez años de edad, se les brindará consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional de acuerdo a su edad, y se registrará en la historia clínica			
		3. En todas las primeras consultas de niños/as menores de 10 años, se brindará atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez		
			4. En todas las primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de cinco años de edad se brindará atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI	
Salida			5. Toda madre / cuidadora/or de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, deberá reconocer al menos 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de Salud	

4.3. INDICADORES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES

4.3.1. Estándar e indicador de entrada para la atención integral de salud de la niñez

1. Toda Unidad Operativa contará con el 100% de equipos, insumos y medicamentos básicos para la atención ambulatoria a niños/as lactantes (menores de un año), preescolares (de uno a cuatro años) y escolares (de cinco a nueve años)

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
Toda Unidad Operativa contará con el 100% de equipos, insumos y medicamentos básicos para la atención ambulatoria a niños/as lactantes (menores de un año), preescolares (de uno a cuatro años) y escolares (de cinco a nueve años)	Porcentaje de equipos e insumos básicos con los que cuenta la Unidad Operativa para la atención ambulatoria a niños/as lactantes (menores de un año), preescolares (de uno a cuatro años) y escolares (de cinco a nueve años)	Número de equipos e insumos básicos con los que cuenta la Unidad Operativa para la atención ambulatoria a la niñez _____ x 100 Total de equipos e insumos básicos con los que debe contar la Unidad Operativa para la atención ambulatoria a la niñez	Lista de chequeo para constatar la existencia de equipos e insumos básicos	Lista de chequeo para constatar la existencia de equipos e insumos básicos	Observación directa	No aplica muestra	Anual

Lista de equipos e insumos básicos para la atención ambulatoria a la niñez:		
<p>Área de preparación:</p> <p>a) Equipo antropométrico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paidómetro, tallímetro o cinta métrica 2. Balanza pediátrica 3. Balanza de adulto <p>b) Equipo para examen clínico</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fonendoscopio 5. Tensiómetro con mango pediátrico 6. Termómetros <p>Consultorio Pediátrico:</p> <p>a) Insumos para aseo</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Lavabo 8. Jabón 9. Toalla 	<p>b) Equipo para examen clínico</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Mesa de examen 11. Fonendoscopio 12. Equipo de diagnóstico 13. Baja lenguas 14. Escala de Snellen u otra <p>c) Paquete Normativo e instrumentos para la atención de la salud de la niñez</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Normas de atención a la niñez 16. Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia "AIEPI" (cuadro de procedimientos, manual de capacitación, cuaderno de ejercicios, álbum de fotografías) 17. Guía para la atención primaria oftalmológica infantil 18. Formularios de HCU. (Form. 028, 028A, 028B, 005, AIEPI 01/02, y AIEPI 02/02) 19. Recetario 	<p>Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad Operativa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acetaminofen (paracetamol) en gotas, y jarabe o tabletas 2. Ampicilina suspensión 3. Amoxicilina o Cotrimoxazol suspensión 4. Eritromicina 200mg/5cc suspensión 5. Lactato de Ringer o solución salina 6. Mebendazol o Albendazol suspensión o tabletas 7. Sales de rehidratación oral 8. * Gentamicina 10 mg/cc amp. 9. * Penicilina G Cristalina 1.000.000 UI. 10. * Jeringuillas de 5 c.c.

4.3.2. Estándar e indicador de proceso para la atención de promoción, prevención y recuperación de salud de la niñez

En todas las primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de diez años de edad, se les brindará consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional de acuerdo a su edad, y se registrará en la historia clínica

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todas las primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de diez años de edad, se les brindará consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional de acuerdo a su edad, y se registrará en la historia clínica	Porcentaje de primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de diez años de edad, a los que se les brindó consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional, de acuerdo a su edad, y se registró en la historia clínica (en el formulario de evolución 005)	<p>Número de primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de diez años de edad, a los que se les brindó consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional, de acuerdo a su edad, y se registró en la historia clínica (en el formulario de evolución 005)</p> $\frac{\text{Número de primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de diez años de edad, a los que se les brindó consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional, de acuerdo a su edad, y se registró en la historia clínica (en el formulario de evolución 005)}}{\text{Total de primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de 10 años atendidos/as en la Unidad Operativa y revisadas para este estándar}} \times 100$	Historia clínica (formulario 005)	Parte diario de atenciones y consultas ambulatorias del MSP	Documental: Revisión de historia clínica y registros	30 Historias clínicas escogidas aleatoriamente de los 3 meses evaluados	Trimestral

En todas las primeras consultas de niños/as menores de 10 años se brindará atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todas las primeras consultas de niños/as menores de 10 años se brindará atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez	Porcentaje de primeras consultas de niños/as menores de 10 años, a los/as que se brindó atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez	<p>Número de primeras consultas de niños/as menores de 10 años de edad, a los/as que se brindó atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez</p> $\frac{\text{Número de primeras consultas de niños/as menores de 10 años de edad, a los/as que se brindó atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez}}{\text{Total de primeras consultas de niños/as menores de 10 años de edad, atendidos/as en la Unidad Operativa y revisadas para este estándar}} \times 100$	Historia clínica (formulario 028/02)	Parte diario de atenciones y consultas ambulatorias del MSP	Documental: Revisión de historia clínica y registros	30 Historias clínicas escogidas aleatoriamente de los 3 meses evaluados	Trimestral

En todas las primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de cinco años de edad se brindará atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todas las primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de cinco años de edad se brindará atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI	4a. Porcentaje de primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de dos meses de edad a los/as que se les brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI	Número de primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de dos meses de edad a los/as que se les brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI _____ X 100 Total de primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de dos meses de edad atendidos/as en la Unidad Operativa y revisadas para este estándar	Historia clínica: formularios AIEPI 01 / 02	Parte diario de atenciones y consultas ambulatorias del MSP	Documental: Revisión de historia clínica y registros	30 Historias clínicas escogidas aleatoriamente de los 3 meses evaluados	Trimestral
	4b. Porcentaje de primeras consultas de morbilidad de niños/as de dos meses a menores de cinco años de edad a los/as que se les brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI	Número de primeras consultas de morbilidad de niños/as de dos meses a menores de cinco años de edad a los/as que se les brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI _____ X 100 Total de primeras consultas de morbilidad de niños/as de dos meses a menores de cinco años de edad atendidos/as en la Unidad Operativa y revisadas para este estándar	Historia clínica: formularios AIEPI 02 / 02	Parte diario de atenciones y consultas ambulatorias del MSP	Documental: Revisión de historia clínica y registros	30 Historias clínicas escogidas aleatoriamente de los 3 meses evaluados	Trimestral

4.3.3. Estándar e indicador de salida para la atención de recuperación de salud de la niñez

Toda madre / cuidadora/or de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, deberá reconocer al menos 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de Salud

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
<p>Toda madre / cuidadora/or de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, deberá reconocer al menos 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de Salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No puede beber agua 2. Se ve decaído 3. No puede tomar el seno 4. Tiene dificultad para respirar 5. Tiene respiración agitada o ruidosa 6. Tiene asientos con sangre 7. Le falta agua en el cuerpo (deshidratado/a) 8. Tiene fiebre muy alta 	<p>Porcentaje de madres / cuidadoras/es de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, y que reconocen al menos 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de Salud</p>	<p>Número de encuestas a madres / cuidadoras/es de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, y que reconocen al menos 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de Salud</p> $\frac{\text{Número de encuestas a madres / cuidadoras/es de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, y que reconocen al menos 4 de los 8 signos, de cuando debe regresar de inmediato a la Unidad de Salud}}{\text{Total de encuestas aplicadas a madres / cuidadoras/es de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, y que son atendidos/as en la Unidad Operativa}} \times 100$	<p>Resultados de las encuestas aplicadas</p>	<p>Total de encuestas aplicadas</p>	<p>Directo: Aplicación de encuestas</p>	<p>30 encuestas</p>	<p>Trimestral</p>

4.4. INSTRUMENTOS E INSTRUCTIVOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA MONITOREAR LOS INDICADORES DE ESTÁNDARES

4.4.1. Estándar e indicador de entrada

1. Toda Unidad Operativa contará con el 100% de equipos, insumos y medicamentos básicos para la atención ambulatoria a niños/as lactantes (menores de un año), preescolares (de uno a cuatro años) y escolares (de cinco a nueve años)

Instructivo:

- a. Realice la medición de este estándar en forma anual
- b. Registre el nombre de la provincia, el número del área de salud, el nombre de la unidad operativa, la fecha de la medición, año evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
- c. Realice la constancia física del listado de equipos, insumos y medicamentos básicos para la atención ambulatoria de la niñez, en el área de preparación, consultorio pediátrico, y farmacia de la Unidad Operativa.
- d. Para la constancia de los medicamentos en la farmacia, se verificará la existencia de un stock mínimo considerado por la misma Unidad Operativa. Sólo las Unidades Operativas que se encuentran a cuatro horas o más de un hospital de referencia deben contar con gentamicina ampolla, penicilina G cristalina y jeringuillas de 5 cc.
- e. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical el signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple con cada ítem del estándar, tome en cuenta el estado de los equipos e insumos, de existir pero no encontrarse en forma idónea para su funcionamiento, no cumple con el estándar.

Procesamiento:

- f. Sume en sentido vertical cuántos equipos, insumos y medicamentos del estándar cumplen (signo +) y registre el resultado en el casillero que corresponde a ¿cuántos ítems del estándar cumple?
- g. Divida el resultado del numerador del total de equipos, insumos y medicamentos que se encuentran presentes y en buen estado el día de la medición (¿Cuántos ítems del estándar cumple?), para el denominador: 26 si se trata de una Unidad Operativa que se encuentra cerca de un hospital de referencia y 29, si está a cuatro horas o más de un hospital de referencia, (que corresponde al total de equipos, insumos y medicamentos con los que debe contar la Unidad Operativa). Este resultado multiplique por 100 y obtendrá el porcentaje de cumplimiento del estándar, el mismo que debe registrarlo en el casillero correspondiente.

Instrumento: Lista de chequeo

Provincia: _____
 Unidad Operativa: _____
 Año evaluado: _____

Área de Salud N°: _____
 Fecha de la medición: _____
 Responsable de la medición: _____

Equipos, insumos y medicamentos básicos.-	Cumple
Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	
Área de preparación:	
Equipo antropométrico	
Paidómetro, tallímetro o cinta métrica	
Balanza pediátrica	
Balanza de adulto	
Equipo para examen clínico	
Fonendoscopio	
Tensiómetro con mango pediátrico	
Termómetros	
Consultorio Pediátrico:	
Insumos para aseo	
Lavabo	
Jabón	
Toalla	
Equipo para examen clínico	
Mesa de examen	
Fonendoscopio	
Equipo de diagnóstico	
Baja lenguas	
Escala de Snellen u otra	
Paquete Normativo e instrumentos para la atención de la salud de la niñez	
Normas de atención a la niñez	
Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia "AIEPI" (cuadro de procedimientos, manual de capacitación, cuaderno de ejercicios, álbum de fotografías)	
Guía para la atención primaria oftalmológica infantil	
Formularios de HCU.(Form. 028A, 028B, 028C,028D,005	
Recetario	
Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad Operativa)	
Acetaminofen (paracetamol) en gotas, y jarabe o tabletas	
Ampicilina suspensión	
Amoxicilina o Cotrimoxazol suspensión	
Eritromicina 200mg/5cc suspensión	
Lactato de Ringer o solución salina	
Mebendazol o Albendazol suspensión o tabletas	
Sales de rehidratación oral	
Gentamicina 10 mg/cc amp.	
Penicilina G Cristalina 1.000.000 UI.	
Jeringuillas de 5 c.c.	
Otros según patología (describir)	
¿Cuántos ítems del estándar cumple? / Total de ítems que debe cumplir	
Porcentaje de cumplimiento del estándar (resultado anterior x 100)	%

4.4.2. Estándar e indicador de proceso para la atención de promoción, prevención y recuperación

En todas las primeras consultas de prevención o morbilidad a niños/as menores de diez años de edad, se les brindará consejería por su motivo de consulta y sobre lactancia materna o educación nutricional de acuerdo a su edad, y se registrará en la historia clínica

Instructivo:

1. Realice la medición de éste estándar en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el número del Área de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el trimestre y año evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística de la Unidad Operativa los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias (MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04.2003) del trimestre de la evaluación, de cada uno de los profesionales que brindan atención a niños/as en la Consulta Externa.
4. De los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias:
 - a) Seleccione niños/as atendidos/as por primera consulta preventiva, revisando la edad y que sea primera consulta, (menores de 1 año, columna 12, de 1 a 4 años, columna 14 y de 5 a 9 años, columna 16) revise los diagnósticos que coincidan con control del/a niño/a sano/a en la columna # 29;
 - b) Además seleccione niños/as atendidos/as por primera consulta de morbilidad, revisando la edad y que sea primera atención (menores de 1 mes, columna 19; de 1 a 11 meses, columna 20, de 1 a 4 años, columna 21, y de 5 a 9 años columna 22; todos/as los/as que hayan sido atendidos/as como primera consulta, columna 36) revise los diagnósticos que coincidan con atención de morbilidad en las columnas 29 y 34.
 - c) Se recomienda obtener una muestra aproximada de 9 historias clínicas para atención preventiva, dividida para los tres meses investigados y para el número de profesionales que brinde atención, y 21 historias clínicas para morbilidad, divididas en 7 por infecciones respiratorias agudas, 7 por diarrea y 7 por desnutrición, y de igual manera dividida la muestra para los tres meses investigados y para el número de profesionales que brinden atención.
 - d) Realice una lista de los números de las historias clínicas seleccionadas. Si la producción de la Unidad Operativa es igual o menor a 30 consultas, se tomarán todas, mientras que si es mayor de 30, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30.
5. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas.
6. Verifique en cada historia clínica en los formularios de evolución (005), si se encuentra anotado que se dio consejería de acuerdo al motivo de consulta, y sobre lactancia materna o educación nutricional, según corresponda, o si se encuentra en su defecto la descripción de la consejería otorgada, en cuyos casos cumple con el estándar.
7. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple con cada aspecto, para los casos de las atenciones preventivas (sin motivo de consulta) se calificará como NA (no aplica) en la consejería de acuerdo al motivo de consulta, sin que afecte la calificación final. En Observaciones del instrumento, puede anotar lo que considere pertinente, en relación a la obtención del dato del estándar en cada historia clínica.
8. En el casillero que corresponde a ¿Cumple el estándar con todos los aspectos? registre en sentido vertical si cumple, signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

4.4.3. Estándar e indicador de proceso para la atención de prevención y recuperación

En todas las primeras consultas de niños/as menores de 10 años se brindará atención integral, de acuerdo a la norma de atención a la niñez

Instructivo:

1. Realice la medición de éste estándar en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el número del Área de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el trimestre evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Las mismas historias clínicas revisadas para el estándar anterior, se utilizan para calificar este estándar.
4. Verifique en cada historia clínica en los formularios “ 028 A, 028B, 028C, 028D, 028 A1, 028 A2 y 005, si se encuentra anotado lo siguiente:
 - a) Datos de identificación: apellido paterno, materno y nombres y/o N° de historia clínica
 - b) Anamnesis: descripción del motivo de consulta y enfermedad actual.
 - c) Interrogatorio por aparatos y sistemas: descripción en cada uno, (puede encontrarse una raya o señal que indique normalidad).
 - d) Antecedentes personales: puede encontrarse en blanco, en casos en los que el/la niño/a o cuidador/a no recuerda o desconoce, pero debe encontrarse en observaciones este particular.
 - e) Antecedentes patológicos: descripción en cada uno, (puede encontrarse una raya o señal que indique normalidad).
 - f) Antecedentes patológicos familiares: descripción, (puede encontrarse una raya o señal que indique normalidad).
 - g) Examen físico general inicial: descripción en cada uno, (puede encontrarse una raya o señal que indique normalidad).
 - h) Primer control: descritos todos los aspectos, dependiendo de la edad, en infantil si es menor de un año, o preescolar o escolar si es mayor de un año. En relación al examen de agudeza visual y auditiva, se la realiza a partir de los tres años de edad, por lo que en menores de esta edad, puede encontrarse en blanco en el formulario de la historia clínica.
 - i) Inmunizaciones: Se identificará señales que indiquen que ha sido aplicada de acuerdo a la edad del niño/a, puede encontrarse en blanco en casos que el/la niño/a o cuidador/a no recuerda o desconoce, pero debe encontrarse en observaciones este particular.
 - j) Gráfico de crecimiento y desarrollo: Identificando que se encuentre señalado el peso y talla, de acuerdo a la fecha de la consulta.
 - k) Gráfico de desarrollo psicomotor: Identificando que se encuentre señalado el desarrollo de acuerdo a la fecha de la consulta. Esto se aplicará sólo hasta los cinco años de edad, pasada esta edad se colocará NA (no aplica) sin que esto altere la valoración final del estándar.
5. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple con cada aspecto. En Observaciones del instrumento, puede anotar lo que considere pertinente, en relación a la obtención del dato del estándar en cada historia clínica.
6. En el casillero que corresponde a ¿Cumple el estándar con todos los aspectos? Registre en sentido vertical si cumple, signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

4.5. ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO PARA LA ATENCIÓN DE RECUPERACIÓN

En todas las primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de cinco años de edad se brindará atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI.

4.a. Porcentaje de primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de dos meses de edad a los/as que se les brindó atención integral de acuerdo al protocolo de la estrategia de AIEPI

Instructivo:

1. Realice la medición de éste estándar e indicador en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el número del Área de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el trimestre evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística de la Unidad Operativa los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias (MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04.2003) del trimestre de la evaluación, de cada uno de los profesionales que brindan atención a niños/as en la Consulta Externa.
4. De los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias:
 - a) Seleccione niños/as menores de 2 meses, atendidos/as por primera consulta de morbilidad, revisando las columnas 19 y 20 del parte diario (menores de 2 meses), la columna 36 (primera consulta), y las columnas 29 y 34 para ver diagnósticos que coincidan con atención de morbilidad y AIEPI, no tome los diagnósticos de control del/a niño/a sano/a, problemas crónicos o enfermedades menos comunes, trauma u otras emergencias debidas a accidentes o lesiones.
 - b) Realice una lista de los números de las historias clínicas seleccionadas. Si la producción de la Unidad Operativa es igual o menor a 30 consultas, se tomarán todas, mientras que si es mayor de 30, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30.
5. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas. Tome en cuenta que pueden existir historias clínicas de niños/as mayores de 2 meses, hasta 11 meses (columna 20), las mismas que tendrá que desechar y completar la muestra para este indicador, (o utilizarlas para el siguiente indicador).
6. Verifique en cada historia clínica si se registró en los formularios 016, 028 A, 028B y 005, los siguientes datos:
 - ◆ Datos generales: nombre y apellido o # de HC, sexo, edad, fecha de nacimiento, presenta carnet (si o no).
 - ◆ Antecedentes maternos: deberá señalarse no o si, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones.
 - ◆ Antecedentes familiares: deberá señalarse no o si, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones.
 - ◆ Antecedentes obstétricos: mínimo deberá tener: último parto previo, planeado si o no.
 - ◆ Antecedentes prenatales: deberá señalarse no o si, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones.
 - ◆ Nacimiento: deberá señalarse no o si, y en casos de que exista si o no como señal de peligro, deberá describirse en observaciones.
 - ◆ Recién nacido/a: deberá señalarse no o si, llenarse todos los datos, y en casos de que exista si o no como señal de peligro, o en blanco por no poder obtener los datos, deberá describirse en observaciones.
 - ◆ Revisión actual de sistemas: deberá existir alguna descripción.
 - ◆ Examen físico: deberá existir alguna descripción
 - ◆ Atención neonatal / consulta: fecha de atención, primera o subsecuente, edad, motivo de consulta, evolución: anamnesis y examen físico, peso, talla, perímetro cefálico, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria; evaluar y clasificar:
 - ◆ Enfermedad neonatal grave e infección local: deberá señalarse no o si en cada aspecto, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la clasificación.
 - ◆ Diarrea: deberá señalarse no o si en cada aspecto, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la clasificación.
 - ◆ Problema de nutrición: deberá señalarse no o si en cada aspecto, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la clasificación.
 - ◆ Problema de desarrollo: deberá señalarse no o si en cada aspecto, y en casos de que exista si, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la clasificación.
 - ◆ Vacunas: deberá señalarse no o si, en BCG / HB 1 en casos de que exista no, deberá describirse en observaciones, además deberá constar la fecha de la próxima vacuna.
 - ◆ Otros problemas o riesgos: deberá existir alguna descripción.
 - ◆ Actividades: deberá existir alguna descripción.
 - ◆ Tratamiento y procedimientos: deberá existir alguna descripción.
7. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple con cada aspecto. En el casillero que corresponde a ¿Cumple el estándar con todos los aspectos? Registre en sentido vertical si cumple, signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

Instructivo:

1. Realice la medición de éste estándar e indicador en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el número del Área de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el trimestre evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística de la Unidad Operativa los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias (MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04.2003) del trimestre de la evaluación, de cada uno de los profesionales que brindan atención a niños/as en la Consulta Externa.
4. De los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias:
 - a) Seleccione niños/as de dos meses a menores de 5 años, atendidos/as por primera consulta de morbilidad, revisando las columnas 20 y 21 del parte diario (menores de 5 años), la columna 36 (primera consulta), y las columnas 29 y 34 para ver diagnósticos que coincidan con atención de morbilidad y AIEPI, no tome los diagnósticos de control del niño/a sano/a, problemas crónicos o enfermedades menos comunes, trauma u otras emergencias debidas a accidentes o lesiones.
 - b) Realice una lista de los números de las historias clínicas seleccionadas. Si la producción de la Unidad Operativa es igual o menor a 30 consultas, se tomaran todas, mientras que si es mayor de 30, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30.
5. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas. Tome en cuenta que pueden existir historias clínicas de niños/as menores de 2 meses, (columna 20), las mismas que tendrá que desechar y completar la muestra para este indicador, (o utilizarlas para el indicador anterior).
6. Verifique en cada historia clínica si se registró en los formularios 028A, 028B, 028D, 028 A1, 028 A2, y 005, los siguientes datos:
 - ◆ Datos generales: nombre y apellido o # de HC, sexo, fecha, atención primera o subsecuente, edad, peso, temperatura y qué problemas tiene el/la niño/a.
 - ◆ Evaluar peligro general: deberá señalarse no o si en cada aspecto y constar la clasificación.
 - ◆ Evaluar tos o dificultad para respirar: deberá señalarse número de días con dificultad (puede estar en blanco si no existe dificultad), respiraciones por minuto, señalarse no o si en cada aspecto y constar la clasificación.
 - ◆ Evaluar diarrea: deberá señalarse número de días con diarrea (puede estar en blanco si no existe diarrea), señalarse no o si en cada aspecto y constar la clasificación.
 - ◆ Evaluar fiebre: deberá señalarse no o si en cada aspecto y constar la clasificación.
 - ◆ Evaluar problema de oído: deberá señalarse número de días con supuración del oído (puede estar en blanco si no existe problema de oído), señalarse no o si en cada aspecto y constar la clasificación.
 - ◆ Evaluar desnutrición y/o anemia: deberá señalarse no o si en cada aspecto, además relación peso / edad, tendencia de crecimiento y constar la clasificación.
 - ◆ Evaluar desarrollo psicomotor: deberá señalarse no o si en cada aspecto, (pueden estar en blanco los aspectos que no correspondan a la edad del niño o niña) y constar la clasificación.
 - ◆ Fecha de atención
 - ◆ Evaluar vacunación: deberá señalarse no o si en cada aspecto, (puede estar en blanco, en caso de que se haya marcado que tiene el esquema de vacunación completo, o que no corresponda la vacuna a la edad del niño o niña).
 - ◆ Evaluar alimentación: deberá señalarse no o si o describirse lo solicitado en cada aspecto, (pueden estar en blanco los aspectos que no correspondan a la edad del niño o niña) y constar la clasificación.
 - ◆ Evaluar maltrato y descuido: deberá señalarse no o si o describirse lo solicitado en cada aspecto, (puede estar en blanco: "falta concordancia entre historia y lesión", de no existir ninguna lesión) y constar la clasificación.
 - ◆ Evaluar otros problemas: deberá existir alguna descripción, puede estar en blanco, en caso de no existir ningún otro problema.
 - ◆ Tratamiento: deberá existir alguna descripción, al menos siempre en consejería.
 - ◆ Actividades: deberá señalarse no o si en cada aspecto y la fecha de la próxima atención.
7. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple con cada aspecto. En el casillero que corresponde a ¿Cumple el estándar con todos los aspectos? Registre en sentido vertical si cumple, signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

4.5.1. Estándar e indicador de salida

Toda madre o cuidadora/or de niños/as menores de 5 años de edad enfermos/as, deberán reconocer al menos 4 de los 8 signos de cuando debe ir urgentemente a la Unidad de Salud

Instructivo:

1. Realice la medición de éste estándar en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el número del Área de Salud, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el trimestre evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Aplique las siguientes encuestas luego de la consulta médica o post consulta (si existe) y antes de que el/a usuario/a (madre o cuidadora/or que haya acudido con un/a niño/a para consulta de morbilidad) abandone la Unidad Operativa, preferible en los días de mayor demanda, hasta completar 30 encuestas. En la columna N° 1 se encuentra registrado el número de la encuesta a ser aplicada, cada encuesta corresponde a una fila.
4. Esta encuesta puede ser aplicada por el personal de la misma Unidad Operativa, previa capacitación en todos los aspectos relacionados a la realización de la encuesta (que no sean identificados con el área de pediatría).
5. El/a encuestador/a deberá realizar la siguiente pregunta: **¿Le enseñaron o indicaron a usted, cuáles son los signos de peligro, para traerle al niño/a inmediatamente a la Unidad Operativa?.**
6. El/a encuestador/a no deberá mencionar los signos de peligro (escritos en el instrumento), será el/a usuario/a quien lo haga.
7. Luego registrará en sentido horizontal en cada casillero del instrumento (columnas 2 a la 9) con signo positivo (+) si la respuesta del/a usuario/a se relaciona con los signos de peligro descritos en el instrumento y con signo negativo (-) si no se relacionan.
8. Registrará en la columna 10, signo positivo (+) si las respuestas positivas han sido 4 o más, o con signo negativo (-) si son menos de 4.

Instrumento de recolección de datos: Concentrado de encuestas de conocimientos

Provincia: _____
 Unidad Operativa: _____
 Trimestre evaluado _____

Area de Salud N°: _____
 Fecha de la medición: _____
 Responsable de la medición: _____

(1) Nº de encuesta	Pregunta: ¿Le enseñaron o indicaron a usted, cuáles son los signos de peligro, para traerle al niño/a inmediatamente a la Unidad Operativa?								(10) ¿Menciona al menos 4 de los 8 signos de peligro? Marque + si cumple y - si no cumple
	(2) No puede beber agua	(3) Se ve decaído	(4) No puede tomar el seno	(5) Tiene dificultad para respirar	(6) Tiene respiración agitada o ruidosa	(7) Tiene asientos con sangre	(8) Le falta agua en el cuerpo (deshidratado/a)	(9) Tiene fiebre muy alta	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR / TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS									30
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR									%

Procesamiento:

En la columna 10, sume en sentido vertical cuántas encuestas cumplen con el estándar (signo positivo) y registre en la misma columna, en: **TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR**. Divida este valor (numerador) para el total de encuestas aplicadas (denominador, 30) y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero que corresponda a **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR**

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Jarvis WR Robles B, Nosocomial Infections in patients. *Adv Pediatr Infct Dis* 1996; 12: 243-295.
2. Philip AGS. THE changing face of neonatal infection: experience at a regional medical center. *Pediat Infect Dis J* 1994; 13:1098-1102.
3. Isaacs D Barfield CP, Grimmwood K, McPhee AJ, Minutillo C, Tudehope DI. Sistemyc bacterial and fungal infections in infants in Australian neonatal units. *Med J Aust* 1995; 162: 198-201.
4. Stoll BJ, Gordon T, Korones SB, Shankarans S, Tyson JE, Bauer CR et al. Late-onset sepsis in very low birth weight neonatales: a report from the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research network. *J Pediatr* 1996; 129: 63-71.
5. Bologna R, Andion E, Paganini H, Aguirre C, Soto A, Casimir L, et al. Costo – Benefit Analysis of the prevention of central venous Catheter Associated Bloodstream Infections in a Pediatric Hospital, abztracts. *INT J Infect Dis Cancúb* 2004, p.141.
6. Mendivill C; Egues J, Polo P, Ollaquindia P, Nuin MA, Del Real C. Infección nosocomial, vigilancia y control de la infección en neonatología. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona. San Navarra* 2000, Vol 23 Supl. 2: 177-184.
7. Nelson test book of Pediatrics 18th ed. 2007.
8. Pombo Manuel. *Tratado de endocrinología pediátrica*. 4ta ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2009.
9. Normas de Atención de la Niñez. Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de la salud. Programa atención a la Niñez. MSP- Quito 2003
10. MSP: “Normas para la Atención Materno Infantil por niveles de complejidad” Dirección Nacional de Fomento y Protección de la Salud, Quito 1992.
11. MSP “Manual de Normas Maternas” Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito 2008 – Programa de Salud Materna
12. MSP. “Patrones de referencia curvas neonatales y del menor de 5 años” Dirección Nacional de Normatización del SNS, Quito 2003 - Nutrición
13. MSP “ Manual atención primaria oftalmológica infantil “Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito 2008 - Salud de la Niñez
14. MSP. “Cuadro de Procedimientos, manual de capacitación de la estrategia “AIEPI” Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito 2006.
15. OPS/OMS manual clínico de la AIEPI neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil, Washington DC 2005.
16. MSP, Proceso de Normatización de SNS, Consejo Nacional de Salud, Manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna - neonatal, Quito 2008.

ANEXO 3 : MANIOBRA DE ORTOLANI

1. Lo siguiente es una descripción detallada de la maniobra de Ortolani (E.C.L.A.M.C. Segunda Reunión Anual del estudio. Recreo Argentina, 1970).
2. El/la niño/a acostado/a en decúbito dorsal sobre un plano duro (mesa sin colchoneta) y el médico ubicado a los pies del niño/a.
3. Se toman ambas rodillas, una con cada mano, del siguiente modo: el pulgar del médico aprisiona la rodilla contra el hueco de la palma de su mano, en tanto que los cuatro dedos, extendidos a lo largo de la cara externa del muslo, permiten que la yema de los dedos índice, medio y anular se apoyen en el trocánter del fémur.
4. Se espera hasta que el/la niño/a esté relajado y no llore. Si no se toma esta precaución la maniobra pierde buena parte de su efectividad diagnóstica.
5. Lentamente, se flexionan las caderas y rodillas, simultánea y bilateralmente.
6. Con el hueco de las manos se ejerce una presión ligera y sostenida sobre las rodillas,
7. en el sentido axilar del fémur, en tanto que las yemas de los dedos tratan de empujar los trocánteres en que están apoyadas, hacia arriba del plano de la mesa, como si se intentara levantar la pelvis del niño/a de la mesa de examen.
8. Mantenimiento en forma sostenida este juego de presiones, se juntan las rodillas en la línea media: ADUCCIÓN.
9. Manteniendo en forma sostenida este juego de presiones, se separan las rodillas hasta llevarlas casi al plano de apoyo: ABDUCCIÓN.
10. Manteniendo en forma sostenida este juego de presiones, se torna a llevar las rodillas a la línea media: ADUCCIÓN.

Cuando la maniobra es positiva, los dedos apoyados en el trocánter perciben un resalto o "click", producido por la entrada o por la salida de la cabeza del fémur al acetábulo, en los pasos número 7 y 8 de la maniobra descrita. Todos los movimientos deben ser lentos, suaves y decididos, para evitar ruptura del cartílago de Limbo. Basta percibir el resalto una sola vez para que la maniobra sea considerada positiva. La no repetición del resalto no invalida la positividad obtenida. La maniobra tiene mayor validez cuanto menor el tiempo transcurrido desde el nacimiento. Es recomendable ejecutarla dentro de las primeras doce horas de vida.

Si se ha obtenido el resalto de un solo lado, es recomendable repetir la maniobra al día siguiente para descartar una afección del otro lado.

ANEXO 4: GUIA DE ESTIMULACIÓN

Estimulación al recién nacido/a (norma de atención a la niñez msp - 2005)

- Permítale moverse libremente, no le fajen ni le vistan con ropa que le impida mover brazos y piernas
- Póngale su dedo en la mano para que lo apriete, si no lo hace, ayúdele. Si le aprieta el dedo hale su mano para que haga fuerza. Haga este mismo ejercicio con las dos manos
- Ponga al niño/a de espaldas, tómelo de las manos y tire hacia delante hasta sentarle. Vuélvale a acostar. Repita tres veces. No importa que todavía no sujete la cabeza
- Muéstrelle alguna cosa de color vivo y muévala en sentido horizontal lentamente para que la siga con la vista a 20 cm por encima de su cama

1 mes

- Tómele las piernas y muévalas suavemente hacia arriba, sin doblar las rodillas, luego bájelas lentamente
- En posición boca arriba, extienda los brazos a los lados y luego colóquelos uno sobre el otro en el pecho
- Mientras le da de lactar, háblele, cántele y abrácele con cariño

2 meses

- Póngale de espaldas y muévale suavemente las piernas y brazos como si pedaleara
- Cuando esté boca abajo, pase con firmeza un dedo a lo largo de la espalda. Esto le ayudará a levantar cabeza y hombros

3 meses

- Sonríale y celébrele las cosas que está aprendiendo. Si dice algún sonido, repítalo, si se ríe, ríase usted también
- Cuando levante los pies del niño/a para cambiarle el pañal, haga que él se mire sus propios pies y bájelos suavemente
- Déjele de vez en cuando acostado boca abajo, para que se ejercite en levantar la cabeza y el pecho
- Dele objetos de madera o de material flexible para manipular
- Amarre un cordel en la cama del niño/a para que cuando esté de espaldas pueda tocarlo con sus manos. Cuelgue una sonaja. Si no tiene una, “constrúyala” (granos en un pequeño envase)

4 meses

- Haga todo lo posible para que el baño sea un rato agradable para él/ella
- Estando el/la niño/a de espaldas, muévale la sonaja a la altura de las piernas, animándole para que patalee y la haga sonar
- Ponga una cobija en el suelo, coloque al niño/a encima, junto a algún objeto que le interese. Déjele moverse libremente
- Cántele y aliméntele con cariño

6 meses

- Dele una cucharita para que vaya aprendiendo a cogerla
- Repita los sonidos o gestos que el/la niño/a hace o dice
- Coloque al niño/a boca abajo y déjele arrastrarse o gatear
- Enséñele a jugar a las escondidas

9 meses

- Es bueno que el/la niño/a vaya aprendiendo, poco a poco, a hacer cosas por su cuenta: tomar la cuchara, tomar un jarro, etc.
- Dele un pedazo de pan o plátano para que coma solo
- Coloque un objeto cerca del niño/a, de manera que tenga que cambiar de posición para alcanzarlo (pararse, gatear, darse vuelta)
- Estimule al niño/a para que se pare afirmándose de algo o alguien. Sujétele para que dé pasitos

12 meses

- Ayúdele a caminar cogiéndole con las manos
- Trate que el/la niño/a coopere cuando le vista. Háblele mientras lo hace. Dígale: “levanta las piernas”, “siéntate”, etc.
- Es bueno que ayude a comer con una cuchara
- Haga que el/la lleve el ritmo de alguna música (radio o canto suyo), golpeando las manos o golpeando un tambor (cuchara de palo con una olla)
- No le deje demasiado tiempo en la cama, corral o silla, porque ahora necesita
- ejercicios para caminar

18 meses

- Hay que enseñarle primero que entienda lo que significa hacerse “pipí”. Dígale que se ha mojado en los pañales sin enojarse. Luego hágalo sentar en la bacinilla por tres minutos y si hace “pipí” prémiele
- La mamá que exige a su niño/a que no se moje en los pañales cuando tiene menos de 18 meses, malgasta su tiempo y atemoriza al niño/a
- Estimule y premie al niño/a por colaborar en vestirse y desvestirse
- Dele oportunidades para jugar con niños/as de su edad
- Juegue con el/la niño/a a la pelota

24 meses

- Estimúlele a que coopere en tareas domésticas, dándole órdenes que pueda cumplir (llevar, traer, poner, etc.).
- Enséñele a llenar y vaciar cubos y cajas
- Háblele mucho, despacio y correctamente
- Enséñele a identificar las partes de su cuerpo

36 meses

- Estimúlele a correr y saltar
- Ayúdele a utilizar un lenguaje más variado y amplio. Consérvele, háblele claro y cuénteles cuantos, pidiéndole que los repita
- Estimúlele a que aprenda continuamente nuevos juegos e incluso invente juguetes y juegos
- Aplauda su progreso y agradezca su ayuda
- Estimule y eduque a su niño/a con cariño
- No le maltrate

Al comenzar la estimulación recuerde:

- La estimulación debe realizarse como un juego
- Los juegos-ejercicios resultan inútiles si no se articulan en el seno de las relaciones afectivas que tengan sentido para el/la niño/a.
- Primero provocar en el/la niño/a el “deseo de hacer” aquello que debe realizar

- Saber “escuchar” al niño/a en vez de dirigirle. Estar “alerta” a sus estados de ánimo internos, deseos y demandas
- Durante la estimulación, no es más importante lo que se hace y se le dice, sino la “forma” cómo se hace y se le habla
- Adoptar siempre una actitud afectiva y estable con él/ella
- Comenzar con “juegos-ejercicios” motores amplios y globales que faciliten el contacto corporal. E/la niño/a logra elaborar su “presencia corporal” a través de la aceptación del educador
- Continuar con “juegos-ejercicios” simples, conocidos por el/la niño/a, para darle confianza y evitar frustraciones que llevan la relación al fracaso
- Manténgale concentrado en los “juegos-ejercicios”. El/la niño/a repite varias veces sus acciones para aprender.
- Prémiele afectivamente los esfuerzos o éxitos del niño/a
- Acompañe los ejercicios con “palabras”
- Conversarle y llámele por su nombre
- No es necesario respetar el orden de los ejercicios indicados, sino acomodarlos según el ritmo, la intensidad y la maduración del comportamiento del niño/a
- El educador debe adaptar su comportamiento y coordinar los juegos-ejercicios con ritmo de goce mutuo en la interacción con el/la niño/a.

Juguetes

0-3 meses

- Pedazos de papel o tela de colores vivos suspendidos
- Objetos de madera o material flexible para manipularlos

3 a 6 meses

- Pequeños objetos no peligrosos. Anillos de madera, bolillas, conchas, sonajeros, calabazas llenas de granos cuidadosamente cerradas, cajas

6 a 9 meses

- Pelota de trapo, cubos coloreados, animales de felpa o trapo, pedazos de madera, pequeños utensilios de cocina (sin puntas ni filos en los bordes)

9 a 12 meses

- Lo anterior más objetos desechos del hogar que estimulen su imaginación y le permitan crear juegos

12 a 18 meses

- Cubos o cajas para apilar o colorear en diversas formas, cubos o baldes con piedra para manipular, llenar o vaciar. Juguetes con ruedas para tirar o empujar. Pelotas, muñecos de trapo o felpa, imágenes

18 a 24 meses

- Agua y arena. Libros viejos, catálogos, revistas, pelotas, muñecos

Los objetos que se le dan al niño/a para que juegue deben tener un tamaño apropiado para evitar que se introduzca en la boca y se trague. Los muñecos de trapo o felpa no deben tener materiales desprendibles (botones, bolas) que el/la niño/a pueda arrancar y tragarse.

ANEXO 5

DEPARTAMENTO		MUNICIPIO Y DISTRITO		EDAD (en años)		FECHA DE NACIMIENTO		HISTORIA CLÍNICA													
FUENTES DE INFORMACIÓN																					
1. ANTECEDENTES MATERNOG <small>Mostrar "X"</small>					2. ANTECEDENTES FAMILIARES																
DIABETES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
3. ANTECEDENTES OBSTETRICOS																					
<table border="0"> <tr> <td>PRIMER TRIMESTRE</td> <td>SEGUNDO TRIMESTRE</td> <td>TERCER TRIMESTRE</td> <td>PRIMER PERIODO</td> <td>SEGUNDO PERIODO</td> <td>TERCER PERIODO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>										PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	PRIMER PERIODO	SEGUNDO PERIODO	TERCER PERIODO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	PRIMER PERIODO	SEGUNDO PERIODO	TERCER PERIODO																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
4. ANTECEDENTES PRENATALES <small>Mostrar "X"</small>					OBSERVACIONES																
HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
5. NACIMIENTO <small>Mostrar "X"</small>																					
HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
6. RECÉN NACIDO <small>Mostrar "X"</small>																					
HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					

SNS - MSP / HCU Form. 028A / 2010 ATENCIÓN AL NIÑO / NIÑA MENOR DE 2 MESES

CONSULTA - 1					CONSULTA - 2				
FECHA					FECHA				
EDAD					EDAD				
7. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA									
TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACIONES	TENSION ARTERIAL	PEQUEÑO CEFALO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACIONES	TENSION ARTERIAL	PEQUEÑO CEFALO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. MOTIVO DE CONSULTA									
9. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL									
10. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS									
OP <input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					OP <input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
11. EXAMEN FÍSICO					11. EXAMEN FÍSICO				
OP <input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					OP <input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
12. CURVAS DE CRECIMIENTO									

SNS - MSP / HCU form. 028A / 2010 ATENCIÓN AL NIÑO / NIÑA MENOR DE 2 MESES

DEPARTAMENTO		FORMA / PRELADO		EDAD DE N		TIPO DE ASESORÍA		EVALUACIÓN	
CONSULTA 1		EDAD		EDAD		CONSULTA 2		EDAD	
1. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA					1. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA				
TEMPERATURA		FRECÜENCIA CARDÍACA		FRECÜENCIA RESPIRATORIA		PRESIÓN ARTERIAL		PESO	
TALLA		PERÍMETRO CEFÁLICO		OPORTUNIDAD					
2. MOTIVO DE CONSULTA					2. MOTIVO DE CONSULTA				
3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL					3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL				
4. ANTECEDENTES PERSONALES					4. ANTECEDENTES PERSONALES				
5. ANTECEDENTES FAMILIARES					5. ANTECEDENTES FAMILIARES				
6. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS					6. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS				
SIST. RESPIRATORIO		SIST. CARDIOVASCULAR		SIST. DIGESTIVO		SIST. URINARIO		SIST. REPRODUCTIVO	
SIST. RESPIRATORIO		SIST. CARDIOVASCULAR		SIST. DIGESTIVO		SIST. URINARIO		SIST. REPRODUCTIVO	
7. DESARROLLO PSICOMOTOR					7. DESARROLLO PSICOMOTOR				
8. EXAMEN FÍSICO					8. EXAMEN FÍSICO				
CABEZA		OJOS		OÍDOS		GARGANTA		CORAZÓN	
CABEZA		OJOS		OÍDOS		GARGANTA		CORAZÓN	

SNS-MSP / HCU - Form. 529C / 2018

ATENCIÓN A NIÑOS / NIÑAS DE 2 MESES A 3 AÑOS

9. VACUNACIÓN		REGISTRE LA FECHA					
TIPO DE VACUNA	RECIBIÓ NACIDO	MENOR DE UN AÑO			12 a 23 meses		5 - 9 AÑOS
		2 MESES	4 MESES	6 MESES	1er. REPUERZO	2do. REPUERZO	ÚNICO ÚNICA
BCG							
H B (Inactiva)							
OPV							
Rotavirus							
Paratuberculosis (DTP + TB) + HB							
Neumococo Conjugado							
Varicela (a partir de los 9 meses)							
DTP							
MM							
VARICELA							
Fiebre Amarilla							
DTP (a 6 años)							
Vacunado (a 6 años)							
* SI TIENE ALGUNA DE LAS VACUNAS Y QUISIERA REVISARLAS, DEBE REVISARLAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS.							
CONSULTA 1		CONSULTA 2		CONSULTA 3		CONSULTA 4	
10 DIAGNOSTICOS / CIE		10 DIAGNOSTICOS / CIE		10 DIAGNOSTICOS / CIE		10 DIAGNOSTICOS / CIE	
11. PLAN DE TRATAMIENTO				11. PLAN DE TRATAMIENTO			
12. EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES MEDICAS							
FECHA		HORA		NOTAS DE EVOLUCIÓN		PRESCRIPCIONES MEDICAS	
FECHA		HORA		NOTAS DE EVOLUCIÓN		PRESCRIPCIONES MEDICAS	

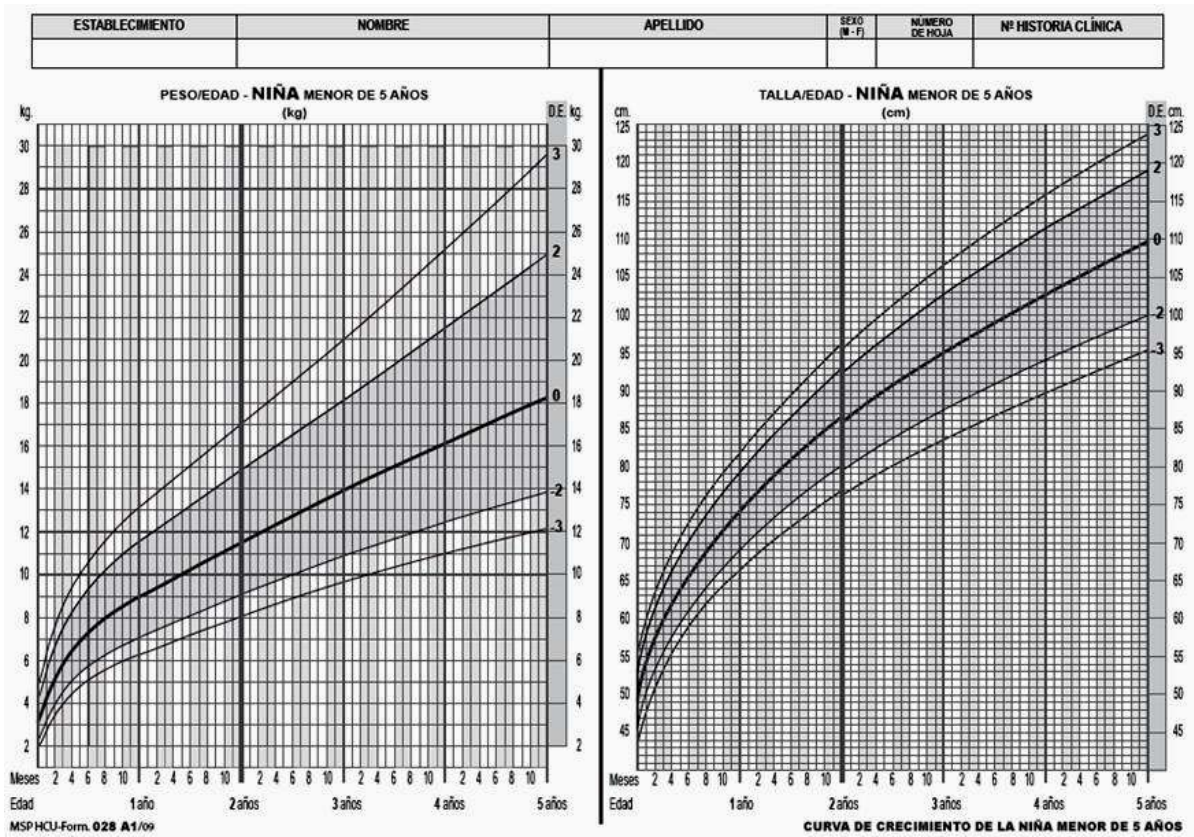
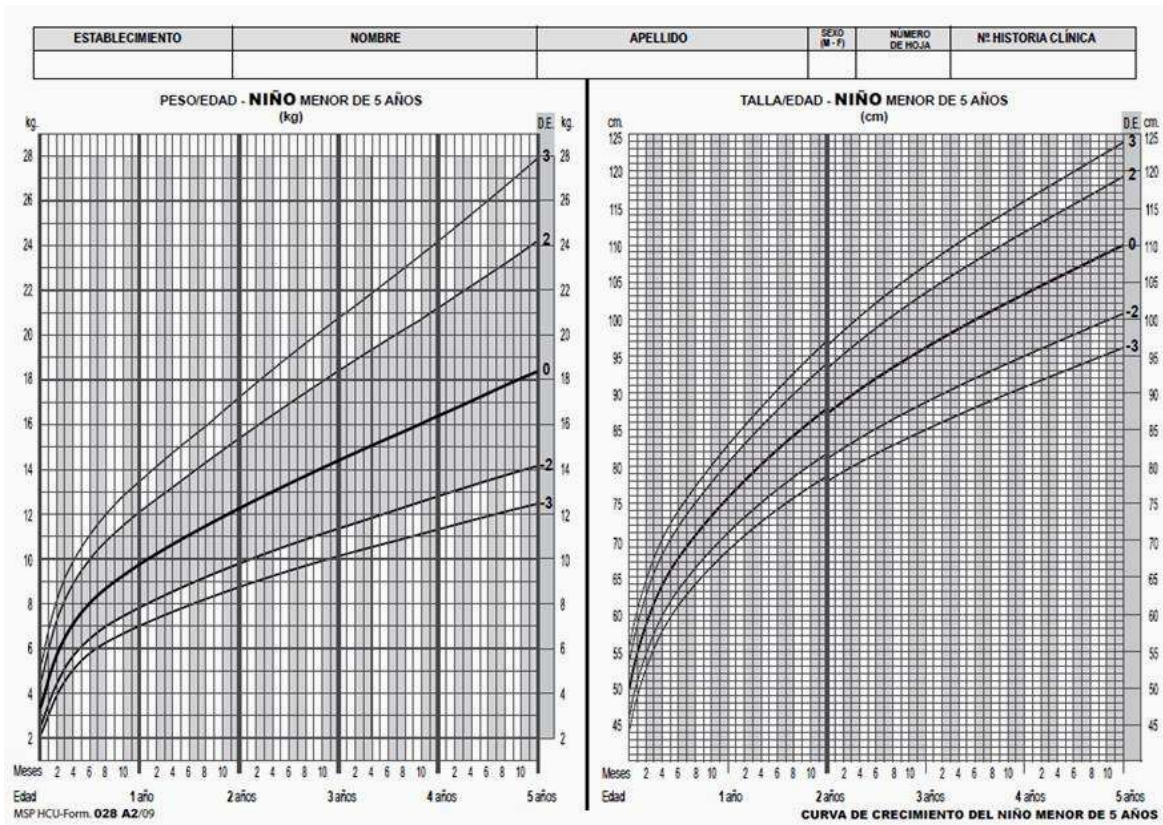
SNS-MSP / HCU - Form. 529C / 2018

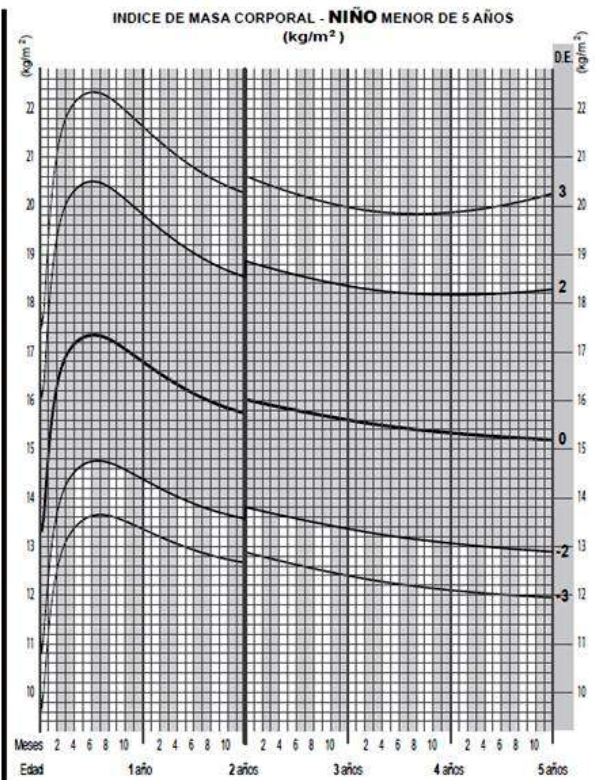
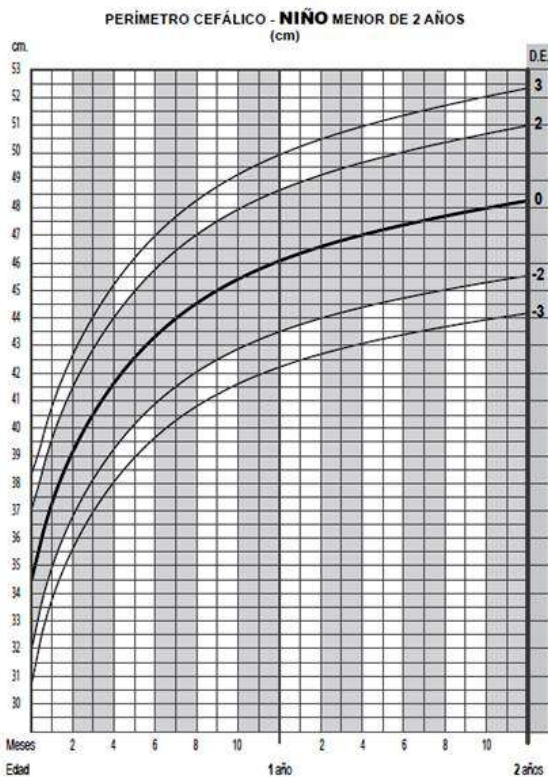
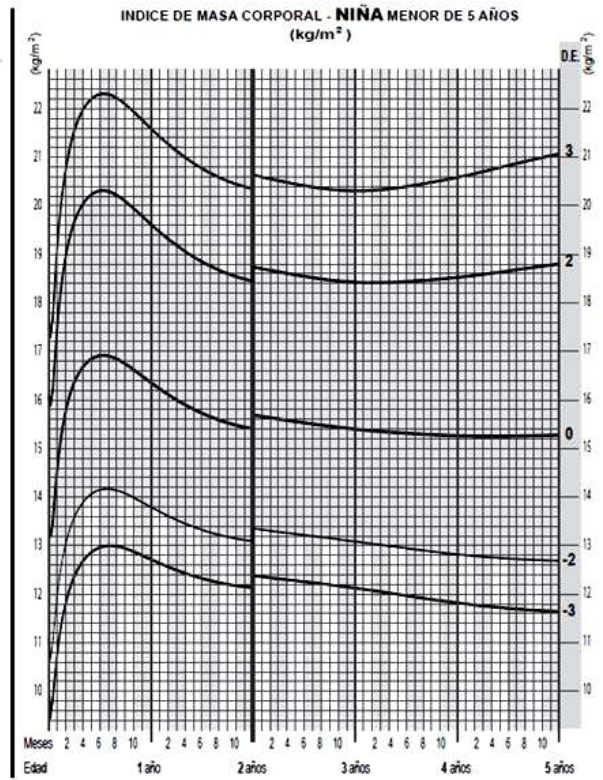
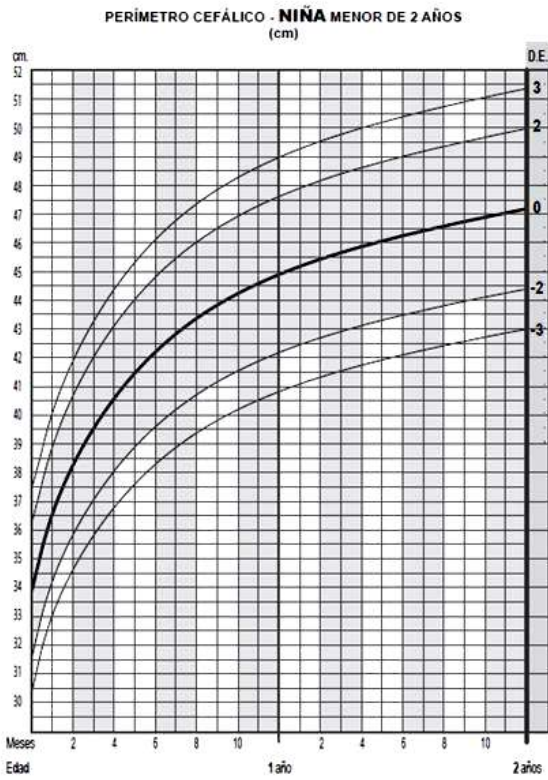
ATENCIÓN A NIÑOS / NIÑAS DE 2 MESES A 9 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD EN AÑOS	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
Fecha de atención						
Edad						
Peso kg						
Temperatura °C						
MOTIVO DE CONSULTA						
1 SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL Marcar "x"						
EVALUAR SI TIENE AL MENOS 1 DE LOS SIGUENTES SIGNOS						
	No puede beber o tomar al seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vomita todo lo que ingiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Letargo o incoordinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR PELIGRO GENERAL (REFERIR URGENTE)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR Marcar "x"						
EVALUAR						
	Presenta cualquier signo de peligro en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiene traze subcostal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiene estidor en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR NEUMONIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE (REFERIR URGENTE)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Tiene respiración rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hay sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR NEUMONIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR NO TIENE NEUMONIA (REFIRIR, CRPE O BROMOCRISTINA)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 DIARREA Marcar "x"						
EVALUAR						
	Está letárgico o incoordinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No puede beber o bebe mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiene las ojos hundidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hay signo de pliegue cutáneo (+) al pellizcar la piel, vuelve lentamente a su estado anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR DESHIDRATACION GRAVE O CON SHOCK (REFERIR URGENTE)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Está intranquilo o irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiene los ojos hundidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bebe evidentemente, con sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hay signo de pliegue cutáneo (+) al pellizcar la piel, vuelve lentamente a su estado anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR DESHIDRATACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR NO TIENE DESHIDRATACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Tiene diarrea hace 14 días o más, con deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR DIARREA PERSISTENTE GRAVE (REFERIR URGENTE)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Tiene diarrea hace 14 días o más, sin deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR DIARREA PERSISTENTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Diarrea con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR DISENTERIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 FIEBRE Marcar "x"						
SI COMO EL ANTO GUSTAR CASO DE MALARIA						
EVALUAR						
	Cualquier signo de peligro en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR ENFERMEDAD FEBIL MUY GRAVE (REFERIR URGENTE)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Fiebre de 37.3° C o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR MALARIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI COMO EL ANTO GUSTAR CASO DE FALSA						
EVALUAR						
	No tiene signos de peligro ni rigidez de nuca: otra causa de fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR FIEBRE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI COMO EL ANTO GUSTAR CASO DE FALSA						
EVALUAR						
	Cualquier signo de peligro en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manifiestaciones de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor y distensión abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR ENFERMEDAD FEBIL MUY GRAVE O DENGUE GRAVE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Fiebre en zona de riesgo de dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR SOSPECHA DE DENGUE CLASICO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 PROBLEMA DE DIDO Marcar "x"						
EVALUAR						
	Hay tumefacción y dolor detrás de la oreja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR OTITIS MEDIA AGUDA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Tiene supuración visible del oído de menos de 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR INFECCION AGUDA DE OIDO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUAR						
	Tiene supuración visible del oído de 14 o más días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR INFECCION CRONICA DE OIDO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		FECHA DE ATENCIÓN							
		CONSULTA 1	CONSULTA 2	CONSULTA 3	CONSULTA 4	CONSULTA 5			
6 DESNUTRICIÓN / ANEMIA Marcar "x"									
EVALUAR									
	Hay emaciación grave visible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Hay edema en antebrazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Tiene palidez palmar intensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CLASIFICAR DESNUTRICION GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
EVALUAR									
	Tiene palidez palmar leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Peso muy bajo para la edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CLASIFICAR PESO MUY BAJO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
EVALUAR El peso para la edad no es muy bajo y no hay ningún otro signo de desnutrición									
CLASIFICAR NO TIENE PESO MUY BAJO, NI ANEMIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7 DESARROLLO PSICO MOTOR Marcar "x"									
EVALUAR Ausencia de 1 ó más de las condiciones del grupo de edad anterior									
CLASIFICAR RETRASO DEL DESARROLLO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
EVALUAR Ausencia de 1 ó más de las condiciones del grupo de edad actual									
CLASIFICAR POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
EVALUAR Cumple las condiciones del grupo de edad actual y no hay factores de riesgo									
CLASIFICAR DESARROLLO NORMAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8 MALTRATO Y DESCUIDO EVALUAR SI TIENE AL MENOS UNO DE LOS SIGUENTES SIGNOS Marcar "x"									
EVALUAR									
	Yello o niño expresa ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Hay evidencia de lesión física sugestiva de maltrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Hay lesiones en genitales o ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Falta concordancia entre historia y lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CLASIFICAR MALTRATO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
EVALUAR									
	Infractuado cuidado físico, descuido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Comportamiento anormal del niño o niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Comportamiento anormal de padres o cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Existe denuncia o el niño o niña expresa ser víctima de negligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ha existido tardanza en buscar ayuda de salud, sin razón válida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Existen circunstancias familiares de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CLASIFICAR SOSPECHA DE MALTRATO O DESCUIDO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
EVALUAR									
	No hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato o descuido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Buena higiene, cumple normas de salud, vitalidad o alegría presentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CLASIFICAR NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9 ALIMENTACION SI ES MENOR DE 2 AÑOS Y TIENE PROBLEMA BAJO NO MENOS DE 30 GROSOS NOMINALMENTE EVALUAR									
EVALUAR									
	(¿Le da el seno?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Número de veces que le da el seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(¿Le da el seno durante la noche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(¿Ingiere otro alimento o toma otro líquido?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(¿Recibe la clase de alimentos o líquidos que requiere para la edad?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Número de veces al día que recibe alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(¿Recibe su propia porción?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Tamaño de las porciones que recibe: Grande, Mediana o Pequeña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(¿Cambió la alimentación durante esta enfermedad?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Personas que le da de comer: madre, padre o cuidador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CLASIFICAR EXISTEN PROBLEMAS DE ALIMENTACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
EVALUAR									
CLASIFICAR AUSENCIA DE PROBLEMAS DE ALIMENTACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10 OTROS PROBLEMAS EVALUAR OTRO U OTROS PROBLEMA DETECTADO Y CONTRAR A LA HOJA N°380									
CONSULTA 1		CONSULTA 2		CONSULTA 3		CONSULTA 4		CONSULTA 5	

ANEXO 6





ANEXO 7: PRUEBA DENVER DE SELECTIVIDAD DEL DESARROLLO

Material de la prueba

Una madeja de lana roja, una caja de pasas, una sonaja de mango delgado, una botellita de aspirinas, una campana, una pelota de tenis, un formulario de la prueba, un lápiz, 8 dados para contar de 2.5 cm. de lado.

Instrucciones generales de aplicación

Se le debe decir a la madre o al padre que es un instrumento de investigación del desarrollo para obtener una evaluación del nivel evolutivo de su hijo/a y que no es de esperarse que el/la niño/a logre llevar a cabo todas y cada una de las partes de la prueba.

Esta prueba se basa en observaciones de lo que puede hacer el/la niño/a y en un informe dado por una persona que conozca al pequeño. Es conveniente emplear la observación directa siempre que sea posible. Como la prueba reclama la participación activa del niño/a, se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para que él permanezca tranquilo.

A los niños/as menores se les hará la prueba teniéndolos sentados en el regazo de la madre o del padre. Esto se realizará de manera que él/ella pueda alcanzar cómodamente los materiales de la prueba colocados en una mesa. Hay que aplicar la prueba antes de cualquier procedimiento que provoque temor o dolor. Es frecuente que el/la niño/a se amedrente si el examinador le da precipitadamente las indicaciones.

Es preciso empezar colocando enfrente del niño/a los materiales de una o dos pruebas, mientras se pregunta a la madre o al padre si él/ella lleva a cabo algunos de los reactivos personales-sociales. Lo mejor es administrar primero unos reactivos de prueba muy por debajo de la edad cronológica del niño/a para tener la seguridad de obtener una experiencia inicial afortunada. Conviene quitar de la mesa todos los materiales de prueba, excepto los de la que se está aplicando, para evitar distracciones.

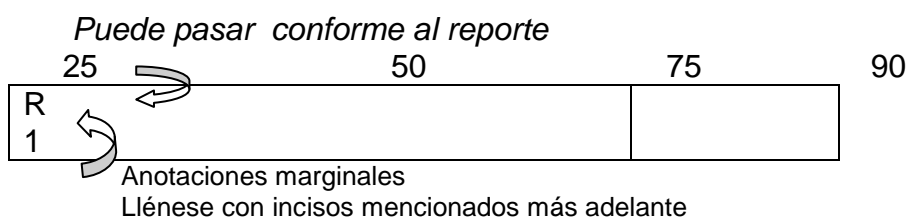
Etapas de la aplicación de la prueba.

1. Trácese una línea vertical que atraviese los 4 sectores en la hoja de examen (movimientos gruesos, movimientos finos adaptativos, lenguaje y personal-social) para representar la edad cronológica del niño/a. Anótese la fecha del examen arriba de la línea correspondiente a la edad. Para niños/as prematuros, réstese a la edad cronológica el número de meses faltantes para su gestación a término.
2. Los reactivos de la prueba aplicada han de ser aquellos por lo que pasa la línea correspondiente a la edad cronológica del niño/a, a menos que haya desviaciones obvias. En cada sector se debe establecer el área en donde el/la niño/a aprueba en todos los reactivos y el punto en que falla en todos.
3. En caso de que el/la niño/a se niegue a ejecutar algunos de los reactivos solicitados por el examinador, deberá pedírsele al padre o a la madre que apliquen el reactivo en la forma indicada.
4. Si el/la niño/a aprueba en un reactivo, se escribe una "P" grande en la barra, en el punto correspondiente al 50%. La "F" denota fracaso y la "R", rechazo.
5. El fracaso en la realización de una pregunta aprobada por el 90% de los niños/as de la misma edad se debe considerar significativo, aunque no necesariamente anormal.
6. Anótese la fecha y las observaciones pertinentes de la madre, así como la conducta del niño/a (como se siente en el momento de la evaluación, su relación con el examinador, su atención, su comportamiento verbal, su confianza en sí mismo, etc.).

7. Pregúntese a la madre si la actuación del niño/a fue típica en relación con su manera de ser en otras ocasiones.
8. Para repetir la prueba al niño/a en la misma forma, utilícese un lápiz de color diferente para señalar la anotación y trazar la línea correspondiente a la edad.
9. Las instrucciones para aplicar los reactivos a los que corresponden notas, se proporcionan más adelante.

Interpretación

- Los reactivos de la prueba están divididos en 4 categorías: movimientos gruesos, movimientos finos adaptativos, lenguaje y personal-social. Cada uno de los reactivos de la prueba se designa con una barra, colocada de tal manera debajo de la escala de edades, que indica claramente la edad a la que el 25%, 50%, 75% y 90% de la población normal pudo ejecutar esa prueba en particular. El extremo izquierdo de la barra designa la edad a la que el 25% de la población normal puede realizar la prueba; el punto marcado en la línea superior de la barra corresponde al 50%; el extremo izquierdo de la zona sombreada, 75%; y el extremo derecho de la barra señala la edad a la que el 90% de los niños/as normales son capaces de llevar a cabo lo que se les pide.



El fracaso en la realización de un reactivo aprobado por el 90% de los niños/as de la misma edad se debe considerar significativo. Se hará hincapié en dicho fracaso coloreando el extremo derecho de la barra correspondiente al tema en que se falló. Varios fracasos en un sector se considerarán como retardos del desarrollo.

Dichos retardos se pueden deber a cualquiera de los siguientes factores:

1. La renuencia del niño/a a pesar de ser capaz de hacerlo:
 - a. Por fenómenos obstaculizantes temporales, como fatiga, enfermedad, hospitalización, separación de los padres o miedo.
 - b. Renuencia en general a hacer la mayoría de las cosas que se le piden. Tal condición puede ser tan perjudicial como la incapacidad de actuar.
2. La incapacidad de ejecutar una prueba debido a:
 - a. Retardo general
 - b. Factores patológicos como sordera o deterioro neurológico
 - c. Patrón familiar de desarrollo lento en una o más zonas

Se deberá programar un segundo escrutinio un mes después si se advierten retardos inexplicables en el desarrollo y si constituyen un reflejo válido de las habilidades del niño/a. En caso de persistir los retardos, habrá de evaluársele posteriormente con estudios diagnósticos más detallados como se indica.

Precaución: Esta no es una prueba de inteligencia. Se ha pretendido que sirva como instrumento de investigación utilizable en la práctica clínica para observar si el desarrollo de un/a niño/a está dentro de lo normal.

Prueba Corta de Investigación del Desarrollo de Denver

Para los programas de salud enfocados hacia los niños/as, cuyos padres poseen solamente una educación hasta el nivel de secundaria o menor, y en los que el horario no permita la realización de una prueba completa cada vez que se ve al niño/a, se recomienda un procedimiento de escrutinio en dos etapas.

El escrutinio de la primera etapa, con una prueba corta, deberá ser seguido de la prueba completa cuando se sospeche alteración en base al resultado de la prueba corta. La prueba corta requiere del mismo cuidado en los cálculos de la edad del niño/a y su colocación en la línea de edad que la prueba completa. Sin embargo, solamente se requiere de la aplicación de 12 reactivos en la prueba corta. Se deben administrar los tres reactivos que se encuentren inmediatamente a la izquierda, pero que no toquen la línea de la edad, en cada uno de los cuatro sectores de la prueba. Si se aprueban los 12 reactivos, no se harán más pruebas al niño/a hasta la siguiente edad de acuerdo al programa del escrutinio. No obstante, si el/la niño/a se equivoca o rehúsa a realizar uno o más de los 12 reactivos de la prueba corta, se continuará de una vez con la prueba completa.

Cuestionario de Preescrutinio del Desarrollo (PDQ)

Cuando se atiende a un/a niño/a, cuyos padres probablemente tienen una educación de secundaria o más avanzada, se puede realizar el escrutinio de desarrollo por medio de un cuestionario dirigido hacia los padres, el cual es más rápido e igualmente eficaz: el Cuestionario de Preescrutinio del Desarrollo (PDQ).

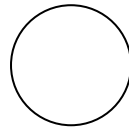
El PDQ requiere que el padre conteste a diez preguntas de acuerdo a la edad del paciente, formuladas a partir de la prueba del desarrollo de Denver y relacionadas al estado actual de desarrollo del niño/a. Calificaciones de 8 o un menor número de respuestas "sí" deben considerarse sospechosas y requerirán de una nueva evaluación con el PDQ de 2 a 4 semanas más tarde. El/la niño/a que tenga una calificación de 6 o menos respuestas "sí" en el segundo PDQ, deberá ser remitido a evaluación diagnóstica. Si las respuestas son más de 6 en el segundo PDQ, indicará que no se deberán hacer más pruebas hasta que el/la niño/a llegue a la siguiente edad en el programa periódico de escrutinio.

Nota: Se debe recordar que los resultados del escrutinio que no arrojen sospechas, no siempre garantizan un desarrollo sin problemas. Si el médico o los padres se encuentran preocupados sobre algunos aspectos del desarrollo del niño/a, éste deberá ser sometido a más pruebas, cualesquiera que sean los resultados del escrutinio.

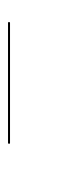
Instrucciones para los reactivos con anotaciones marginales

1. Trate que el/la niño/a sonría, ya sea sonriéndole, hablándole o mediante ademanes. No debe tocarlo.
2. Cuando el/la niño/a esté jugando con un juguete, quíteselo. Pasa si se resiste.
3. El/la niño/a no tiene que ser capaz de abrocharse las agujetas o los botones en la espalda.
4. Mueva el estambre lentamente en arco de un lado a otro, alrededor de 15 cm. arriba de la cara del niño/a. Pasa si los ojos siguen 90° en la línea media (180° después de la línea media).
5. Pasa si el/la niño/a agarra la sonaja cuando se le tocan con ella los dedos (dorso de los mismos) o las yemas.
6. Pasa si el/la niño/a continúa mirando dónde desapareció el estambre o trata de ver a dónde fue. El estambre deberá dejarse caer rápidamente de la mano del examinador, sin movimientos del brazo, dejándole fuera de la vista del niño/a.
7. Pasa si el/la niño/a toma las pasas con cualquier parte del pulgar y un dedo.

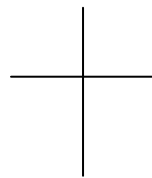
8. Pasa si el/la niño/a toma las pasas con las puntas de pulgar e índice, usando un acercamiento de embrace.
9. Copiar. Pasar toda la figura adjunta. No se mencione el nombre de la figura. No se hagan demostraciones.



10. Qué línea es más larga (no mayor). Voltear el papel de cabeza y repetir. (Pasar tres de tres ó cinco de seis).



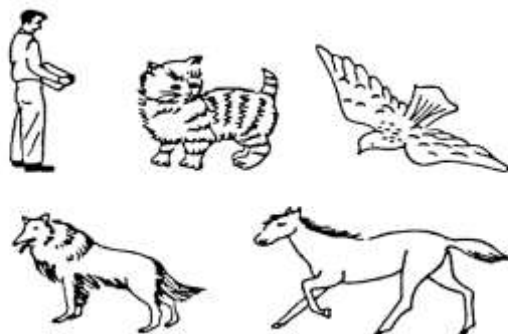
11. Copiar. Pásense todas las líneas cruzadas. No se mencione el nombre de figura. No se hagan demostraciones.



12. Haga que el niño/a copie primero. Si fracasa, de una demostración. No mencione nombre de la figura.



13. Al registrar figuras simétricas, cada par (dos brazos, dos piernas, etc.) cuentan como una parte.
14. Señale el dibujo y hágase que el/la niño/a lo nombre. (No tiene valor si sólo hay emisión de sonidos).



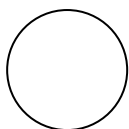
15. Dígale al niño/a: “Dale el dado a mami”. “Ponlo en la mesa”. “Ponlo en el suelo”. Pasan dos de tres.
16. Pregúntele al niño/a: “¿Qué haces cuando tienes frío?”, “¿Cuándo tienes hambre?”, “¿Cuándo estás cansado?”. Pasan dos de tres.
17. Dígale que “ponga el dado sobre la mesa”, “...debajo de la mesa”, “...enfrente de una silla”, “...detrás de la silla”. Pasan tres de cuatro (No se le ayude señalando o moviendo la cabeza o los ojos).
18. Pregúntele: “Si el fuego es caliente, el hielo es.....”. “Mamá es una mujer, papá es un.....”. “Un caballo es grande, un ratón es.....”. Pasan dos de tres.
19. Pregúntele: “¿Qué es una pelota?”, “¿...un lago?”, “¿...un escritorio?”, “¿...una casa?”, “¿...un plátano?”, “¿...una cortina?”, “¿... un techo?”, “¿...un cesto?”, “¿...el pavimento?”. Pasa si define objetos en términos de uso, forma, de lo que están hechos, o su categoría general (ejemplo, el plátano es una fruta, no solo es amarillo). Pasan seis de nueve.
20. Pregúntele: “¿De qué está hecha una cuchara?”, “¿...un zapato?”, “¿...una puerta?”. (No sustituir por otros objetos). Pasan tres de tres.
21. Cuando se le coloca sobre el estómago, el/la niño/a levanta el pecho de la mesa con apoyo de los antebrazos o de ambas manos.
22. Cuando el/la niño/a está de espaldas, tómensele sus manos y llévesele a la posición sedente. Pasa si la cabeza no cuelga hacia atrás.
23. Solo el/la niño/a puede usar la pared o la barandilla, no el examinador. Puede no gatear.
24. El/la niño/a debe arrojar la pelota por encima de su mano, a un metro dentro del alcance del brazo del examinador.
25. El/la niño/a debe ejecutar de pie saltos amplios sobre la anchura de la hoja de prueba (21cm.).
26. Dígale que camine hacia delante, con el talón a 2.5 cm. de los dedos del otro pie.
27. Rebótese una pelota, el/la niño/a estará a un metro de distancia del examinador. El/la niño/a deberá cachar la pelota con las manos, no con los brazos, en dos de tres intentos.
28. Dígale que camine para atrás, con los dedos a 2.5 cm. del talón. El examinador puede hacer una demostración. El/la niño/a deberá caminar cuatro pasos consecutivos en dos de tres intentos.

Fecha y observaciones del comportamiento: Cómo se siente el/la niño/a en el momento de la prueba, relaciones con el examinador, período de atención, comportamiento verbal, autoconfianza, etc.).

Instrucciones⁹

1. Trate de obtener que el/la niño/a sonría, sonriéndole, hablándole, o haciéndole señas. No lo toque.
2. Cuando el/la niño/a está entretenido con un juguete, quíteselo. Apruebe si trata de retenerlo.
3. No es necesario que el/la niño/a pueda amarrarse los cordones o abotonarse en la espalda.
4. Lentamente, pase la lana a 6" de la cara del niño/a de un lado hacia el otro, en forma de arco.

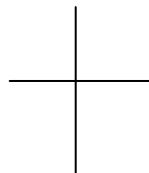
Apruebe si los ojos siguen 90° hasta la línea del medio. (pasado la línea del medio; 180°)
5. Apruebe si el/la niño/a sujeta el cascabel cuando le tocan el dorso o la punta de los dedos.
6. Apruebe si el/la niño/a continua mirando por donde desapareció la lana, o si la busca. Haga desaparecer la lana dejándola caer rápidamente de su mano, sin mover el brazo.
7. Apruebe si el/la niño/a recoge la pasa con cualquier parte del pulgar y otro dedo.
8. Apruebe si el/la niño/a recoge la pasa con la punta del pulgar y del índice, acercando la mano por arriba.



9. Apruebe cualquier Forma cerrada. Rechace movimientos Circulares continuos.



10. Cualquier línea es más larga? (no más grande) Gire el papel repita. (3/3 o 5/6)



11. Apruebe toda línea que se entrecruce.



12. El/la niño/a debe copiar primero; si no lo logra, demuéstrela.

Al dar los ítem. 9, 11 y 12 no nombre las formas. No demuestre 9 y 11.

13. Al enumerar las partes, cada par (dos brazos, dos piernas, etc.) se cuenta como una parte.
14. Señale un dibujo, que el/la niño/a lo nombre. (no cuente sonidos solos)

⁹ Nelson Test Book of Pediatric, 18th ed. 2007



15. Dígale al niño/a: "Dale el cubo a mamá; pon el cubo en la mesa; pon el cubo en el suelo;" apruebe 2 de 3.(no ayude al niño/a mostrándole, moviendo cabeza u ojos)
16. Pregunte al niño/a: ¿Qué haces cuando tienes frío–hambre–estás cansado?Apruebe 2 de 3
- 17.Dígale al niño/a: "Pon el cubo en la mesa; debajo de la mesa; en frente de la silla; detrás de la silla." Apruebe 3 de 4. (no ayude al niño/a mostrando, moviendo cabeza u ojos)
18. Pregunte al niño/a: si el fuego es caliente, el hielo es ? Mamá es mujer, Papá es? El caballo es grande, el ratón es? Apruebe 2 de 3.
19. Pregunte al niño/a: ¿Qué es una pelota? ¿lago? ¿escritorio? ¿casa? ¿plátano? ¿cortina? ¿techo? ¿seto? ¿pavimento? Apruebe si define de acuerdo a uso, forma, de qué está hecho o dentro de una categoría general (por ej. Plátano es una fruta, no amarillo solamente) Apruebe 6 de 9.
20. Pregunte al niño/a: ¿De qué está hecha una cuchara? ¿un zapato? ¿una puerta? (no sustituya por otros objetos) Apruebe 3 de 3.
21. Teneido boca abajo, el/la niño/a levanta el pecho apoyándose en los antebrazos y/o manos.
22. Tendido de espaldas, tómelo de las manos para que se siente. Apruebe si la cabeza no cuelga hacía atrás.
23. El/la niño/a puede sujetarse de la pared o baranda solamente, no de una persona. Debe subir caminando no debe gatear.
24. El/la niño/a debe lanzar la pelota por lo alto hacía el examinador, a 3 pies de distancia.
25. El/la niño/a debe realizar, de pie, un salto amplio sobre el ancho de la hoja de examen. (8 1/2")
26. Dígale al niño/a que camine, avanzando, con el tacón a 1" de la punta del zapato. El examinador puede demostrar. El/la niño/a debe dar 4 pasos consecutivos (2 de 3 ensayos).
27. Tire la pelota, con un rebote, al niño/a quien debe estar a 3 pies del examinador. El/la niño/a debe tomar la pelota con ambas manos, no con los brazos, 2 de 3 veces.
28. Dígale al niño/a que camine retrocediendo, con el tacón a 1" de la punta del zapato. El examinador puede demostrar. El/la niño/a debe dar 4 pasos consecutivos, 2 de 3 veces.

FECHA Y OBSERVACIONES RESPECTO AL COMPORTAMIENTO (actitud del niño/a durante el examen, relación con el examinador, duración de la atención, comportamiento verbal seguridad en si mismo. Etc.

Anexo 8: DETECCIÓN DE RIESGO NEUROSICO-SENSORIAL

Recién nacido

Alto riesgo neurológico:

- RN con Peso < Pc10 para su edad gestacional, o con peso < a 1.500 grs. al nacer, o edad gestacional < de 32 semanas
- APGAR < 3 al primer minuto, o < 7 a los cinco minutos
- RN que ha requerido ventilación mecánica más de 24 horas
- Hiperbilirrubinemia grave (20 mg% o más), ex sanguíneo transfusión en los primeros tres días de vida
- Convulsiones neonatales
- Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal
- Signos de difusión neurológica persistentes (anomalías del tono, reflejos o del estado de la conciencia, asimetrías, trastornos de la succión)
- Hemorragia o daño cerebral evidenciado en ECO, TAC o RMN
- Malformaciones del SNC
- Hipotiroidismo, Fenilcetonuria, u otras metabolopatías
- Cromosomopatías y otros dismorfismos sistémicos
- Hijo de madre con enfermedad mental y/o infecciones y/o drogas durante el embarazo
- RN con hermano afecto de patología neurológica no aclarado o con riesgo de recurrencia
- Hermano gemelo con algún criterio de inclusión

Alto riesgo sensorial

Visual:

- Ventilación mecánica prolongada
- Gran prematuridad
- Hidrocefalia
- Infección congénita del SNC
- Patología craneal detectada por ECO, TAC o RMN
- Malformaciones con compromiso visual
- Infecciones posnatales del SNC

Auditivo:

- Hiperbilirrubinemia > 20 mg%
- Gran prematuridad
- Infecciones congénitas del SNC
- Administración de amino glucósidos
- Antecedentes familiares de sordera
- Malformaciones con compromiso de la audición
- Infecciones posnatales del SNC

Signos de peligro

- Llanto débil
- Actividad disminuida
- Trastornos del tono
- Trastornos del estado de vigilia
- Convulsiones
- Irritabilidad mantenida
- Signos oculares anormales: ojos en sol naciente y nistagmus persistente
- Escasa o nula reacción a la luz
- Ausencia o disminución de respuesta a estímulos sonoros

Tres meses

- Ausencia o retraso de adquisiciones psicoafectivas: sonrisa
- Retraso en percusión ocular o coordinación oculomotora
- Incapacidad para mantener la cabeza erguida
- Irritabilidad mantenida
- Persistencia de hipertonía marcada
- Puños cerrados a partir de tres meses
- Aducción pulgar sobre todo unilateral
- No presta atención a estímulos sonoros y auditivos

Seis meses

- Pasividad excesiva
- Alteraciones del tono muscular: hipertonía de extremidades, hipotonía de cuello y tronco
- Persistencia de reflejos primarios
- Persistencia reacción tónica-asimétrica
- No sedestación con apoyo
- No prensión voluntaria
- Alteración importante del ritmo sueño-vigilia
- No emite sonidos

Nueve meses

- Espasticidad de miembros inferiores
- Hipotonía del tronco
- Ausencia o trastorno de prensión–manipulación
- No se sienta
- Ausencia reflejo de paracaídas
- Ausencia de balbuceo
- Patrón de conducta repetitivo
- No comprende palabras familiares

Doce meses

- Ausencia de bipedestación
- Presencia de reflejos anormales (Babinski)

- Ausencia de interés por el medio
- Pérdida de hitos conseguidos en etapas anteriores
- No parece entender órdenes sencillas: toma–dame
- No articula palabras como: mamá, papá...

Dieciocho meses

- Ausencia de deambulación
- Ausencia de palabras con propósito comunicativo
- Pasar continuamente de una actividad a otra
- No se interesa por otros niños

Dos años

- Ausencia en la participación de actos cotidianos: comer, vestirse...
- Incapacidad para ejecutar órdenes sencillas
- No utilización de palabras-frases
- Estereotipias verbales

Tres años

- No realiza construcciones o rompecabezas sencillos
- No identifica objetos comunes
- Trastornos de habla
- Actitudes agresivas

Cualquier edad

- Macrocefalia
- Microcefalia
- Estacionamiento del crecimiento del perímetro craneal (dentro de los dos primeros años)
- Movimiento oculares anormales
- Otros movimientos anormales: Actividades diatónicas de manos
- Hiperextensión cefálica
- Movimientos cefálicos repetitivos
- Dispraxias
- Cociente del desarrollo inferior a 85
- Trastornos motores finos
- Dismorfismos
- Arreflexia osteotendinosa generalizada

ANEXO 9: EXAMEN VISUAL

Procedimientos de examen visual del recién nacido/a

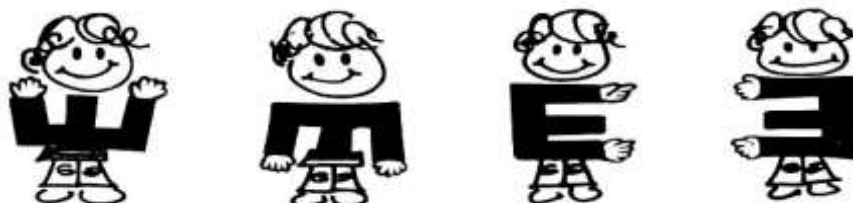
Examen del estrabismo

La técnica para su detección es la siguiente:

- Sentar al niño/a y pedirle que mantenga los dos ojos abiertos
- Colocar un objeto llamativo a 6 metros y luego pedir al niño/a que fije la mirada en dicho objeto
- Cubrir alternadamente el ojo derecho e izquierdo (rompiendo la visión binocular)
- Posteriormente se cubrirá el ojo derecho y se retirará la oclusión para repetir luego con el ojo izquierdo
- No existe estrabismo cuando, con los procedimientos anteriores, el ojo no realiza ningún movimiento de refijación
- En caso de hacer algún movimiento, esto nos indicará que hay algún problema de estrabismo








Prueba de SNELLEN

- Familiarizar al niño/a con el examen a realizarse
- Explique al niño/a que va a jugar con él. Si se niega no insista ni le obligue
- Enséñele a señalar la E en las diferentes direcciones (arriba, abajo, derecha e izquierda) de acuerdo con los dibujos incluidos
- Continúe hasta que el/al niño/a sepa señalar las diferentes direcciones sin ayuda. Elogie al niño/a cada vez que lo haga correctamente



- El/la niño/a deberá sentarse a tres metros de distancia del cartel de Snellen (ver Escala de Snellen para 3 metros)
- La tabla de Snellen debe estar fija en una pared plana sin ventanas, a nivel de la visión del niño/a después de sentarle. El local debe tener buena iluminación, de preferencia luz natural, o con luz artificial mixta blanca y amarilla, pero con intensidad uniforme
- La cartilla debe ser siempre de color blanco y negro.
- Los dos ojos deben permanecer abiertos. Se debe cubrir el ojo que no se examina con un papel, cartulina o vaso sanitario sin presionarlo, porque puede dar visión errada transitoria
- El ojo derecho debe ser examinado primero, luego el izquierdo y después ambos
- No le permita atisbar

ESCALA DE SNELLEN PARA 3 METROS

Actual size		20 ft. Equivalent
		
100 ft.		200 ft.
		
50 ft.		100 ft.
		
35 ft.		70 ft.
		
25 ft.		50 ft.
		
20 ft.		40 ft.
		
15 ft.		30 ft.
		
10 ft.		20 ft.

National Society for the Prevention of Blindness, Inc.
79 Madison Avenue, New York, N.Y. 10016
Member of the National Health Council

- Vaya señalando cada “E”, comenzando por la más grande y moviéndose para abajo hacia las más pequeñas, hasta donde la visión del niño/a pueda distinguir o leer
- Anote la línea más baja de la escala que pueda leer sin dificultad con cada ojo

La mayoría de los niños/as menores de 9 años deben leer 20/40 de la línea o más con cada ojo y después de esta edad, 20/20.

Los valores corresponden a las cifras colocadas en las áreas laterales de la escala.

Cualquiera de estas condiciones que resulten inferiores a la visión normal en uno o en ambos ojos indicará que la agudeza visual está disminuida y, por lo tanto, deberá referirse el caso a un servicio especializado para su estudio y tratamiento.

ANEXO 10: DETERMINACIÓN DE AGUDEZA AUDITIVA

Material

- Lista de 12 palabras sustantivas, bisilábicas de uso cotidiano. Por ejemplo: cinta, radio, dedo, piano, nido, llave, cama, rueda, niño, mesa, barco, perro
- Lámina de aproximadamente 50x50 cm. que contenga dibujos claros que correspondan a la lista de palabras indicadas

Método

- Escoger la habitación más grande, silenciosa y aislada que se pueda obtener
- Evaluar la distancia máxima a la que varias personas adultas con audición normal discriminan señalando correctamente el 100% de palabras enunciadas por el examinador
- El/la niño/a debe ser situado/a a la distancia determinada en el paso anterior, colocado/a de espaldas al examinador
- El examinador tratará de mantener la misma intensidad de voz en todas las pruebas
- Se contabilizarán los aciertos obtenidos por el/la niño/a

Resultados

Cualquier resultado por debajo del 70% requiere evaluación especializada. Resultados entre 70 y 90% deben ser repetidos en los siguientes días.

Observaciones

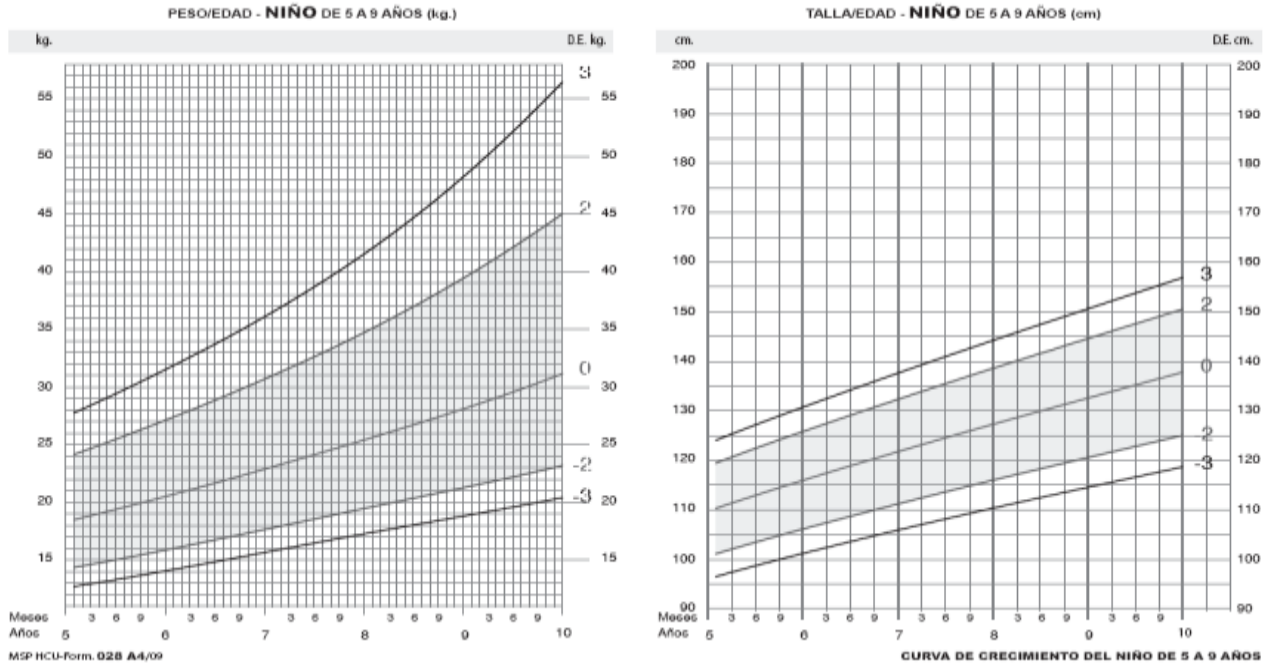
En este estudio se están explorando los dos oídos a la vez y las respuestas corresponden a la audición del mejor oído. La sospecha de hipoacusia unilateral requerirá valoración especializada.

La lista de palabras puede ser modificada y su enunciación variada en el orden de presentación, sin que se alteren los resultados.

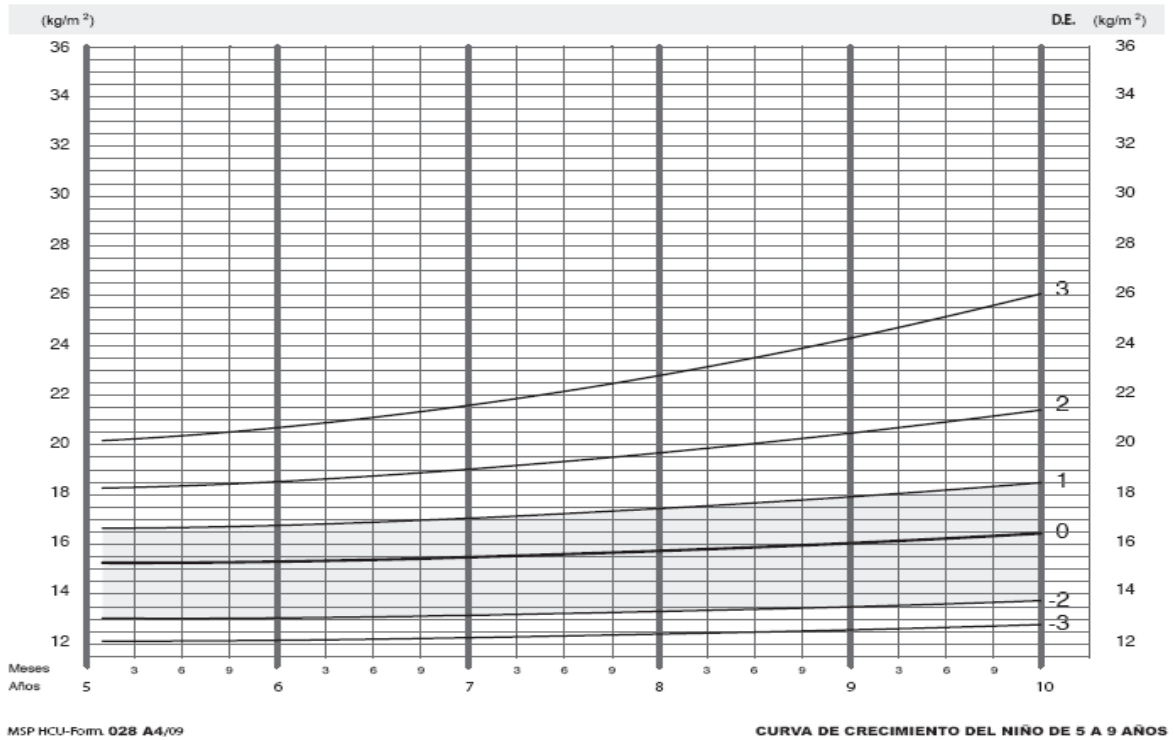
Esta prueba puede ser realizada en niños/as mayores de 3 años. Ante la sospecha de pérdida auditiva o de retraso del lenguaje en niños/as menores de 3 años, remítale inmediatamente al especialista.

Anexo 11: CURVA DE CRECIMIENTO DE 5 A 9 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M - F)	NÚMERO DE HOJA	NI HISTORIA CLÍNICA

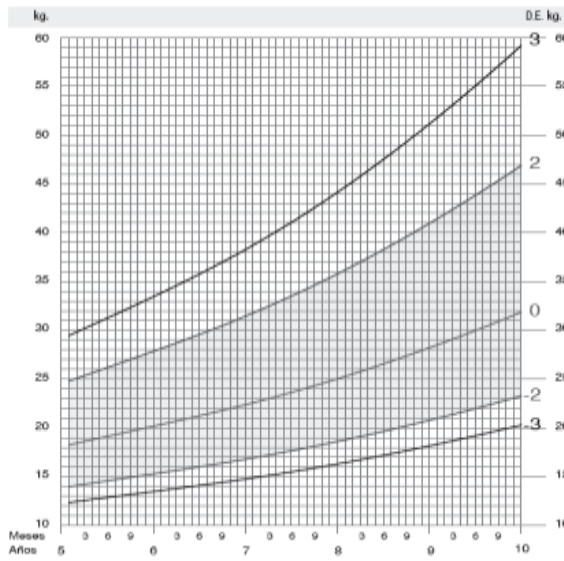


INDICE DE MASA CORPORAL - NIÑO DE 5 A 10 AÑOS (kg/m^2)

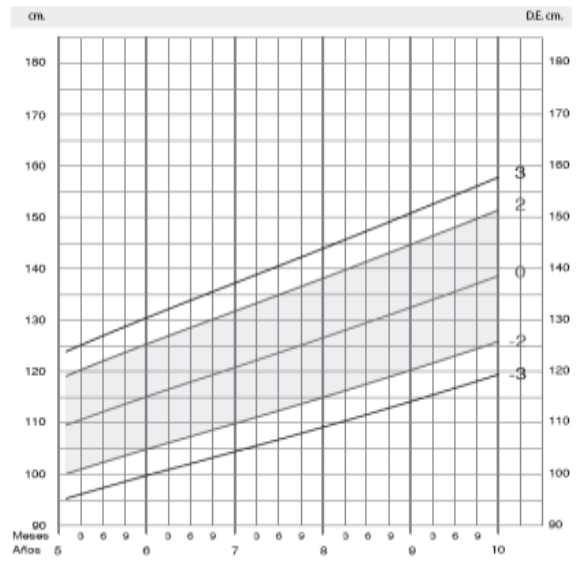


ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M - F)	NÚMERO DE HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	-----------------	-------------------	---------------------

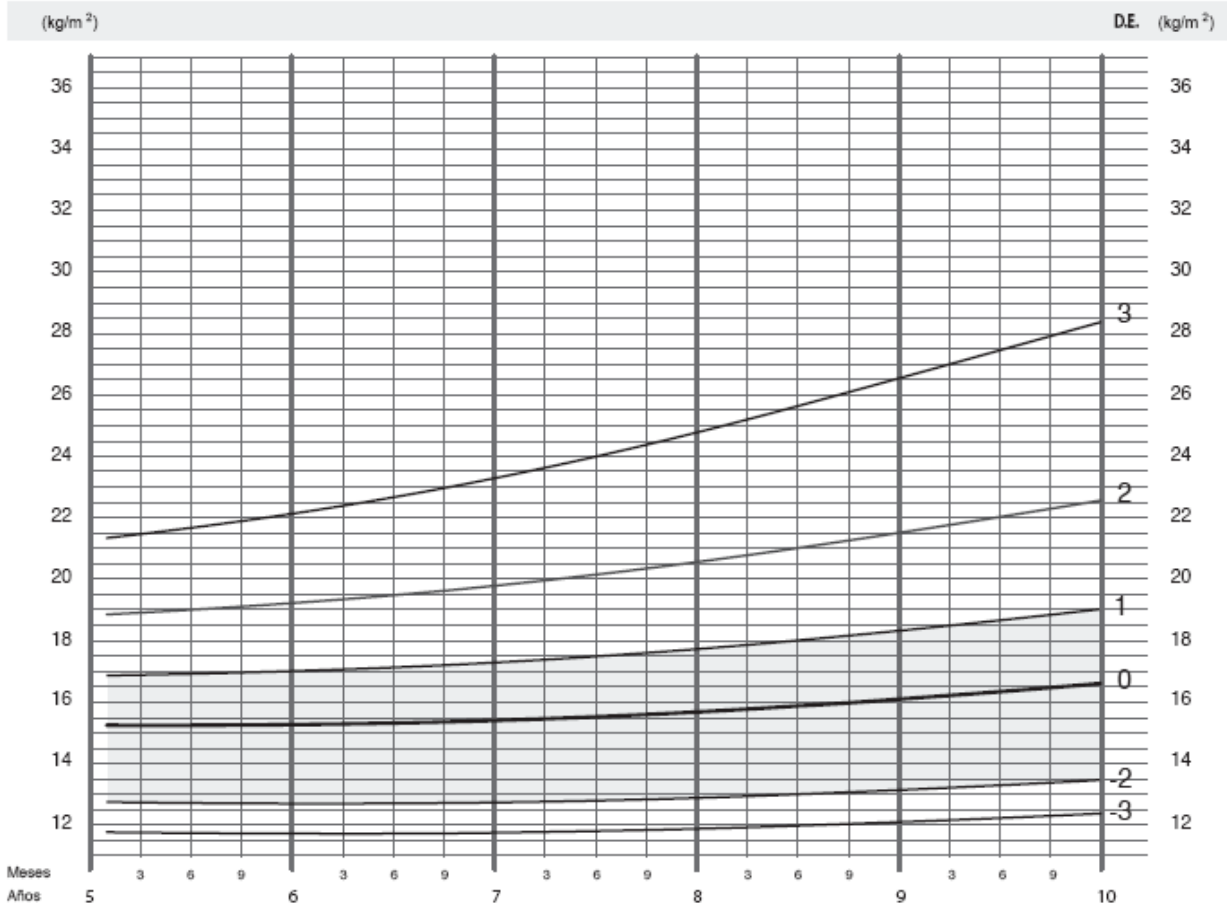
PESO/EDAD - NIÑA DE 5 A 9 AÑOS (kg.)



TALLA/EDAD - NIÑA DE 5 A 9 AÑOS (cm)



INDICE DE MASA CORPORAL - NIÑA DE 5 A 10 AÑOS (kg/m²)



ANEXO 12: ESQUEMA EVOLUTIVO DEL GRUPO ETAREO DE 5 A 9 AÑOS (EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SICOMOTOR Y EMOCIONAL) ¹⁰

Los ejemplos serán aplicados y adaptados a la realidad del medio sociocultural, que tomen en cuenta las áreas cognoscitivas, social adaptativa, motriz y afectiva.

5 a 6 años de edad

- Actividades que se deben observar
 - Puede atrapar una pelota
 - Salta bien
 - Copia una cruz (+) ya dibujada
 - Dice su edad
 - Tiene el concepto del número 10 (cuenta 10 baja lenguas, por ejemplo). Es posible que cuente hasta un número mayor, de memoria
 - Distingue la mano derecha de la izquierda
 - Dibuja un hombre reconocible, por lo menos con 8 detalles
 - Puede describir con cierto detalle un programa de televisión que le agrada
- Actividades referidas por los progenitores
 - Hace tareas domésticas sencillas (sacar la basura, secar los trastos, etc.)
 - Va solo a la escuela o aborda solo el autobús escolar
 - Tiene buena capacidad motora pero poca conciencia de los peligros

6 a 7 años de edad

- Actividades que se deben observar
 - Copia un triángulo (\triangle)
 - Define las palabras por su uso. (“¿Qué es una naranja?” “Para comer”)
 - Sabe si es de mañana o tarde
 - Dibuja una figura humana con 12 detalles
 - Lee varios monosílabos escritos con letra de molde (MI, PERRO, VE, NIÑO)
 - Usa lápiz para escribir su nombre

7 a 8 años de edad

- Actividades que se deben observar
 - Cuenta de dos en dos y de cinco en cinco
 - Se anuda los cordones de los zapatos
 - Copia un rombo (\diamond) ()
 - Sabe que día de la semana es (ignora la fecha y el año)
 - Lee el párrafo siguiente
- Lectura
 - Bolita es una gatita amarilla. Bebe leche. Duerme en una silla. No le gusta mojarse.

Aritmética correspondiente

$$\begin{array}{r} 7 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +7 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ -4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ -3 \\ \hline \end{array}$$

¹⁰ Nelson Test Book of Pediatrics, 18th. ed. 2007

- No sustituye un sonido por otro al hablar (por r, por ejemplo)
- Suma y resta números de una sola cifra
- Dibuja una figura humana con 16 detalles

8 a 9 años de edad

- Actividades que se deben observar
 - Define palabras sin referirse solo a su uso. (“¿Qué es una naranja?” Una fruta”)
 - Da una respuesta apropiada a una de las siguientes preguntas:
 “¿Qué debes hacer, si ...
 -has roto algo que le pertenece a otra persona?”
 -un compañero de juegos te pega sin querer?”
 - Puede leer el siguiente párrafo:

- Lectura

“Un perrito negro escapó de su casa. Jugó con dos perros grandes. Ellos se fueron. Empezó a llover. El se puso debajo de un árbol. Quería volver a casa, pero no conocía el camino. Vio a un/a niño/a al que conocía. El/la niño/a lo llevó a su hogar”.

- Aritmética correspondiente

	45		
67	16	14	84
<u>+4</u>	<u>+27</u>	<u>-8</u>	<u>-36</u>

Está aprendiendo los procesos de “pedir prestado” y “llevar”, en la suma y en la resta.

9 años a menores de 10 años de edad

- Actividades que se deben observar
 - Sabe el día, el mes y el año
 - Nombra los meses en orden (15 segundos, un error)
 - Forma una oración en la que participen 3 palabras (un error en dos intentos; puede usar verbalmente las palabras en un contexto adecuado):
 1. trabajo dinero hombres
 2. niño río pelota
 - Es capaz de leer el siguiente párrafo:

- Lectura

“Seis niños levantaron una tienda de campaña a la orilla de un río. Llevaban alimentos para comer en el campo. Cuando el sol se ocultó se metieron en la tienda para dormir. En la noche llegó una vaca y empezó a comer hierba alrededor de la tienda. Los niños tuvieron miedo, creían que se trataba de un oso.

- Aritmética correspondiente

5204	23	837
<u>- 530</u>	<u>x 3</u>	<u>x 7</u>

Debe comprender y contestar esta pregunta: “¿Qué hacía la vaca?”

Aprende la multiplicación simple.

ANEXO 13: NORMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA

Principales problemas de salud mental¹¹

Trastornos Específicos del Desarrollo del Aprendizaje Escolar

Son trastornos en los que en las primeras etapas del desarrollo están deterioradas las formas normales del aprendizaje. El deterioro no es únicamente consecuencia de la falta de oportunidades para aprender, ni es la consecuencia de traumatismos o enfermedades cerebrales adquiridas.

Entre los principales trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje, podemos citar:

Trastorno específico de la lectura

La característica principal de este trastorno es un déficit específico y significativo del desarrollo de la capacidad de leer, que no tiene que ver con el nivel intelectual, o por problemas de agudeza visual o una escolarización inadecuada. Pueden estar afectadas la capacidad de comprensión de lectura, el reconocimiento de palabras leídas, la capacidad de leer en voz alta y el rendimiento en actividades que se requiere leer.

A menudo se presentan dificultades de ortografía concomitantes con el trastorno específico de la lectura que suelen persistir durante la adolescencia, aún a pesar de que haya conseguido progresos positivos. Los trastornos específicos de la lectura suelen estar precedidos de una historia de trastornos en el desarrollo del habla y del lenguaje. Es común su asociación con alteraciones emocionales y del comportamiento durante el período de edad escolar.

- Criterios de acuerdo a la CIE-10
 - A. Debe estar presente uno de los siguientes:
 1. Rendimientos en las pruebas de precisión o comprensión de la lectura de, por lo menos, dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable en función de la edad cronológica del niño/a y su nivel de inteligencia. Tanto la capacidad para la lectura como el Cociente Intelectual deben ser evaluados mediante una prueba individual estandarizada para la cultura y el sistema educativo del niño/a.
 2. Antecedentes de graves dificultades para la lectura, o bien de puntuaciones bajas en las pruebas a las que se refiere el criterio A, una edad más temprana, y, además, una puntuación en las pruebas de ortografía con, por lo menos, dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable por la edad cronológica y los conocimientos generales del niño/a.
 - B. La alteración descrita en el criterio A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren de la lectura.
 - C. El trastorno no es debido directamente a un defecto visual o auditivo, o a un trastorno neurológico.
 - D. La escolarización ha sido normal.
 - E. Criterio de exclusión: C.I. por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

¹¹ Basado en la CIE-10

Trastorno Específico del Cálculo

Se trata de un trastorno caracterizado por una alteración específica de la capacidad de aprendizaje de la aritmética, no explicable por un retraso mental generalizado o por una escolarización inadecuada. El trastorno afecta al aprendizaje de los conocimientos aritméticos básicos de adición, sustracción, multiplicación y división, más que a los conocimientos matemáticos más abstractos del álgebra, trigonometría y geometría.

- Criterios de acuerdo a la CIE-10
 - A. Una puntuación obtenida mediante una prueba estandarizada de cálculo que está, por lo menos, dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperable de acuerdo con la edad cronológica del niño/a y su nivel de inteligencia.
 - B. Rendimientos en la precisión de la lectura, comprensión y cálculo dentro de los límites normales (± 2 desviaciones típicas respecto a la media).
 - C. No existen antecedentes de problemas ortográficos o de lectura significativos.
 - D. La escolarización ha sido normal.
 - E. Las dificultades para el cálculo están presentes desde los estadios precoces del aprendizaje.
 - F. La alteración descrita en el criterio A interfiere significativamente con los resultados académicos y con las actividades diarias que requieren el uso del cálculo.
 - G. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: CI por debajo de 70 en una prueba estandarizada.

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Trastornos Hiperkinéticos

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por comienzo precoz (normalmente en los cinco primeros años de vida), falta de persistencia en las tareas que requieren un esfuerzo intelectual, y tendencia a cambiar de una actividad a otra sin acabar ninguna, además de una actividad desorganizada, irregular y excesiva.

Pueden asociarse otras anomalías. Los niños hiperkinéticos son, a menudo, descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafío deliberado de las mismas, por falta de premeditación.

Sus relaciones con los adultos suelen ser socialmente desinhibidas, con una falta de la prudencia y la reserva naturales.

Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y el lenguaje.

Las complicaciones secundarias incluyen comportamiento disocial y baja autoestima.

- Criterios de la CIE-10

El diagnóstico para investigación del trastorno hiperkinético requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten, al menos seis meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño/a:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las tareas escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Frecuente incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras omisiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo o inconsistente con el grado de desarrollo del niño/a:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en la que se espera permanezca sentado/a.
3. A menudo corretea.
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses en un grado mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño/a:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p. ej. irrumpe en las conversaciones o en juegos de los otros).
4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.

Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia

Se refieren más a exacerbaciones de rasgos normales del desarrollo que a fenómenos cualitativamente anormales en sí mismos.

Trastornos de ansiedad de separación en la infancia

Debe diagnosticarse cuando el temor a la separación constituye el foco ansiógeno y cuando tal ansiedad aparece por primera vez en los primeros años de la infancia. Se

diferencia de la ansiedad de separación normal cuando su gravedad es estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia más allá de la edad habitual), y cuando va asociado a problemas significativos del funcionamiento social.

- Criterios de la CIE-10

A. Deben estar presentes al menos tres de los siguientes:

1. Preocupación injustificada y persistente por los posibles daños que pudieran suceder a personas significativas, temor a su pérdida (p. ej., miedo a que no vuelvan o a no verlas de nuevo) o miedo a la muerte de las mismas.
2. Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa (p. ej., perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado).
3. Desagrado o rechazo persistentes a ir a la escuela por temor a la separación (más que por otras razones, temor a que algo pudiera ocurrir en la escuela).
4. Dificultad para separarse por la noche manifestado por:
 - a) Desagrado o rechazo persistentes a irse a la cama sin la cercanía de una persona significativa
 - b) Levantarse frecuentemente durante la noche para comprobar o dormir cerca de la persona significativa
 - c) Desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa
5. Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día
6. Pesadillas reiteradas sobre temas relacionados con la separación
7. Síntomas somáticos reiterados (como náuseas, dolor abdominal, cefalea o vómitos) en situaciones que implican la separación de la persona significativa, tales como dejar la casa para ir a la escuela u otras (vacaciones, campamentos, etc.)
8. Malestar excesivo y recurrente antes, durante o inmediatamente después de la separación de una figura significativa (manifestado por ansiedad, llanto, rabietas, rechazo persistente a salir de casa, necesidad excesiva de hablar con las figuras significativas o deseo de que vuelvan a casa, tristeza, apatía o aislamiento social)

B. Inicio antes de los seis años.

C. El trastorno no forma parte de un trastorno de las emociones, del comportamiento o de la personalidad, o de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno sicótico o un trastorno por abuso de sustancias sicótropas.

D. La duración del trastorno es de al menos cuatro semanas.

Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia

Se trata de temores de la infancia que se presentan en períodos evolutivos específicos y en un grado anormal (en menor grado pueden darse en la mayoría de los niños/as). Y otros temores que se presentan en la infancia, pero que no forman parte de un desarrollo sicosocial normal (por ejemplo la agorafobia).

- Criterios de la CIE-10
 - A.** El individuo manifiesta un temor persistente o recurrente (fobia), adecuado a la fase del desarrollo en que se presenta (o lo era en el momento de la aparición), pero de intensidad anormal y asociado a incapacidad social importante.
 - B.** No se cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada.
 - C.** El trastorno no forma parte de una alteración de las emociones, conducta o personalidad más amplia, ni de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno sicótico o un trastorno por abuso de sustancias sicótropas.
 - D.** Duración mínima de cuatro semanas.

Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia

En niños/as y adolescentes, la variedad de síntomas con que se manifiesta la ansiedad generalizada es menor que en los adultos.

- Criterios de la CIE-10
 - A.** Ansiedad marcada y preocupaciones (ansiedad anticipatoria) que ocurren al menos la mitad de los días de un período de seis meses como mínimo. La ansiedad y las preocupaciones deben estar referidas, al menos, a varios acontecimientos o actividades (como el trabajo o la escuela).
 - B.** El/la niño/a encuentra difícil controlar las preocupaciones.
 - C.** La ansiedad y las preocupaciones se asocian a tres de los siguientes síntomas como mínimo (dos de los síntomas presentes, al menos la mitad del tiempo):
 1. Inquietud y sentimientos de estar “al límite” (manifestados por tensión mental o incapacidad para relajarse)
 2. Sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad
 3. Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental:
 4. Irritabilidad
 5. Tensión muscular
 6. Alteraciones del sueño (insomnio de conciliación o de mantenimiento, o sueño no reparador) debido a la preocupación o ansiedad.
 - D.** La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias. La ansiedad es generalizada y no se presenta como episodios paroxísticos (como el caso del trastorno por angustia), ni las principales preocupaciones están circunscritas a un solo tema principal como en la ansiedad por separación o en el trastorno fóbico de la infancia). Cuando se identifica una ansiedad focalizada en el contexto amplio de una ansiedad generalizada, se da preferencia a esta última.
 - E.** Inicio en la infancia o adolescencia (antes de los 18 años).
 - F.** La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración de la vida social, laboral o de otras áreas vitales importantes.
 - G.** El trastorno no es debido a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej. sustancias sicótropas, medicaciones) o a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo), y no ocurre exclusivamente asociado a trastornos del humor, trastornos sicóticos o trastornos generalizados del desarrollo.

Trastornos de tics

Se trata de un conjunto de síndromes en los que la manifestación predominante es una forma de tic.

Un tic es un movimiento involuntario, rápido, reiterado y arrítmico (por lo general afecta a un grupo circunscrito de músculos) o una vocalización de aparición brusca y que carece de propósito aparente. Los tics tienden a ser vivenciados como irreprimibles, pero a menudo pueden ser controlados durante un cierto tiempo, se exacerbaban con el estrés y desaparecen durante el sueño.

Los tics motores simples más frecuentes son guiños de ojos, sacudidas de cuello, encogerse de hombros y muecas.

Los tics fonatorios más habituales son carraspeo, ruidos guturales, inspiraciones nasales ruidosas y siseos.

Los tics complejos más frecuentes son autoagresiones, saltos y brincos. Los tics fonatorios complejos que más a menudo se presentan son la repetición de palabras determinadas, el uso de palabras (a menudo obscenas) socialmente inaceptables (coprolalia) y la repetición de los propios sonidos o palabras (palilalia).

Trastornos de tics transitorios

Cumple los criterios generales para el trastorno de tics, pero no persisten más de doce meses. Por lo general, los tics toman forma de guiños de ojos, muecas o sacudidas de cuello.

- Criterios de la CIE-10
 - A. Presencia de tics simples o múltiples, de tipo motor o fonatorio, que se repiten múltiples veces al día, la mayoría de los días, durante un período de al menos cuatro semanas.
 - B. La duración del trastorno no es superior a dos meses.
 - C. Ausencia de antecedentes del síndrome de Gilles de la Tourette: el trastorno no es secundario a otros trastornos físicos ni corresponde a los efectos secundarios de ninguna medicación.
 - E. El comienzo se produce antes de los 18 años. (1)

Los trastornos afectivos en la infancia (norma de atención de la salud mental en la infancia)

Las depresiones infantiles

Conviene saber a qué nos referimos cuando hablamos de depresión infantil. No siempre deben considerarse como patológicas las variaciones del humor que acontecen en el/la niño/a o en el adulto/a. Hay estados de tristeza y sentimientos de culpabilidad que son completamente normales.

La alteración fundamental de los trastornos afectivos es un cambio en el humor o en la afectividad hacia la depresión (con o sin ansiedad asociada) o a la euforia. El cambio en el humor se suele acompañar de un cambio en el nivel general de actividad. Los demás síntomas, en su mayoría, son secundarios o fácilmente comprensibles en el contexto del cambio en el humor y la actividad.

La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de un episodio, en particular, puede a menudo estar relacionado con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes.

Criterios para el diagnóstico de depresión infantil

- Criterios clínicos

Los criterios clínicos constituyen algo fundamental e irrenunciable en el diagnóstico de la depresión infantil. Los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor, según el DSM-IV, son exactamente los mismos para el/la niño/a que para los adultos. Para establecer un diagnóstico clínico se requiere la presencia –durante un tiempo mínimo de dos semanas– de humor irritable o disfórico y/o anhedonia, más cuatro síntomas, al menos, de entre los siguientes: alteración del apetito, trastorno del sueño, exaltación o enlentecimiento sicomotor, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar e ideación mórbida o suicida.

Para hacer un diagnóstico de depresión mayor en un/a niño/a o adolescente se exige la presencia de un estado de ánimo deprimido o irritabilidad persistente y, al menos dos síntomas entre los siguientes: alteraciones del apetito, aumento de la autoestima, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Esta sintomatología debe mantenerse y ser estable durante un período mínimo de un año.

El trastorno depresivo en los niños/as frecuentemente se acompaña de un deterioro en el rendimiento escolar y en la interacción social. Otros síntomas que con mucha frecuencia acompañan al trastorno en estas edades tempranas son la irritabilidad, la baja autoestima, el pesimismo y el déficit en habilidades sociales.

Aunque en los niños/as los criterios para el diagnóstico de depresión mayor sean iguales que en el adulto, la detección de la depresión infantil se presenta como algo mucho más complejo, a causa de los siguientes motivos: La expresividad clínica de la sintomatología está afectada por el desarrollo.

Cuando un/a niño/a no ha alcanzado un suficiente nivel de aptitudes verbales, el diagnóstico ha de basarse en la comunicación no verbal, expresión postural, faciales, tono de la voz, nivel de actividad, etc., que pueden ser de muy difícil valoración.

En el/la niño/a, la depresión va unida a menudo de trastornos del comportamiento, lo que contribuye a dificultar su diagnóstico.

El motivo de consulta en salud mental infantil casi nunca es la depresión infantil, porque los niños/as no se quejan de ella y los padres suelen ignorar que detrás de un fracaso escolar o de un mal comportamiento puede haber una enfermedad depresiva. (2)

Las depresiones enmascaradas

Este término designa un proceso depresivo, cuyos síntomas se manifiestan con cierto predominio, aunque no exclusivo, en el plano somático. Las depresiones enmascaradas fueron concebidas como depresiones endógenas, donde las manifestaciones distímicas, propias de la depresión, han sido recubiertas y enmascaradas por una sintomatología de tipo, principalmente, somáticas.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL

GUÍA PARA DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL INFANTIL

Nombres: _____ Edad: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Escuela: _____ Grado: _____
Provincia: _____ Ciudad: _____
Nombres del Maestro: _____ Fecha de Hoy: _____

Marque como positiva una respuesta si el/la niño/a viene presentando por lo menos durante un mes los signos y síntomas a continuación descritos:

I. Retraso en el aprendizaje

1. ¿Necesita que se le repita dos o tres veces lo mismo para captar las cosas? Sí () No ()
2. ¿Está siempre retrasado en los estudios? Sí () No ()
3. ¿Se muestra algo lento para su edad? Sí () No ()
4. ¿Tiene dificultad para leer? Sí () No ()
5. ¿Tiene dificultad con las matemáticas? Sí () No ()
6. ¿Realiza cambio, omisión, y/o sustitución de letras y/o sílabas? Sí () No ()
7. ¿Muestra escaso discernimiento lógico? Sí () No ()
8. Se descarta deficiencia visual o auditiva Sí () No ()

II. Síndrome afectivo

9. ¿Lento y carente de iniciativa en las clases? Sí () No ()
10. ¿Apático, pasivo, distraído, indiferente? Sí () No ()
11. ¿Prefiere estar solo durante los recreos y actividades sociales? Sí () No ()
12. ¿A menudo sueña despierto? Sí () No ()
13. Habla poco expresivamente Sí () No ()
14. ¿Aparece deprimido, ríe muy rara vez? Sí () No ()
15. ¿Es un/a niño/a muy sumiso/a, no se opone a ocupar posiciones desagradables? Sí () No ()
16. ¿Llora y se colorea cuando se le hace alguna observación u objeción? Sí () No ()
17. ¿Habla demasiado poco, es difícil "sacarle la palabra"? Sí () No ()
18. ¿Nunca se dedica voluntariamente a ningún trabajo? Sí () No ()
19. ¿Rehuye el contacto con los adultos? Sí () No ()
20. ¿Se aísla totalmente de los demás niños/as, es imposible acercarse a él? Sí () No ()
21. ¿Se conduce de manera "rara y extraña"? Sí () No ()
22. ¿Presenta dificultad para pensar y concentrarse? Sí () No ()
23. ¿No sabe que hacer consigo mismo. No puede detenerse ante nada aunque sea por tiempo relativamente corto? Sí () No ()
24. ¿Demasiado intranquilo/a como para recordar órdenes u observaciones? Sí () No ()
25. ¿Es destructivo/a? Sí () No ()
26. ¿Es irritable? Sí () No ()
27. ¿Presenta tics? Sí () No ()
28. ¿Tartamudea o se atranca al hablar? Sí () No ()
29. ¿Se come las uñas? Sí () No ()
30. ¿Es demasiado ansioso/a o nervioso/a, reacciona con sobresalto ante cualquier situación? Sí () No ()
31. ¿Se chupa los dedos (sobre los 10 años)? Sí () No ()

lii. Síndrome desadaptativo

- | | |
|--|---------------|
| 32. ¿Se encuentra muy a menudo con mal genio? | Si () No () |
| 33. ¿Frecuentemente presenta una actitud agresiva, grita, agrede? | Si () No () |
| 34. ¿Frecuentemente roba dinero, golosinas, objetos valiosos? | Si () No () |
| 35. ¿Se conduce de manera inadecuada? | Si () No () |
| 36. ¿Continuamente se mantiene en malas relaciones con los compañeros? | Si () No () |
| 37. ¿Los demás compañeros no le quieren e inclusive no le soportan? | Si () No () |

PUNTUACIÓN:

Se suman las respuesta afirmativas. Si la puntuación es 18 o más se debe hacer una cita para visita de seguimiento del especialista.

Si la puntuación es de 13 a 17 se debe mantener bajo observación y vigilancia del maestro.

PUNTAJE ÁREA: I. RA = _____

II. AFEC = _____

III. SD = _____

Total = _____

Apreciación y observaciones: _____

Examinador: _____

ANEXO 14: PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES

Los principales problemas que conllevan a discapacidades son los siguientes:

- Nutrición inadecuada de la madre y del niño/a, incluso deficiencias vitamínicas
- Percances antes del nacimiento o relacionados con él
- Lesión prenatal
- Factores genéticos e incompatibilidad
- Lesión al nacer en el período neonatal
- Enfermedades infecciosas
- Accidentes, incluyendo quemaduras y lesiones vertebrales-cerebrales
- Limitaciones sensoriales
- Discapacidades por tóxicos medio-ambientales

Las intervenciones no son solamente del sector salud sino también deben darse en el ámbito social, educativo y pueden resumirse de la siguiente manera:

1. Intervenciones que se ejercen directamente en el individuo (asesoramiento, asistencia médica, terapias, prótesis, adiestramiento)
2. Intervenciones que se ejercen en el ambiente inmediato que rodea al individuo, su familia y la comunidad, lo que comprende especialmente cambios de actitudes y de comportamiento con las personas con discapacidad
3. Intervenciones con el propósito general de reducir riesgos que se presentan en la sociedad en su conjunto

Prevención de primer grado

Medidas destinadas a reducir las **DEFICIENCIAS**:

- Dotación de agua potable y servicios de saneamiento
- Vacunación contra las enfermedades transmisibles
- Educación sanitaria al público
- Fomento de prácticas adecuadas de crianza de niños/as
- Mejoramiento de la nutrición, la higiene y la condición física de la población
- Restricción a la disponibilidad y al consumo de alcohol, drogas sicotropas y tabaco
- Suspensión de embarazos para prevenir enfermedades congénitas (previo a consejo genético)
- Aprobación de leyes para reducir la cantidad de accidentes y disminuir los riesgos
- Control eficaz de los efectos secundarios de los medicamentos
- Educación al público para reducir accidentes
- Mejoramiento de la distribución de alimentos (alimentos complementarios y micronutrientes)
- Elevación del nivel de instrucción
- Prevención de descuido y maltrato a los niños/as

Prevención de segundo grado

Una vez producida la deficiencia, pueden adoptarse medidas para prevenir que se presente la **INCAPACIDAD**

Tratamiento oportuno de enfermedades transmisibles

- Uso de medicamentos eficaces para tratar afecciones siquiátricas y tuberculosis
- Tratamiento y atención oportuna y eficaz de fracturas y heridas

- Deambulaci3n posoperatoria temprana
- Dotaci3n de trabajos id3neos
- Eliminaci3n o reducci3n de factores de riesgo sobre todo en la exposici3n sostenida a agentes peligrosos, ambientales, laborales, dom3sticos
- Modificaciones de comportamientos y de las actividades de la familia y la comunidad frente a las personas con discapacidad

Prevenci3n de tercer grado

Una vez que se ha producido una incapacidad y se ha determinado que es irreversible, pueden adoptarse medidas para impedir que pase a una **minusvalidez**:

- Aplicaci3n adecuada de terapias
- Adiestramiento de los incapacitados para su auto asistencia
- Suministro de ayudas t3cnicas como pr3tesis o medios ortop3dicos
- Prestaci3n de asesoramiento, orientaci3n social y de formaci3n profesional
- Adiestramiento de grupos espec3ficos (ciegos, sordos), para que puedan participar en la vida social y comunitaria
- Educaci3n del p3blico para mejorar las actitudes de la comunidad y la familia a las personas incapacitadas
- Prestaci3n de medios educativos y dotaci3n de empleos adecuados para las personas que padecen de limitaciones funcionales
- Suministro de vivienda y transporte apropiados para los que tienen limitaciones de movilidad o de incapacidad para atenderse por s3 solos
- Eliminaci3n de barreras (f3sicas, sociales y psicol3gicas)

Prevenci3n de discapacidades auditivas

- Prevenci3n primaria
 - Mediante apropiada cobertura de vacunaci3n (rub3ola).
 - Eliminaci3n de fuentes de contaminaci3n ambiental (sonoros).
 - Referencia oportuna y adecuada.
- Prevenci3n secundaria
 - Detecci3n temprana.
 - Tratamiento de todas las posibles causas.
 - Eliminaci3n o reducci3n de los efectos discapacitantes de estas condiciones en el individuo (provisi3n de ayudas auditivas, centros de lenguaje).
 - Referencia oportuna y adecuada.
- Prevenci3n terciaria
 - Reducci3n de los efectos discapacitantes que resultaren del d3ficit.
 - Instauraci3n de la Rehabilitaci3n Terap3utica.

Estrategias educativas:

- Factores Gen3ticos: Informaci3n de las causas.
 - Consejo Gen3tico.
- Preconcepcional: Descartar enfermedades de transmisi3n sexual.
 - Descartar VIH/SIDA.
- Prenatal– Neonatal Reducir riesgo de incompatibilidad RH.
 - Prevenir peso bajo.

- Prevenir prematurez.
- Evitar enfermedades respiratorias en los niños.
- Procurar ambientes libre de ruidos.
- Adecuadas y mantenidas campañas de vacunación (rubeola).
- Evaluación de la agudeza auditiva: primera a los seis meses de edad
- subsecuente 2 veces por año hasta los 18 años de edad.
- Adecuado y completo diagnóstico y tratamiento de enfermedades del oído y del tracto respiratorio superior.

Prevención de discapacidades visuales

- Información sobre: Causas frecuentes de morbilidad.
 - Lesiones oculares traumáticas.
 - Énfasis en la vacunación de rubéola.
 - Herencia en la catarata congénita.
- Evaluación y diagnóstico precoz de los déficit visuales. Desarrollar programas de identificación mediante evaluaciones a los seis meses y durante los primeros cinco años de edad.
- Tratamiento terapéutico.
- Rehabilitación.
- Utilización oportuna y adecuada de ayudas técnicas.
- Referencia oportuna para tratamiento especializado.

Prevención de discapacidades por mala nutrición

- Fomente en la familia buenos hábitos alimenticios.
- Informe sobre las etapas de la vida que tienen mayores requerimientos alimenticios.
- Destaque la importancia de la leche materna desde el nacimiento, de ser posible, hasta los dos años de edad.
- Eduque a la población, sobre la combinación de alimentos para lograr una dieta nutritiva y equilibrada.

Prevención de discapacidades debido a quemaduras

- Actividades
 - Informar y capacitar al personal de salud sobre los factores de riesgo.
 - Conducir campañas de educación pública que enseñen a la ciudadanía el uso y la utilidad de aparatos de alarma contra incendios y planes de evacuación.
 - Observar precauciones en uso de utensilios de cocina.
 - Alertar a la población sobre las desventajas de la utilización de reverberos domésticos a base de kerosén y gasolina.
 - Observar precauciones en el uso de utensilios de cocina.

Prevención de discapacidades por lesiones traumáticas del cerebro y médula

- Concienciar a todas las personas sobre las medidas de precaución que se deben tomar frente a situaciones de riesgo en el hogar, en la escuela, en la calle y carreteras.
- Vigile que los implementos de juego estén en buen estado.
- Conciencie a la población, sobre la importancia de la disciplina y de la observancia de las normas establecidas para cada lugar y situación en que se encuentre.

- Cumplimiento de las regulaciones de tránsito y las obligaciones de conductores y peatones respecto a las prácticas de cruce.
- Educar sobre los riesgos de zambullirse en aguas poco profundas
- Control de armas o por lo menos regulación del uso de las mismas.
- Concientización sobre los peligros del consumo de drogas y alcohol.

Clasificador internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (ciddm)

El CIDDM permite identificar:

Deficiencias

Son pérdidas o anormalidades de una estructura o función, que pueden ser temporales o permanentes. Las deficiencias pueden ser:

- Intelectuales
- Sicológicas
- Del lenguaje
- Del órgano de la visión
- Viscerales
- Músculo esqueléticas
- Desfiguradoras
- Generalizadas, sensitivas y otras
- Deficiencias auditivas

Discapacidades

Son restricciones o ausencias de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, debido a deficiencias “irreversibles” pese a tratamiento. Las discapacidades pueden ser:

- De la conducta
- De la comunicación
- Del cuidado personal
- De la locomoción
- De la disposición del cuerpo
- De la destreza
- De la situación
- De una determinada aptitud
- Otras restricciones de la actividad

Minusvalías

Son situaciones desventajosas para un individuo determinado a consecuencia de una discapacidad, que le limitan o impiden el desempeño de un rol considerado normal, en función de su edad, sexo, educación, factores sociales y culturales. Las minusvalías pueden ser:

- De orientación
- De independencia física
- De movilidad
- Ocupacional
- De integración social
- De autosuficiencia económica
- Otras