

PROGRAMA

DE

ATENCIÓN AL LACTANTE

AUTORES

La elaboración del Programa ha corrido a cargo del grupo coordinador (Grupo de Trabajo sobre Salud Infantil) formado por:

- * C. Balagué. Enfermera. Centro de Salud "Torrero Este".
- * C. Izaguirre. Pediatra. Centro de Salud "Delicias Sur".
- * J. Galbe. Pediatra. Centro de Salud "Actur Norte".
- * I. Pascual. Enfermera. Centro de Salud "Sta. Lucía".
- * J. Ruiz. Enfermero. Centro de Salud "Torre Ramona".
- * G. Soria. Pediatra. Centro de Salud "Torre Ramona".
- * R. Toledo. Enfermera. Centro de Salud "Actur Sur".
- * R. Val. Pediatra. Centro de Salud "Seminario".

Han elaborado los Protocolos anexos los Pediatras y Enfermeras de los Equipos de Atención Primaria de Zaragoza:

- * Actur.
- * Almozara.
- * Delicias Sur.
- * La Paz.
- * Torre Ramona.
- * Romareda.
- * Sta. Lucía.
- * Oliver-Miralbueno.

Elaboración del Protocolo de Salud Bucodental:

- * José Mengual Gil. Centro de Salud "Oliver".

Elaboración del Protocolo de Desarrollo Psicomotor:

- * J. López Pisón. Pediatra Neurólogo. Hospital "Miguel Servet".

Elaboración del Protocolo de Riesgo Social, las Trabajadoras Sociales:

- * Carmen Fernández. Centro de Salud "Actur".
- * Cruz Videgain. Centro de Salud "Arrabal".
- * Beatriz Martínez. Centro de Salud "Oliver-Miralbueno".
- * Gemma Villanueva. Centro de Salud "Romareda".
- * Mercedes Martínez. Centro de Salud "Miraflores".
- * Josefa Pueyo. Centro de Salud "Torre Ramona".
- * Dolores de Pedro. Centro de Salud "Zalfonada".

Traducción del documento Estudi Llevant:

- * M. J. Ballarín. Pediatra. Centro de Salud "Zalfonada".

Edición y elaboración del documento:

- * Pedro Avellana. Administrativo. Dirección Gerencia. Áreas 2 y 5.
- * Fco. Javier Moro. Administrativo. Dirección Gerencia. Áreas 2 y 5.
- * Jaime Navarro. Administrativo. Centro de Salud "Oliver-Miralbueno".
- * Manuel Caro. Celador. Centro de Salud "Delicias Sur".

Revisión 1999:

- * Marian Núñez. Administrativo. Dirección Gerencia. Área 3.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1.-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
2.-OBJETIVOS EN SALUD	7
3.-METAS EN SALUD	9
4.-POBLACIÓN DIANA	11
5.-ACTIVIDADES	13
6.-RECURSOS	16
7.-ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	19
8.-EVALUACIÓN	22
9.-APÉNDICES:	
<i>Apéndice 1</i> Procedimientos y normas de captación	28
<i>Apéndice 2</i> Guía de visitas programadas	29
<i>Apéndice 3</i> Hoja de registro de visitas para la Historia Clínica	76
<i>Apéndice 4</i> Actividades de participación comunitaria y E.P.S. en grupo	78
<i>Apéndice 5</i> Actividades de gestión y formación continuada	85
10.-BIBLIOGRAFÍA	86
<u>ANEXOS:</u>	
<i>Anexo I</i> Metabolopatías	89
<i>Anexo II</i> Alimentación	92
<i>Anexo III</i> Hipoacusias	110
<i>Anexo IV</i> Examen ocular	114
<i>Anexo V</i> Tabla de desarrollo psicomotor (Estudi Llevant)	119
<i>Anexo VI</i> Consejos estimulación	142
<i>Anexo VII</i> Salud Buco-Dental	164
<i>Anexo VIII</i> Problemas de conducta	170
<i>Anexo IX</i> Consejos de educación para la salud (E.P.S.)	191
<i>Anexo X</i> Inmunizaciones	196
<i>Anexo XI</i> Normatización y registro de familias de riesgo psicosocial	206
<i>Anexo XII</i> Malos tratos en la infancia	208
<i>Anexo XIII</i> Cardiopatías congénitas	222
<i>Anexo XIV</i> Alteraciones más frecuentes en ortopedia infantil	230
<i>Anexo XV</i> Prevención de accidentes en el lactante	238
<i>Anexo XVI</i> Síndrome de la muerte súbita del lactante	253
<i>Anexo XVII</i> Reanimación pulmonar	262

1

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El programa del Lactante va dirigido a los niños desde su nacimiento hasta los 24 meses de edad. Este grupo de edad presenta múltiples factores y características que pueden incidir en el estado de salud y futuro desarrollo del niño:

- ⇒ Una carga genética determinada, que puede desencadenar en enfermedades congénitas y hereditarias a edades variables de aparición.*
- ⇒ Un ambiente específico durante la gestación con gran sensibilidad a agentes externos y una finalización del embarazo no siempre a término.*
- ⇒ Un parto rodeado de diversas contingencias en cuanto a oxigenación, traumatismos, medicaciones, etc. y unos cuidados inmediatos que pueden ser eficaces o no serlo e incluso producir yatrogenia.*
- ⇒ Una adaptación a la vida extrauterina que tiene que compensar los bruscos cambios ocurridos (circulatorios, respiratorios, metabólicos, afectivos...) y, posteriormente, importantes modificaciones en cuanto al desarrollo físico, fisiológico y psicomotriz.*
- ⇒ Necesidades nutritivas elevadas condicionadas por la progresiva asimilación de nuevos elementos diferentes en su naturaleza y composición.*
- ⇒ Alta dependencia del medio externo, tanto por su incapacidad para valerse por sí mismo, como por su vulnerabilidad a agentes externos físicos (accidentes) o biológicos (enfermedades infecciosas).*
- ⇒ Por último, el establecimiento y desarrollo de unas relaciones afectivas con el núcleo familiar y las repercusiones que ello conlleva en el desarrollo de la personalidad.*

Además, en los últimos años hemos asistido a rápidos cambios en los que la salud infantil no ha sido ajena. En nuestro entorno cabe destacar:

- El fuerte descenso de natalidad desde 1975 a 1995 (un 50 %). En estos momentos no está garantizado el recambio generacional.*
- La esperanza de vida al nacer es de las mayores de la Unión Europea (79,8 en varones y 82,2 en mujeres).*
- La mortalidad infantil es un 5,5 por mil nacidos vivos, por debajo de la media nacional. Entre 1975 y 1995 ha disminuido un 65 %. Las causas más frecuentes son las enfermedades perinatales y las anomalías congénitas (72 % del total de las causas).*
- La incidencia de enfermedades susceptibles de control mediante inmunizaciones es muy baja o cero. Las coberturas de vacunación han aumentado en los últimos años a tasas del 90 % en cada vacuna y en diversas edades excepto a los 14 años. Han descendido la incidencia de parotiditis, rubéola y sarampión desde la introducción de la triple vírica. También ha mejorado el control de la hepatitis B y tos ferina a raíz de la introducción de la vacuna antihepatitis B y cuarta dosis de triple bacteriana.*

- *Se ha producido una considerable mejoría en la salud bucodental de los escolares de 1º de primaria en el periodo 1988-96 (el índice co ha pasado de 1,88 a 0,73).*
- *La prevalencia de la lactancia materna en Aragón es un 87,8 % en el momento del nacimiento pero desciende al 50% el tercer mes y al 17 % a los 6 meses, aunque son frecuencias más altas que las encontradas en España.*

También se han dado importantes cambios en el sistema sanitario:

- * *El desarrollo de los equipos de atención primaria, atendiendo al 90 % de la población en Aragón y las mejoras en la dotación de personal.*
- * *Los resultados de cobertura elevadas de los programas de salud del niño sano y en especial de la edad que nos ocupa. En 1998 se beneficiaron de este programa 13.729 niños entre las dos áreas sanitarias de la provincia de Zaragoza.*
- * *En cuanto a la calidad con que se realiza el programa, en 1994, en la evaluación de calidad de este servicio realizada en una de las Áreas Sanitarias de Zaragoza, se cumplían el 78,5 % de Normas Técnicas Mínimas de calidad consensuadas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria. En un reciente estudio de fiabilidad de las N.T.M. de este servicio realizado por una de las Áreas de Zaragoza en 1998, se observaba una media de cumplimiento de las N.T.M. del 94 %.*

Es difícil determinar la responsabilidad que han tenido los 10 años de Programa del Lactante en la mejora de los indicadores de salud de nuestro entorno. Lo que sí es un hecho constatable es el amplio consenso en la realización del Programa y el alto nivel de calidad con el que se realiza. No en vano, su aparición fue fruto del consenso y puesta en común de los diferentes programas y protocolos existentes en aquel momento y al que se han ido incorporando los nuevos equipos que se han constituido desde su aparición.

A pesar de estos datos, el Programa no ha perdido su vigencia y sigue siendo necesaria su aplicación. No obstante, debe adaptarse a los cambios científico-técnicos que se han producido durante esta década y consecuencia de ello es esta revisión y actualización del Programa cuyo propósito general sigue siendo contribuir a promocionar un estado de salud que permita un óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

Para ello, es importante mantener las elevadas tasas de cobertura del Programa y de cobertura de vacunación para lograr tasas de erradicación e incorporar aquellas nuevas vacunas que se vayan desarrollando para disminuir la incidencia de las enfermedades a las que va dirigida. Seguir potenciando la lactancia materna de forma coordinada con los servicios materno-infantiles. Continuar con las actividades de detección precoz, especialmente en las de enfermedades congénitas y hereditarias, trastornos del crecimiento y desarrollo, y actividades de educación y promoción de la salud para prevención de accidentes, adecuada nutrición, higiene y prevención de la caries, y el adecuado desarrollo psicoafectivo.

*D. José M^a Arnal Alonso
Jefe del Servicio Atención Primaria*

2



OBJETIVOS EN SALUD

2.1.-GARANTIZAR UNA ADECUADA ATENCIÓN INTEGRAL, PERIÓDICA Y CONTINUA A LOS LACTANTES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD.

2.2.-PROMOCIONAR LA LACTANCIA MATERNA.

2.3.-MEJORAR LA NUTRICIÓN INFANTIL EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

2.4.-CONTRIBUIR A MEJORAR LA SALUD BUCODENTAL.

2.5.-CONTRIBUIR A MEJORAR EL ESTADO VACUNAL DE LOS LACTANTES.

2.6.-CONTRIBUIR A MEJORAR EL MEDIO EN EL QUE CRECE Y SE DESARROLLA EL LACTANTE.

2.7.-CONTRIBUIR A MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS FAMILIARES SOBRE HÁBITOS DE SALUD.

2.8.-DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD POR ACCIDENTES A ESTA EDAD.

2.9.-CONTRIBUIR AL ÓPTIMO DESARROLLO PSICOFÍSICO DEL NIÑO.

3



METAS EN SALUD

- 3.1.-Realizar captación precoz (en los primeros 15 días de vida) al 95% de las T.I.S.*
- 3.2.-Proporcionar atención periódica al lactante (visitas periódicas) al 80% de los incluidos en Programa.*
- 3.3.-Realizar la siguiente exploración física al 100% de los incluidos en Programa:*
- * A.C.P.*
 - * Caderas*
 - * Pulsos periféricos*
 - * Palpación abdominal*
 - * Genitales*
 - * Transparencia ocular*
 - * Hirschberg*
 - * Exploración audición (subjetiva)*
- 3.4.-Valorar factores de riesgo perinatal en el 100% de los incluidos en Programa.*
- 3.5.-Verificar la realización del screening neonatal en el 100% de los incluidos en Programa.*
- 3.6.-Continuar con lactancia materna exclusiva o mixta a los 3 meses en el 50% de los incluidos en Programa.*
- 3.7.-No introducir en el 60-70% de los incluidos en Programa:*
- * Alimentación complementaria antes de los 4 meses*
 - * Gluten antes de los 6 meses*
 - * Leche de vaca y huevo entero antes de los 12 meses*
- 3.8.-Masticación a los 2 años en el 60-70% de los incluidos en Programa.*
- 3.9.-Anamnesis en el 100% de los incluidos en Programa sobre:*
- * Genograma o equivalente*
 - * Antecedentes familiares psiquiátricos*
 - * Hábitos tóxicos*
 - * Valoración de disfunción social*
- 3.10.-Profilaxis en el 100% de los incluidos en Programa:*
- * Vitamina D₃ 400 UI./día el primer año*
 - * Valorar la indicación de profilaxis con flúor según la tabla de riesgo de caries.*
- 3.11.-Vacunación completa en el 95% de los incluidos en Programa.*
- 3.12.-Consejo sobre tabaquismo pasivo en el primer mes de vida al 80% de los incluidos en Programa.*
- 3.13.-Consejo sobre prevención de accidentes al 70% de los incluidos en Programa.*
- 3.14.-Valoración en el 100% de los incluidos en Programa de:*
- * Desarrollo psicomotor*
 - * Pondo-estatural*

4



POBLACIÓN DIANA

Todos los niños de 0 a 2 años con T.I.S. de la Zona Básica de Salud.

5



ACTIVIDADES

5.1.-CAPTACIÓN.

Consiste en el proceso de inclusión del niño en el Programa del Lactante. Se distingue el concepto de captación precoz cuando éste se produce en los primeros quince días.

5.2.-VISITAS PROGRAMADAS.

Son los procedimientos que se realizan de forma programada e integrados, en forma de visitas, y en las que se realizan acciones curativas, preventivas, educativas, rehabilitadoras y de promoción de la salud.

Se realizan en los siguientes momentos:

- * *Perinatal: Es el contacto entre padres y profesionales de la salud previo al nacimiento o en los primeros días de vida con contenidos preventivos e informativos.*
- * *15 días - Pediatría y Enfermería*
- * *1 mes - Pediatría*
- * *2 meses - Pediatría y Enfermería*
- * *3 meses - Enfermería*
- * *4 meses - Enfermería*
- * *6 meses - Pediatría y Enfermería*
- * *9 meses - Enfermería*
- * *12 meses - Pediatría*
- * *15 meses - Enfermería*
- * *18 meses - Pediatría y Enfermería*
- * *24 meses - Pediatría*

5.3.-INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL.

Se define como aquella que se realiza mediante:

- * *Genograma de tres generaciones.*
- * *Profesiones y actividades de ambos padres.*
- * *Nivel de estudios.*
- * *Clasificación de la vivienda en una escala analógica de 0 a 5.*
- * *Descripción de otras situaciones.*

5.4.-EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GRUPOS.

Se define esta actividad como las acciones de tipo educativo dirigidas a grupo de padres y destinadas a alcanzar objetivos definidos en el Programa mediante incremento de conocimientos y cambios de actitudes.

5.5.-INMUNIZACIONES.

Es la administración de material antigénico con la finalidad de crear una respuesta inmune protectora de la enfermedad correspondiente. Se realiza conforme el Calendario Vacunal y la pauta oficial de la Comunidad Autónoma.

5.6.-PROFILAXIS ANTICARIES.

Son las acciones destinadas a la prevención de la caries y de las periodontopatías mediante la exploración, valoración de indicación de profilaxis con flúor según tabla de riesgo de caries y la educación sobre higiene y nutrición.

5.7.-GESTIÓN.

Son aquellas actuaciones destinadas a la puesta en marcha, mantenimiento y evaluación del Programa, tanto en los aspectos organizativos como de formación continuada.

5.8.-COORDINACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES.

Se define como la cooperación de las distintas instituciones sanitarias centradas en la consecución de objetivos del Programa.

Hospitales:

- * H. Miguel Servet.
- * H. Clínico Universitario.
- * H. Comarcal de Calatayud.

Centros de Especialidades:

- * Inocencio Jiménez.
- * Ramón y Cajal.
- * Grande Covián.
- * San José.
- * Salvador Minguijón (Calatayud).

Especialidades afectadas:

- * Servicios de Pediatría hospitalaria.
- * Servicios de Obstetricia hospitalaria.
- * Ginecología de Zona.
- * Centros de Orientación Familiar.
- * Equipos de Atención Primaria.

Profesionales implicados:

Médicos, Enfermeros(-as), Matronas, Trabajadores Sociales y personal administrativo de los correspondientes servicios e instituciones.

6



RECURSOS

6.1.-HUMANOS.

6.1.1.- *Pediatras o Médicos de Familia con formación pediátrica o Médicos Generales entrenados en el manejo del Programa.*

6.1.2.- *Enfermeras entrenadas en el manejo de niños y en el manejo del Programa.*

6.1.3.- *Personal administrativo para apoyo, cuya función sería:*

- * Preparar la documentación*
- * Abrir las carpetas*
- * Hacer fichas*
- * Mantenimiento de los ficheros*
- * Colaborar en la evaluación*
- * Citación de visitas*
- * Recepción de avisos*

6.2.-MATERIALES.

Consultas destinadas a Consulta Programada dotadas de:

6.2.1.- *Pesabebés.*

6.2.2.- *Tallímetro horizontal.*

6.2.3.- *Cinta métrica de PVC.*

6.2.4.- *Fonendoscopio.*

6.2.5.- *Esfingomanómetros con manguitos de distintos tamaños.*

6.2.6.- *Mesa pediátrica de exploración.*

6.2.7.- *Linterna y recambio de pilas.*

6.2.8.- *Nevera, preferentemente de temperatura constante.*

6.2.9.- *Jeringuillas y agujas para vacunación.*

6.2.10.- *Vacunas.*

6.2.11.- *Algodón y antisépticos de piel.*

6.2.12.- *Suero fisiológico.*

6.2.13.- *Nitrato de plata.*

6.2.14.- *Sonajero o juguete musical.*

6.2.15.- *Cuentos y puzzles.*

6.2.16.- *Cubos de colores.*

El Área de Pediatría debe reunir, además, las condiciones de seguridad previstas en el Programa de cara a la prevención de accidentes.

6.3.-TIEMPO.

6.3.1.- *Pediatría: 180 minutos/niño/2 años.*

6.3.2.- *Enfermera: 240 minutos/niño/2 años.*

6.3.3.- *Tiempo conjunto: 90 minutos/niño/2 años ya incluido en tiempos anteriores.*

6.3.4.- *V.D.R.N.: 45 a 60 minutos/niño.*

6.3.5.- *Visita perinatal: 15 a 30 minutos (individual o grupo).*

6.3.6.- *Educación para la Salud: Tiempo a determinar por cada Equipo.*

6.3.7.- *Actividades de Gestión:*

En el primer trimestre de implementación del Programa se realizará una reunión mensual de 60 minutos para tratar los siguientes temas:

- * Elección de responsable*
- * Análisis y discusión del Programa*
- * Organización asistencial*

Cuarto trimestre: Dos horas de tiempo común para proponer revisión de actividades y evaluación, así como el tiempo individual necesario para realizar la evaluación.

6.4.-SOPORTE BUROCRÁTICO.

6.4.1.- *Libro de Citaciones.*

6.4.2.- *Teléfono.*

6.4.3.- *Ordenadores.*

6.4.4.- *Material impreso:*

- * Historia Clínica*
- * Gráficas*
- * Ficha de edad y sexo*
- * Hoja de Registro del Programa*
- * Listado de recién nacidos*

7



ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

7.1.-ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL.

7.1.1.- Recursos Humanos:

Enumerar los profesionales implicados en la ejecución del Programa y las necesidades de formación:

- * *Nº de Pediatras*
- * *Nº de Enfermeras(-os)*
- * *Otros (especificar)*

7.1.2.- Recursos Materiales:

Elaborar un listado de recursos materiales disponibles (incluir infraestructura).

- * *Cotejar con los recursos mínimos del Programa*
- * *Elaborar un listado de necesidades*

7.1.3.- Tiempo disponible:

Multiplicar la población diana por el número de veces de cada actividad.

- * *Nº de visitas perinatales individuales*
- * *Nº de visitas domiciliarias R.N.*
- * *Nº de visitas del Pediatra (15 días, 1, 2, 6, 12, 18 y 24 meses)*
- * *Nº de visitas de Enfermería (15 días, 2, 3, 4, 6, 9, 15 y 18 meses)*
- * *Nº de actividades de E.P.S. en grupo*

Multiplicar el número de visitas por los rendimientos estimados en cada actividad y dividir por 45 semanas.

- * *Tº semanal perinatales individuales*
- * *Tº semanal visitas domiciliarias R.N.*
- * *Tº semanal visitas del Pediatra*
- * *Tº semanal visitas Enfermería*
- * *Tº semanal actividades de E.P.S. en grupo*

Comparar entre horas precisas y horas disponibles. Si las horas disponibles son menores que las necesarias, valorar:

- * *Si es posible incrementar horas/semana*
- * *Disminuir la duración de cada actividad*
- * *Disminuir el nº de actividades (mantener las visitas básicas: 1, 2, 4, 6, 15, 18 y 24 meses)*
- * *Disminuir el tamaño de la población diana*

7.2.-RESPONSABLE DEL PROGRAMA.

Elegir un responsable cuyas funciones serán:

- 7.2.1.- *Estimular la participación del E.A.P. en la puesta en marcha y evaluación del Programa.*
- 7.2.2.- *Organizar las actividades.*
- 7.2.3.- *Seguir la ejecución del Programa.*
- 7.2.4.- *Solicitar recursos.*
- 7.2.5.- *Dirigir la evaluación.*

7.3.-SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO.

- 7.3.1.- *Documentación clínica (Historia Clínica, gráficas, etc.).*
- 7.3.2.- *Ficha de edad y sexo o registro informático de pacientes.*
- 7.3.3.- *Otros (ficha de vacunaciones, documentación de salud infantil).*

7.4.-CALENDARIO DE ACTIVIDADES.

Primer trimestre, a partir del inicio del Programa:

- 7.4.1.- *Elección de responsable.*
- 7.4.2.- *Análisis y discusión del Programa.*
- 7.4.3.- *Organización asistencial.*
- 7.4.4.- *Inicio de actividades.*

Segundo y tercer trimestre:

- 7.4.5.- *Ejecución.*

Cuarto trimestre:

- 7.4.6.- *Ejecución.*
- 7.4.7.- *Evaluación.*
- 7.4.8.- *Revisión de actividades.*

8



EVALUACIÓN

La evaluación debe realizarse de forma anual y su coordinación debe correr a cargo del responsable del Programa en cada Centro. Los datos de la evaluación se consideran propiedad de cada Centro y es a este nivel donde deben plantearse las medidas correctoras adecuadas, aunque puedan realizarse también publicaciones y comparaciones si los profesionales implicados así lo deciden.

Se recomienda utilizar la técnica de la "micromuestra", que consiste en seleccionar de forma aleatoria 50 historias clínicas de niños que hayan tenido la oportunidad, en cuanto a tiempo, de cumplir todos los criterios, es decir, dos años cumplidos en el momento de la evaluación.

La periodicidad de la evaluación será anual.

8.1.-DE LA ESTRUCTURA.

8.1.1.- N° de horas de consulta de Enfermería/año.

8.1.2.- N° de horas de consulta de Pediatría/año.

8.1.3.- N° de visitas a domicilio de Enfermería/año.

8.1.4.- N° de visitas a domicilio de Enfermería/niños incluidos en el Programa.

8.1.5.- N° de horas de Educación para la Salud en grupos/año.

8.1.6.- N° de Consultas/N° de Profesionales.

8.2.-DEL PROCESO.

8.2.1.- 1^{er} Criterio:

Todos los niños de la Zona de Salud entre los 0-24 meses deben recibir atención programada por parte del Centro de Salud.

Excepciones: Ninguna.

Aclaraciones: Se define niño incluido todo el que tiene una visita de Programa.

Abandono: Se considera la interrupción del seguimiento del Programa que se produce en el período de 0-18 meses.

Población diana: Niños de 0-24 meses asignados a la Zona Básica de Salud.

Población institucional: Niños de 0-24 meses que tengan Tarjeta Sanitaria Individual en la Zona Básica de Salud.

Meta: 80%.

Indicador: Niños incluidos/Población diana¹.

¹ En el caso de no conocer la población diana, utilizar como denominador la población institucional.

8.2.2.- 2º Criterio:

Todos los recién nacidos de la zona deberían contactar con el equipo en los primeros quince días de vida.

Excepciones: Hospitalización Materna o del niño más de 15 días en el caso de la madre o más de 10 en el caso del niño.
Cambios de domicilio.

Meta: 95%.

Indicador: Niños que contactan primera quincena/Niños incluidos.

8.2.3.- 3º Criterio:

El cribado neonatal debe figurar en la Historia Clínica.

Excepciones: Ninguna.

Aclaraciones: Se refiere a la detección precoz de Fenilcetonuria e hipotiroidismo.

Meta: 100%.

Indicador: Niños con registro de cribado/Niños incluidos.

8.2.4.- 4º Criterio:

El test de Apgar debe figurar en la Historia Clínica.

Excepciones: Ninguna.

Aclaraciones: Debe registrarse también en el caso de que sea desconocido o no realizado.

Meta: 100%.

Indicador: N° niños con registro de Apgar/Niños incluidos.

8.2.5.- 5º Criterio:

Los niños deben recibir lactancia materna hasta el tercer mes como mínimo.

Excepciones: Enfermedad materna, V.I.H. o hepatitis B, malformaciones mamarias u hospitalizaciones de madre o hijo 15 días en período neonatal.

Aclaraciones: Se considera indistintamente que sea exclusiva o mixta.

Meta: 5a: 70% en el primer mes.

5b: 50% en el tercer mes.

Indicador: 5a: Niños con L.M. hasta el primer mes/Niños incluidos 1 mes.

5b: Niños con L.M. hasta el tercer mes/Niños incluidos 1 mes.

8.2.6.- 6º Criterio:

Debe registrarse en la historia clínica la administración de:

- * *Tres dosis de DTP y una dosis de DTPa*
- * *Cuatro de Polio (Salk o Sabin)*
- * *Una Triple Vírica*
- * *Una DT*
- * *Cuatro de Haemophilus Influenzae*
- * *Tres de Hepatitis B*
- * *Tres de Meningitis C*

Excepciones: *Alergias a los componentes.
Diagnóstico de la enfermedad con criterios bacteriológicos.
Enfermedad neurológica progresiva (Tosferina).*

Meta: *95%.*

Indicador: *Niños vacunados correctamente/Niños incluidos.*

8.2.7.- 7º Criterio:

Entre los 7 y 12 meses se debe realizar el test de Hirschberg o de simetría del reflejo luminoso. En el caso de que el niño se incluya pasados los 12 meses este criterio se deberá cumplir entre los 12 y 24 meses.

Excepciones: *Diagnóstico anterior de estrabismo.*

Aclaraciones: *Se realiza mediante una fuente de luz situada a 30 cms. del puente nasal observando si el reflejo luminoso es simétrico en ambos ojos.*

Meta: *40%.*

Indicador: *Niños con test de Hirschberg registrado/Niños incluidos.*

8.2.8.- 8º Criterio:

Debe constar el haber realizado valoración del desarrollo psicomotor en, al menos, cinco ocasiones, distribuidas como sigue, una vez al trimestre durante el primer año y una vez en el segundo año.

Excepciones: *Ninguna.*

Aclaraciones: *Se da como válido el haberlo realizado mediante:*

- * *Test de Llevant*
- * *Test de Denver*
- * *Items de la historia clínica*

Meta: *95%.*

Indicador: *Nº niños con evaluación del desarrollo/Nº niños incluidos.*

8.2.9.- 9º Criterio:

El grado de seguimiento del Programa se medirá en función de la asistencia a las visitas de los 12 y 18 meses.

Excepciones: Ninguna.

Aclaraciones: Se permite que no coincida de forma exacta la visita y la edad cronológica con tal de que sea la visita prevista para esa edad.

Meta: 80%.

Indicador: N° niños con registro de visita 12 y 18 meses/N° de niños incluidos.

8.3.-DE LOS RESULTADOS.

Considerando la dificultad de utilizar criterios de resultados, por la multitud de variables que pueden influir en los mismos ajenas al Programa, hemos optado por no incluir ningún criterio, aunque admitimos que algunos de los de proceso podrían tener cierto solapamiento con criterios de resultado.

- * *Corrección de indicadores: Es preciso señalar que los indicadores debe corregirse sumando al numerador las excepciones.*

9



APÉNDICES

APÉNDICE 1

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE CAPTACIÓN

1.-INFORMACIÓN a la embarazada de la existencia del Programa del Lactante y la conveniencia de que éste se inicia precozmente. Esta información podrá realizarse a través de:

1.1.-Consultas de Medicina General, Enfermería, extracciones, etc.

1.2.-Consultas de Tocología, Matronas

1.3.-Consultas de Pediatría

2.-VISITA PERINATAL.

3.-LISTADO DE R.N. en hospitales de referencia, comunicado diariamente a los Centros de Salud. Este listado deberá incluir el nombre de la madre y/o R.N., dirección y teléfono.

4.-OTROS: Carteles informativos en los Centros de Salud, Consejos de Salud de la Zona, etc.

APÉNDICE 2

GUÍA DE VISITAS PROGRAMADAS

VISITA PERINATAL

1.-DEFINICIÓN.

Es el contacto entre padres y profesionales de la salud previo al nacimiento o en los primeros días de vida con contenidos preventivos e informativos.

2.-OBJETIVOS.

- 2.1.-Captar e iniciar en el Programa al mayor número posible de recién nacidos.*
- 2.2.-Dar a conocer a los padres el Programa del Lactante.*
- 2.3.-Obtener información sobre los futuros condicionantes en la relación padres-hijos y riesgos psicosociales.*
- 2.4.-Fomentar la Lactancia Materna.*
- 2.5.-Proporcionar apoyo psicológico y brindar información sobre el cuidado del recién nacido y otros problemas que preocupen a los futuros padres.*
- 2.6.-Fomentar la responsabilidad compartida de la pareja en el cuidado del niño.*

3.-NORMAS DE ATENCIÓN.

Hay varias posibilidades, no excluyentes entre sí, según los recursos y posibilidades del Centro:

- 3.1.-La consulta individual del Pediatra, previa citación ordinaria a la consulta a demanda.*
- 3.2.-La consulta de Enfermería, simultánea a la consulta a demanda de Pediatría.*

- 3.3.-*La consulta individual de la Matrona durante el seguimiento del embarazo.*
- 3.4.-*Los grupos de preparación al parto y/o educación materna.*
- 3.5.-*Grupos específicos para esta actividad, con futuros padres, de una sesión de duración.*
- 3.6.-*La visita domiciliaria de Enfermería prenatal a grupos de riesgo social.*
- 3.7.-*La visita domiciliaria de Enfermería al recién nacido.*
- 3.8.-*La visita postparto de la Matrona.*

4.-CONTENIDOS EN VISITAS PERINATALES.

- 4.1.-*Información sobre el funcionamiento de las consultas del Pediatra (o Médico General) y de Enfermería, tanto de demanda como programadas: horarios y forma de acceder a ellas.*
- 4.2.-**INFORMACIÓN SOBRE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DEL LACTANTE:**
 - 4.2.1.- *Control de desarrollo físico y psicológico.*
 - 4.2.2.- *Detección precoz de problemas de salud.*
 - 4.2.3.- *Vacunaciones.*
 - 4.2.4.- *Consejo y orientación sobre el cuidado y crianza del niño.*
- 4.3.-*Dar a conocer las actividades del Programa: cómo y cuándo se realizan las visitas programadas, etc.*
- 4.4.-*Obtener información sobre la familia y condicionantes psicosociales para detectar grupos de riesgo.*
- 4.5.-**EXPLORAR Y COMENTAR LAS ACTITUDES DE LOS PADRES RESPECTO A:**
 - 4.5.1.- *Si ha sido el momento oportuno para el embarazo (embarazo deseado).*
 - 4.5.2.- *Cómo va a cambiar sus vidas con la llegada del hijo: laboral, social, económicamente y anímicamente.*
 - 4.5.3.- *Si han recibido información sobre el cuidado del niño.*
 - 4.5.4.- *Si les preocupa algo en especial.*
 - 4.5.5.- *Que tipo de alimentación desean darle (lactancia materna o artificial).*
- 4.6.-*Comentar escuetamente las ventajas de la lactancia materna: idoneidad, prevención de enfermedades, comodidad, económicas, relación afectiva, etc.*
- 4.7.-*Informar sobre la visita domiciliaria de Enfermería al recién nacido y forma de solicitarla.*
- 4.8.-*Informar sobre la visita postparto con la Matrona y cómo solicitarla.*

5.- CONTENIDOS EN VISITAS POSTNATALES.

5.1.- OBTENER INFORMACIÓN SOBRE:

- 5.1.1.- *La familia: composición y factores psicosociales con posible implicación en el cuidado del niño.*
- 5.1.2.- *La vivienda: tipo, régimen de tenencia, condiciones de habitabilidad y presencia de animales domésticos.*
- 5.1.3.- *El recién nacido: estado general y actitud, estado nutricional, piel, ombligo, ritmos fisiológicos e higiene.*
- 5.1.4.- *La madre: nutrición, hábitos tóxicos, psíquico, enfermedades y medicamentos, actitud hacia la lactancia natural.*
- 5.1.5.- *De la toma (si es posible mediante observación directa): tipo de alimentación, técnica, actitud del niño tras la toma y valoración subjetiva de la madre.*

5.2.- CONSEJOS Y EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE:

5.2.1.- Higiene:

- ⇒ *Baño diario.*
- ⇒ *No fajar.*
- ⇒ *Higiene de la región perineal.*
- ⇒ *Ropa de algodón evitando imperdibles y cintas.*
- ⇒ *Cambio diario de ropa y adecuada a la temperatura ambiental.*
- ⇒ *Habitación soleada con buena ventilación.*
- ⇒ *Paseo diario.*

5.2.2.- Alimentación:

- ⇒ *Ventajas y técnica de la lactancia materna.*
- ⇒ *Desmitificar creencias erróneas sobre la lactancia materna (tamaño de los pechos, consistencia de la leche, signos erróneos de hambre).*
- ⇒ *Higiene del pecho y cómo se exprime manualmente.*
- ⇒ *Compartir decisión de la madre si opta por lactancia artificial y explicar técnica.*

5.2.3.- Desarrollo:

- ⇒ *Explicar evolución fisiológica del recién nacido.*
- ⇒ *Ritmo de deposiciones variable.*
- ⇒ *Cambio de proporciones.*
- ⇒ *Ritmo de micciones.*
- ⇒ *Ritmo de tomas.*
- ⇒ *Explicar, en líneas generales, el desarrollo psicomotor inmediato y técnicas de estimulación sensorial a través del tacto y la palabra.*

5.2.4.- Prevención de accidentes:

- ⇒ *Lesiones corporales por objetos (anillos, cadenas, imperdibles).*
- ⇒ *Quemaduras (agua del baño y biberón, mantas eléctricas y bolsas de agua).*
- ⇒ *Intoxicaciones y riesgo de incendio (braseros, estufas de butano).*
- ⇒ *Aspiración de cuerpos extraños (angoras, polvos de talco, objetos pequeños, chupetes que no son de una pieza).*
- ⇒ *Asfixias: Postura boca-arriba. No utilizar almohadas. Colchón de la cuna bien ajustado. No dormir con el niño. No poner cadenas o chupetes al cuello.*

- ⇒ *Caídas de superficie elevada: Barrotes en la cuna y no dejar nunca solo en una superficie elevada. No dejarlo en brazos de niños o personas claramente incapacitadas.*
- ⇒ *Accidentes de tráfico: Extremar la precaución en la conducción. Utilizar sistemas homologados para transportar el niño en el interior del vehículo. No llevar en brazos ni en el asiento delantero. Al cruzar la calle, no bajar el cochecito de la acera al asomarse para cruzar. No dejar el cochecito de la mano en la calle.*

5.2.5.- Adaptación familiar:

- ⇒ *Hablar de la adaptación postparto.*
- ⇒ *Informar sobre la depresión postparto y su limitación en el tiempo.*
- ⇒ *Ayudar a la adaptación del padre y planificar el descanso de la madre.*
- ⇒ *Aconsejar actitud a adoptar ante la celopatía de hermanos.*

5.3.-Facilitar a los padres que expresen sus dudas y preguntas y responder a ellas. Aconsejar que hagan una lista de dudas para la próxima visita.

5.4.-CRITERIOS DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO:

5.4.1.- Pediatra:

- ⇒ *Hipotonía, succión pobre, llanto débil y decaimiento.*
- ⇒ *Signos de deshidratación: Mucosas secas, fontanela deprimida.*
- ⇒ *Ictericia zona IV (planta de los pies al presionar amarilla).*
- ⇒ *Palidez, cianosis de piel y mucosas.*
- ⇒ *Dificultad respiratoria, tiraje, polipnea (más 40 r.p.m.).*
- ⇒ *Cualquier situación que alarme al visitador.*

5.4.2.- Visitas de seguimiento de enfermería:

- ⇒ *Problemas derivados del cuidado del niño: Incapacidad física, sensorial, gran inseguridad, desconocimiento sobre el cuidado.*
- ⇒ *Problemas derivados de la alimentación e higiene.*
- ⇒ *Bajo nivel socio-cultural de los padres.*
- ⇒ *Ansiedad materna respecto a la suficiencia láctea (fundada o no) en la lactancia materna.*
- ⇒ *Administración incorrecta de los cuidados al niño.*
- ⇒ *Familias de riesgo psicosocial y malos tratos.*

5.4.3.- Trabajador Social:

- ⇒ *Madres adolescentes.*
- ⇒ *Familia monoparental.*
- ⇒ *Familias extensas: Desorganización familiar.*
- ⇒ *Extrema ansiedad materna por la llegada del niño.*
- ⇒ *Toxicomanías o situaciones de marginalidad.*
- ⇒ *Familias con dificultades económicas importantes.*
- ⇒ *Padres con enfermedad psíquica o física incapacitante.*

5.5.-CITACIÓN para la próxima visita de seguimiento o, si no precisa, para primera visita de los 15 días.

5.6.-REGISTRO de la actividad en historia clínica, ficha de recogida de datos del programa. Registro en las estadísticas de actividad y rendimiento.

VISITA DE LOS 15 DÍAS

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el C.S. al R.N. a los 15 días de vida.

2.-OBJETIVOS.

2.1.-DETECCIÓN DE PATOLOGÍA CONGÉNITA:

2.1.1.- Cortocircuitos I.D.

2.1.2.- Estenosis hipertrófica de piloro.

2.1.3.- Hiperplasia suprarrenal congénita.

2.1.4.- Displasia de caderas.

2.1.5.- Otras.

2.2.-Detección precoz de disfunción en el desarrollo psicomotor.

2.3.-Fomento de la Lactancia Materna y, en su defecto, asegurar la adecuada nutrición con fórmula y suplemento con vitaminas y minerales.

2.4.-Brindar consejos de E.P.S.

2.5.-Detección y orientación de problemas derivados de la interacción padres-hijos.

2.6.-Detección de familias de riesgo psicosocial.

3.-NORMAS.

3.1.-La visita la realizarán el Pediatra y Enfermera, previa citación.

3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.

3.3.-Al realizar la evaluación familiar se procurará evitar una entrevista muy estructurada. Dejar siempre tiempo y posibilidad para que expresen dudas y problemas que no hayan surgido anteriormente. No agobiar a los padres con preguntas si se ve con claridad que no proceden.

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-Realizar ANAMNESIS completa si no se ha hecho V.D.R.N. Completar Historia y preguntar sobre los posibles problemas detectados en la V.D.R.N.

4.1.1.- Asegurarse de que esté puesta la 1ª dosis de Hepatitis B.

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

4.2.1.- Peso.

4.2.2.- Talla longitudinal.

4.2.3.- Perímetro cefálico (P.C.).

4.2.4.- Perímetro braquial izquierdo (P.B.I.).

4.2.5.- Índice nutricional (P.B.I./P.C.).

4.2.6.- Fontanela Anterior (dedos).

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA:

4.3.1.- Inspección General: Malformaciones, coloración, Ictericia.

4.3.2.- Cabeza: Cefalohematoma, suturas, kaput, forma.

4.3.3.- Auscultación C.P. Pulsos.

4.3.4.- Palpación abdominal.

4.3.5.- Locomotor:

⇒ Movilidad de cuello.

⇒ Caderas: no realizar Ortolani.

⇒ Realizar abducción.

⇒ Realizar flexión ventral.

⇒ Pies: Descartar pies zambos.

⇒ Descartar metatarso-varo.

4.3.6.- Genitales: Sexo, malformaciones, hidrocele y chorro en varón, sinequias en hembras.

4.3.7.- Hidratación-Nutrición.

4.3.8.- Otros aspectos.

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

4.4.1.- Audición en grupos de riesgo: Respuesta a la estimulación acústica (parpadeo, se agita, para su actividad o cambio en el ritmo de respiración).

4.4.2.- Visión: Transparencia. Reflejo Fotomotor.

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ:

4.5.1.- *Tono muscular flexo-tensor.*

4.5.2.- *Simetría postural.*

4.5.3.- *Fijación mirada.*

4.5.4.- *Reflejos del R.N.*

4.5.5.- *Sonrisa.*

4.5.6.- *Postura en decúbito prono.*

4.6.-EVALUACIÓN FAMILIAR:

4.6.1.- *Ansiedad/depresión.*

4.6.2.- *Agobio por la responsabilidad del hijo.*

4.6.3.- *Indiferencia ante el niño. Observar como lo cogen, le hablan y le acarician.*

4.6.4.- *Problemas de sueño padres/niño.*

4.6.5.- *Niño muy irritable, nervioso, llorón.*

4.6.6.- *Celopatía con hermanos.*

4.6.7.- *Problemas socioeconómicos familiares.*

4.6.8.- *Organización familiar, reparto del trabajo doméstico.*

4.6.9.- *Problemas de no identificación con las necesidades del niño.*

4.7.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.7.1.- *Alimentación:*

⇒ *Fomentar la L.M. a demanda.*

⇒ *Intentar pausa nocturna.*

⇒ *Evitar suplementos.*

⇒ *Si L.A. explicar dilución y fórmula correcta. Comprobar temperatura manual del biberón.*

4.7.2.- *Suplementos:*

⇒ *Vit. D₃: 400 Ul./día.*

⇒ *Fe: Según criterio del Pediatra responsable.*

4.7.3.- *Ritmo de ganancia ponderal y su valoración:*

⇒ *Peso/semana.*

⇒ *Aumento promedio 150-200 gr./sem.*

⇒ *Desaconsejar doble pesada.*

4.7.4.- *Ritmos fisiológicos:*

- ⇒ Sueño:
 - * Variabilidad 18-22 horas/día
 - * Ritmo no fijo
 - * Intentar pausa de 6 horas coincidiendo con el descanso de los padres
- ⇒ Orina:
 - * Micciones muy frecuentes
- ⇒ Deposiciones:
 - * Variables según el tipo de lactancia

4.7.5.- Higiene:

- ⇒ Baño, no mayor de 15 minutos. Valorar aceite o crema hidratante.
- ⇒ Paseo diario.
- ⇒ Ropa adecuada a la temperatura ambiente. Evitar arropamiento excesivo.
- ⇒ Habitación.

4.7.6.- Estimulación:

- ⇒ Explicar el D.S.M. hasta el mes.
- ⇒ Explicar técnicas de estimulación sensorial a través del tacto y la palabra.

4.7.7.- Prevención de accidentes:

- ⇒ Aspiraciones: postura, pendientes, anillos, chupete de una pieza, no angostas, no juguetes desmontables o pequeños.
- ⇒ Tóxicos: Advertir los riesgos del embotellado. Probarlo antes.
- ⇒ Tráfico: No llevarlo en brazos, sujeción del capazo o silla al asiento. No dejarlo nunca solo en el coche. Al cruzar la calle, no bajar nunca el cochecito de la acera al asomarse para ver si vienen coches.
- ⇒ Caídas: No dejar en brazos de niños y adultos incapacitados. No dejar solos en superficie elevada y subir siempre barrotes de la cuna.

4.7.8.- Prevención Muerte Súbita del lactante:

- ⇒ Aconsejar decúbito supino o, si no es posible éste, el decúbito lateral para dormir durante los primeros 6 meses de vida.
- ⇒ Aconsejar colchoncitos duros.
- ⇒ Valorar los A.F. de riesgo de S.M.S.L.
- ⇒ Desaconsejar el tabaquismo, tanto paterno como materno, y ofrecer alternativas para evitar el tabaquismo pasivo del niño.

4.7.9.- Adaptación familiar:

- ⇒ Fomentar la seguridad de los padres sobre sus capacidades para cuidar, mostrándoles lo bien que está el bebé.
- ⇒ Hablar de la adaptación postparto, planificar el descanso de la madre y aconsejar conseguir siempre tiempo para la pareja.
- ⇒ Actitud de los padres ante la celopatía de hermanos.

4.8.- Favorecer a los padres que expongan DUDAS Y PREGUNTAS. Sugerir lista de dudas para la próxima visita.

4.9.- Poner en TRATAMIENTO los problemas detectados y/o DERIVAR si precisan.

4.10.- CITACIÓN para la visita de 1 mes.

4.11.- REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, ficha del Programa del Lactante e indicadores de rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.

VISITA DE 1 MES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el C.S. al niño de 1 mes de edad.

2.-OBJETIVOS.

2.1.-NUEVA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA CONGÉNITA:

2.1.1.- Cortocircuitos I.D.

2.1.2.- Estenosis hipertrófica de píloro.

2.1.3.- Obstrucción del canal lacrimal.

2.1.4.- Displasia de caderas.

2.1.5.- Otras.

2.2.-Detección precoz de disfunción en el desarrollo psicomotor.

2.3.-Fomento de la Lactancia Materna y, en su defecto, asegurar la adecuada nutrición con fórmula y suplemento con vitaminas y minerales.

2.4.-Detección y orientación de problemas derivados de la interacción padres-hijos.

2.5.-Brindar consejos de E.P.S.

3.-NORMAS.

3.1.-La visita la realizará el Pediatra en consulta programada, previa citación.

3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.

3.3.-Resaltar siempre aspectos positivos del cuidado, conducta y hallazgos físicos del niño.

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:

4.1.1.- Los posibles problemas detectados y procesos intercurrentes.

4.1.2.- Alimentación, llanto, DPS, chorro, succión, sueño.

4.1.3.- Baño, paseo, postura en la cama.

- 4.1.4.- *Adaptación familiar.*
- 4.1.5.- *Entorno (tabaco, etc.).*
- 4.1.6.- *Vitaminoterapia.*
- 4.1.7.- *Resultados de la prueba de detección de metabolopatías.*
- 4.1.8.- *Accidentes (Sí/No).*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

- 4.2.1.- *Peso.*
- 4.2.2.- *Talla longitudinal.*
- 4.2.3.- *Perímetro cefálico (P.C.).*
- 4.2.4.- *Índice nutricional (P.B.I./P.C.).*
- 4.2.5.- *Fontanela anterior (dedos).*
- 4.2.6.- *Pliegues (opcional).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA:

- 4.3.1.- *Inspección: Aspecto general. Piel.*
- 4.3.2.- *Auscultación C.P. Pulsos.*
- 4.3.3.- *Abdomen: Hernias, masas (T. Wills, R. Poliquístico).*
- 4.3.4.- *Conducto lacrimal.*
- 4.3.5.- *Locomotor. Abducción de caderas.*
- 4.3.6.- *Descartar metatarso-varo.*
- 4.3.7.- *Tono muscular, movilidad espontánea en prono y supinación. Escasa o excesiva actividad.*
- 4.3.8.- *Genitales: Hidrocele, sinequias en niñas.*
- 4.3.9.- *Hidratación-Nutrición.*
- 4.3.10.- *Otros aspectos.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

- 4.4.1.- *Audición: Respuesta a la estimulación acústica (parpadeo, se agita, para su actividad o cambio en el ritmo de respiración).*
- 4.4.2.- *Visión: Transparencia. Reflejo Fotomotor. Fijación de mirada. Sigue movimiento de una luz.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ (LLEVANT):

- 4.5.1.- *Social: Reacciona a la voz. Inicia sonrisa.*
- 4.5.2.- *Postural: En prono, sobre plano duro, levanta la cabeza aproximadamente 45-50°.*
- 4.5.3.- *Signo de alarma: Hipertonía extensores del cuello.*

4.6.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.6.1.- Alimentación:

- ⇒ *Seguir fomentar la L.M.*
- ⇒ *Evitar suplementos de L.A. sin consultar previamente con el Pediatra o Enfermera.*

4.6.2.- Suplementos:

- ⇒ *Vit. D₃: 400 UI./día.*

4.6.3.- Ritmos fisiológicos:

- ⇒ *Sueño: Recordar pausa nocturna.*
- ⇒ *DPS: Recordar variabilidad fisiológica.*

4.6.4.- Higiene:

- ⇒ *Baño diario.*
- ⇒ *Ropa adecuada.*
- ⇒ *Demostrar la técnica de lavados nasales con S.F.*

4.6.5.- Prevención de accidentes:

- ⇒ *Insistir la sujeción del capazo en vehículos.*
- ⇒ *Recordar postura en cuna y caídas.*

4.6.6.- Adaptación familiar:

- ⇒ *Ayudar a identificar las necesidades del niño: sueño, hambre, compañía, caricias, afecto.*
- ⇒ *Facilitar información sobre "los cólicos del lactante" y quitarle importancia.*

4.7.-Favorecer a los padres que expongan DUDAS Y PREGUNTAS. Sugerir lista de dudas para la próxima visita.

4.8.-Poner en TRATAMIENTO los problemas detectados y/o DERIVAR si precisan.

4.9.-CITACIÓN para la visita de 2 meses.

4.10.-REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, ficha del Programa del Lactante e indicadores de rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.

VISITA DE 2 MESES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 2 meses de edad.

2.-OBJETIVOS.

- 2.1.-Nueva detección de patología congénita y sensorial.*
- 2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.*
- 2.3.-Conseguir la nutrición adecuada del lactante mediante:*
 - 2.3.1.- Fomento de la L.M. y en su defecto L.A. con fórmula adecuada.*
 - 2.3.2.- Suplementos de vitamina D₃ y minerales.*
 - 2.3.3.- Alimentación láctea exclusiva.*
- 2.4.-Administrar la 1ª dosis de DTP, Hib y Po; 1ª dosis de Meningitis C y 2ª dosis de Hepatitis B, según calendario oficial.*
- 2.5.-Detección y orientación de problemas derivados de la interacción padres-hijos.*
- 2.6.-Brindar consejos de E.P.S.*

3.-NORMAS.

- 3.1.-La visita la realizará el Pediatra y la Enfermera en Consulta Programada previa citación.*
- 3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.*
- 3.3.-Resaltar siempre aspectos positivos del cuidado, conducta y hallazgos físicos del niño.*

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:

- 4.1.1.- Lactancia:*
 - ⇒ Conocimientos*
 - ⇒ Técnica*
 - ⇒ Ansiedad y capacidad personal de la madre para alimentar al niño y resolver los problemas que le plantee*
- 4.1.2.- Higiene.*
- 4.1.3.- Eliminación.*
- 4.1.4.- Actividad / Sueño.*
- 4.1.5.- Seguridad / Afecto.*
- 4.1.6.- Vitaminoterapia.*
- 4.1.7.- Accidentes (Sí/No).*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

- 4.2.1.- *Peso.*
- 4.2.2.- *Talla longitudinal.*
- 4.2.3.- *Perímetro cefálico (P.C.).*
- 4.2.4.- *Índice nutricional (P.B.I./P.C.).*
- 4.2.5.- *Fontanela Anterior (dedos).*
- 4.2.6.- *Pliegues (opcionales).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

- 4.3.1.- *Inspección: aspecto general. Golpes y traumatismos.*
- 4.3.2.- *Auscultación C.P. Pulsos.*
- 4.3.3.- *Abdomen: hernias, masas.*
- 4.3.4.- *Locomotor: abducción de caderas
posición anómala de los pies*
- 4.3.5.- *Genitales: hidrocele, sinequias en niñas, higiene.*
- 4.3.6.- *Otros aspectos.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

4.4.1.- *Audición:*

- ⇒ *Respuesta a la estimulación acústica (parpadeo, se agita, para su actividad o cambio en el ritmo de respiración).*
- ⇒ *Localiza sonidos y los diferencia.*
- ⇒ *Prefiere los sonidos graves.*

4.4.2.- *Visión:*

- ⇒ *Cuando el niño está tumbado, tiene ya capacidad suficiente para fixar su mirada durante un espacio determinado de tiempo, pudiendo seguir el movimiento de un objeto grande o de una persona a 180°.*
- ⇒ *Siente más atracción por un objeto en movimiento que por uno estático y, de forma especial, por aquellos coloreados en tonos fuertes y vivos. Es ahora cuando se le deben colocar móviles y objetos de colores colgados del techo para desarrollar su experiencia visual.*

4.5.-EVALUACIÓN DSM (LLEVANT):

4.5.1.- *Social:*

- ⇒ *Sonrisa social. Sonríe fundamentalmente a rostros conocidos y, de forma especial, a la madre.*
- ⇒ *Llora cuando no está a gusto y vocaliza para expresar su bienestar.*

4.5.2.- *Postural:*

- ⇒ *Posición de la cabeza:* *En sedestación puede mantener la cabeza erguida durante breves segundos, predominando su caída hacia atrás. En posición ventral logra elevar la cabeza de vez en cuando y con una amplitud respecto al plano del colchón de unos 45°.*

⇒ Posición del tronco: Continua débil aunque, sujetándolo bien en sedestación, intenta enderezarlo ligeramente.

⇒ Posición de las extremidades: En posición dorsal la hipertonía disminuye, pudiendo flexionar los miembros superiores e inferiores, más distendidos.

En posición ventral sus brazos, aún doblados por los codos, pierden rigidez, pero los dedos de sus manos permanecen más tiempo extendidos. Las extremidades inferiores comienzan a semiflexionarse, manteniendo su cuerpo apoyado en la pelvis y en los muslos durante el período de extensión.

⇒ Prensión: Teniendo en cuenta que las manos comienzan a permanecer extendidas durante más tiempo, el reflejo de prensión va disminuyendo.

4.5.3.- Lenguaje: El lloro sigue teniendo el valor comunicativo más importante en espera de respuesta, pero también comienza a expresar su estado de placidez mediante algunas vocalizaciones (e, a, o).

4.5.4.- Signo de alerta: Irritabilidad permanente. Sobresalto exagerado.

4.6.- Establecer y ejecutar el PLAN DE CUIDADOS Y/O DERIVACIÓN, si procede, de los problemas detectados.

4.7.- VACUNACIÓN:

4.7.1.- Preguntar sobre posibles contraindicaciones.

4.7.2.- Informar sobre posibles efectos adversos locales y generales.

4.7.3.- Administrar las vacunas DTP, Hib y Polio; Meningitis C y Hepatitis B.

4.7.4.- Registrar vacuna, fecha y lote en H^a C^a, Documento de Salud Infantil y sistemas de registro del centro.

4.8.- BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.8.1.- Reforzar lactancia materna:

⇒ Explicar la suficiencia de la L.M.: El aumento de peso y talla normal, el normal desarrollo psicomotor, el normal comportamiento del niño cuando sus necesidades estén cubiertas.

⇒ Informar sobre la idoneidad de la L.M.: Digestibilidad, accesibilidad, menos alergias, menos obesidad, afectivas, económicas, menor cáncer de mama.

4.8.2.- aconsejar la no introducción de nuevos alimentos: Inmadurez del Aparato Digestivo y explicar las consecuencias de una intolerancia alimentaria.

4.8.3.- Informar sobre las necesidades nutritivas del Lactante y qué hacer ante una escasa ganancia ponderal o signos evidentes de hambre tras las tomas.

4.8.4.- Continuar el aporte de vitamina D₃.

4.8.5.- *Higiene:*

- ⇒ *Insistir en el baño diario.*
- ⇒ *Recomendar habitación individual.*

4.8.6.- *Estimulación:*

- ⇒ *Resaltar importancia de la estimulación táctil y de la palabra. Canciones.*

4.8.7.- *Adaptación familiar y prevención de problemas de conducta y emocionales:*

- ⇒ *Plan de cuidados diarios flexible.*
- ⇒ *Respetar apetito del niño.*
- ⇒ *Cogerle con delicadeza, hablarle y mecerle, pueden ayudar a mitigar el llanto.*
- ⇒ *Evitar sobreintervención ante mínimas demandas.*
- ⇒ *Ayudar a los padres a interpretar las necesidades que el niño está comunicando con su conducta.*

4.8.8.- *Prevención de accidentes:*

- ⇒ *Comentar procedimientos homologados de sujeción en vehículos.*
- ⇒ *Prevenir caídas desde brazos, mesas, cama y vestidos.*
- ⇒ *Evitar objetos pequeños y juguetes desmontables a su alcance.*
- ⇒ *No bajar de la acera el coche del bebé al asomarse para cruzar.*
- ⇒ *No cogerlo en brazos mientras se toman líquidos calientes.*
- ⇒ *Evitar sobreexposición al sol.*
- ⇒ *Comprobar siempre (manualmente) la temperatura del agua del baño y del biberón.*

4.8.9.- *Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante:*

- ⇒ *Aconsejar decúbito supino o, si no es posible éste, el decúbito lateral para dormir y durante los primeros seis meses de vida.*
- ⇒ *Evitar el arropamiento excesivo del niño.*
- ⇒ *Aconsejar colchoncitos duros de cama.*
- ⇒ *Valorar los antecedentes familiares y personal de riesgo de S.M.S.L.*
- ⇒ *Desaconsejar el tabaquismo, tanto paterno como materno, y ofrecer alternativas para evitar el tabaquismo pasivo del niño.*

4.8.10.- *Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante:*

- ⇒ *Medidas a tomar ante la fiebre y uso adecuado de antitérmicos.*

4.9.- *Facilitar a los padres que expongan sus DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.*

4.10.- *CITACIÓN para la visita de 3 meses.*

4.11.- *REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.*

VISITA DE 3 MESES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 3 meses de edad.

2.-OBJETIVOS.

2.1.-Nueva detección de patología congénita y sensorial.

2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.

2.3.-Conseguir la nutrición adecuada del lactante mediante:

2.3.1.- Detección de alteraciones nutricionales.

2.3.2.- Fomento L.M. y en su defecto L.A. con fórmula adecuada.

2.3.3.- Suplementos de Vitamina D₃ y minerales.

2.3.4.- Alimentación láctea exclusiva.

2.4.-Repasar Calendario Vacunal.

2.5.-Detección y orientación de problemas derivados de la interacción padres-hijos.

2.6.-Brindar consejos de E.P.S.

3.-NORMAS.

3.1.-La visita la realizará la Enfermera en Consulta Programada previa citación.

3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.

3.3.-Resaltar siempre aspectos positivos del cuidado, conducta y hallazgos físicos del niño.

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:

- 4.1.1.- *Los posibles problemas detectados y procesos intercurrentes.*
- 4.1.2.- *Alimentación.*
- 4.1.3.- *Hábitos fisiológicos: sueño, deposiciones.*
- 4.1.4.- *Cólicos.*
- 4.1.5.- *Higiene.*
- 4.1.6.- *Entorno: posible reincorporación al trabajo de la madre.*
- 4.1.7.- *Vitaminoterapia.*
- 4.1.8.- *Accidentes: deben comentarse los aspectos específicos de la seguridad del niño como pasajeros de automóviles, incluyendo comentarios acerca de los dispositivos homologados de sujeción.*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

- 4.2.1.- *Peso.*
- 4.2.2.- *Talla longitudinal.*
- 4.2.3.- *Perímetro cefálico (P.C.).*
- 4.2.4.- *Índice nutricional (P.B.I./P.C.).*
- 4.2.5.- *Fontanela Anterior (dedos).*
- 4.2.6.- *Pliegues (opcionales).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

- 4.3.1.- *Inspección: aspecto general. Golpes y traumatismos.*
- 4.3.2.- *Hidratación - Nutrición.*
- 4.3.3.- *Tono muscular, movilidad espontánea en prono y supinación. Escasa o excesiva actividad.*
- 4.3.4.- *Locomotor: abducción de caderas
posición anómala de los pies*
- 4.3.5.- *Genitales: hidrocele, sinequias en niñas, higiene.*
- 4.3.6.- *Otros aspectos.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

4.4.1.- *Audición: Respuesta a la estimulación acústica (parpadeo, se agita, rudimentario giro de cabeza hacia el sonido).*

4.4.2.- *Signo de alerta: No hay respuesta.*

4.4.3.- *Visión: Sigue el recorrido de un objeto llamativo hacia arriba y hacia abajo más de 60 grados.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ:

4.5.1.- *Social: Todos sonríen a la "madre".*

4.5.2.- *Lenguaje: Casi todos están atentos a conversaciones.*

4.5.3.- *Manipulación: Casi todos juntan las manos.*

4.5.4.- *Postural: Todos levantan la cabeza del plano 45º, y casi todos lo hacen apoyándose en los antebrazos.*

Casi todos, al incorporarlos cogiéndoles de las manos, mantienen la cabeza alineada con el tronco.

4.5.5.- *Signos de alerta:*

⇒ *Irritabilidad permanente.*

⇒ *Sobresalto exagerado.*

⇒ *Abducción permanente del pulgar.*

4.6.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.6.1.- *Alimentación:*

⇒ *Láctea exclusiva: L.M. y en su defecto L.A. o Mixta con fórmula adaptada.*

⇒ *No introducción de Alimentación complementaria.*

4.6.2.- *Suplementos:*

⇒ *Vitamina D₃: 400 UI./día.*

4.6.3.- *Ritmos fisiológicos:*

⇒ *Sueño: Durante el día duerme menos y está más activo.*

⇒ *Tomas: Va espaciándolas.*

4.6.4.- *Higiene:*

⇒ *Insistir en el baño diario.*

⇒ *Recomendar habitación individual.*

4.6.5.- Estimulación:

- ⇒ *Resaltar importancia de la estimulación táctil y de la palabra. Canciones.*
- ⇒ *Juguetes grandes, de colores vivos, sonoros (sonajeros y muñecos), no desmontables.*

4.6.6.- Adaptación familiar y prevención de problemas de conducta y emocionales:

- ⇒ *Plan de cuidados diarios flexible.*
- ⇒ *Respetar apetito del niño.*
- ⇒ *Cogerle con delicadeza, hablarle y mecerle, pueden ayudar a mitigar el llanto.*
- ⇒ *Evitar sobreintervención ante mínimas demandas.*
- ⇒ *Ayudar a los padres a interpretar las necesidades que el niño está comunicando con su conducta.*

4.6.7.- Prevención de accidentes:

- ⇒ *Comentar procedimientos homologados de sujeción en vehículos.*
- ⇒ *Prevenir caídas desde brazos, mesas, cama y vestidos.*
- ⇒ *Evitar objetos pequeños y juguetes desmontables a su alcance.*
- ⇒ *No bajar de la acera el coche del bebé al asomarse para cruzar.*
- ⇒ *No cogerlo en brazos mientras se toman líquidos calientes.*
- ⇒ *Evitar sobreexposición al sol.*
- ⇒ *Comprobar siempre (manualmente) la temperatura del agua del baño y del biberón.*

4.6.8.- Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante:

- ⇒ *Aconsejar decúbito supino o, si no es posible éste, el decúbito lateral para dormir y durante los primeros seis meses de vida.*
- ⇒ *Evitar el arropamiento excesivo del niño.*
- ⇒ *Aconsejar colchoncitos duros de cama.*
- ⇒ *Valorar los antecedentes familiares y personal de riesgo de S.M.S.L.*
- ⇒ *Desaconsejar el tabaquismo, tanto paterno como materno, y ofrecer alternativas para evitar el tabaquismo pasivo del niño.*

4.7.- Favorecer a los padres que expongan DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.

4.8.- Poner en TRATAMIENTO los problemas detectados y/o DERIVAR si precisan.

4.9.- CITACIÓN para la visita de 4 meses.

4.10.- REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.

VISITA DE 4 MESES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 4 meses de edad.

2.-OBJETIVOS.

2.1.-NUEVA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA CONGÉNITA Y SENSORIAL:

2.1.1.- Hipoacusia o sordera.

2.1.2.- Estrabismo.

2.1.3.- Criptorquidias.

2.1.4.- Displasia de caderas.

2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.

2.3.-CONSEGUIR LA NUTRICIÓN ADECUADA DEL LACTANTE MEDIANTE:

2.3.1.- Mantenimiento alimentación láctea.

2.3.2.- Introducción alimentación complementaria normatizada.

2.3.3.- Suplementos de Vitamina D₃.

2.4.-Administrar la 2ª dosis de DTP, Hib y Po y 2ª dosis de Meningitis C al niño, según calendario oficial vigente.

2.5.-Detección y orientación de problemas derivados de la interacción padres-hijos.

2.6.-Brindar consejos de E.P.S.

3.-NORMAS.

3.1.-La visita la realizará la Enfermera en Consulta Programada previa citación.

3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.

3.3.-Resaltar siempre aspectos positivos del cuidado, conducta y hallazgos físicos del niño.

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:

- 4.1.1.- *Los posibles problemas detectados y procesos intercurrentes.*
- 4.1.2.- *Alimentación.*
- 4.1.3.- *Hábitos fisiológicos: sueño, apetito.*
- 4.1.4.- *Higiene.*
- 4.1.5.- *Actividad del lactante.*
- 4.1.6.- *Vitaminoterapia.*
- 4.1.7.- *Accidentes.*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

- 4.2.1.- *Peso.*
- 4.2.2.- *Talla longitudinal.*
- 4.2.3.- *Perímetro cefálico (P.C.).*
- 4.2.4.- *Índice nutricional (P.B.I./P.C.).*
- 4.2.5.- *Fontanela Anterior (dedos).*
- 4.2.6.- *Pliegues (opcionales).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

- 4.3.1.- *Aspecto general. Golpes y traumatismos.*
- 4.3.2.- *Locomotor: Abducción de caderas.
Dismetría de extremidades. Asimetría pliegues.*
- 4.3.3.- *Genitales: Testes, sinequias, higiene.*
- 4.3.4.- *Otros aspectos.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

- 4.4.1.- *Audición: Localiza sonidos laterales.*
- 4.4.2.- *Signos de alerta:*
 - ⇒ *No se orienta a la voz de la madre.*
 - ⇒ *No emite sonidos guturales para llamar la atención.*
- 4.4.3.- *Visión: Comprobar que ambos ojos siguen simultáneamente los objetos.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ:

- 4.5.1.- *Social:*
 - ⇒ *Todos se miran las manos.*
 - ⇒ *Todos siguen un objeto colocado a 30 cms. 90° en vertical.*
 - ⇒ *Casi todos siguen un objeto 180° en horizontal.*

4.5.2.- *Lenguaje: Casi todos espontáneamente se ríen a carcajadas.*

4.5.3.- *Manipulación: Casi todos dirigen las manos a un objeto situado a su alcance.*

4.5.4.- *Postural: Todos en decúbito prono levantan cabeza y tórax apoyándose en los antebrazos. Calidad de movimientos reflejos, asimetrías posturales y tono muscular.*

4.5.5.- *Signos de alarma:*

⇒ *Pasividad excesiva.*

⇒ *Ángulo de abductores inferior a 90° (explorado según protocolo):*

4.6.-VACUNACIÓN:

4.6.1.- *Preguntar sobre posibles contraindicaciones.*

4.6.2.- *Administrar la dosis de DTP, Hib y Po y la de Meningitis C.*

4.6.3.- *Informar sobre posibles efectos adversos.*

4.6.4.- *Registrar vacuna, lote y fecha en H^a C^a, Documento de Salud Infantil y sistemas de registro del Centro.*

4.7.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.7.1.- *Alimentación:*

⇒ *Fomentar y apoyar la Lactancia Materna y recomendar, en su caso, una leche maternizada convenientemente fortificada con hierro*

⇒ *Entre el 4-6 mes, teniendo en cuenta sobre todo los antecedentes familiares de atopia, las curvas de crecimiento individual y la situación social, se introducirá la alimentación complementaria: cereales sin gluten, zumos de fruta y fruta natural (no añadir gluten ni productos azucarados) y verduras. Se aconseja que sea paulatina.*

4.7.2.- *Suplementos:*

⇒ *Vitamina D₃: 400 UI./día.*

⇒ *Fe: Según valoración individual.*

4.7.3.- *Hábitos:*

⇒ *Tomas: Advertir que es normal que haga 4 comidas/día.*

4.7.4.- *Higiene:*

⇒ *Insistir en baño y paseo diario.*

4.7.5.- *Estimulación (ver anexo).*

4.7.6.- *Prevención de problemas de conducta y emocionales:*

⇒ *Habitación individual.*

- ⇒ *Respetar variabilidad individual del apetito. Para la introducción de los nuevos alimentos hacerlo paulatinamente, en la cantidad que el niño acepte, y sin forzarle.*
- ⇒ *Coger al niño confortablemente y no mostrar enfado ni intentar distraerlo exageradamente con aspavientos, juegos, gritos, durante las comidas.*
- ⇒ *Comentar los problemas derivados de la incorporación al trabajo:*
 - * *Lactancia materna*
 - * *Necesidad de suplementos, fórmula, etc.*
 - * *Posibilidad de extracción y almacenamiento de la leche materna.*
 - * *Selección de cuidadores.*

4.7.7.- Prevención de accidentes:

- ⇒ *Caídas: No solos en superficies altas. Bajar el colchón de la cuna.*
- ⇒ *Desaconsejar anillos, pulseras y cadenas.*
- ⇒ *Comentar normas y dispositivos de sujeción en vehículos específicos para esta edad.*
- ⇒ *Asfixias: Objetos y trozos de alimentos.*
- ⇒ *No coger al niño en brazos mientras se toman líquidos calientes.*

4.7.8.- Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante:

- ⇒ *Aconsejar decúbito supino o, si no es posible éste, el decúbito lateral para dormir y durante los primeros seis meses de vida.*
- ⇒ *Desaconsejar el tabaquismo, tanto paterno como materno, y ofrecer alternativas para evitar el tabaquismo pasivo del niño.*
- ⇒ *Fomentar y apoyar la Lactancia Materna.*
- ⇒ *Evitar el arropamiento excesivo del niño.*
- ⇒ *Aconsejar colchoncitos duros de cama.*
- ⇒ *Valorar los antecedentes familiares y personales de riesgo de S.M.S.L.*

4.7.9.- Otros consejos:

- ⇒ *Ofrecer información escrita sobre actitud a tomar ante vómitos y diarreas.*

4.8.-*Facilitar a los padres que expongan DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.*

4.9.-*Realizar PLAN DE CUIDADOS y/o DERIVAR si precisa ante problemas detectados.*

4.10.-*CITACIÓN para la visita de 6 meses.*

4.11.-*REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.*

VISITA DE 6 MESES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 6 meses de edad.

2.-OBJETIVOS.

2.1.-Detectar nuevos problemas de salud y seguimiento de los ya existentes:

2.1.1.- Problemas nutricionales.

2.1.2.- Errores en la alimentación.

2.1.3.- Hipoacusia o sordera.

2.1.4.- Estrabismo.

2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.

2.3.-Favorecer la adecuada introducción de la alimentación complementaria y suplementación de vitaminas.

2.4.-Administrar la 3ª dosis de DTP, Hib y Po; 3ª dosis de Meningitis C y 3ª dosis de Hepatitis B, según calendario oficial vigente.

2.5.-Favorecer una adecuada interacción padres-hijos.

2.6.-Brindar consejos de E.P.S.

3.-NORMAS.

3.1.-La visita la realizará el Pediatra y la Enfermera en Consulta Programada previa citación.

3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.

3.3.-Hablar positivamente de los hallazgos físicos o conductales del lactante a lo largo de la visita, y proporcionar refuerzo a los padres y/o cuidadores sobre la calidad de los cuidados que proporciona.

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:

- 4.1.1.- *Los posibles problemas detectados anteriormente y procesos intercurrentes.*
- 4.1.2.- *Alimentación: Si han comenzado a tomar nuevos alimentos, preguntar sobre tolerancia y adaptación a ellos.*
- 4.1.3.- *Hábitos fisiológicos: Sueño.*
- 4.1.4.- *¿Cómo están los hermanos?.*
- 4.1.5.- *Trabajo de la madre fuera de casa. Cuidadores.*
- 4.1.6.- *¿Cómo juega el niño?. ¿Qué juguetes tiene?.*
- 4.1.7.- *Higiene.*
- 4.1.8.- *Vitaminoterapia y flúor.*
- 4.1.9.- *Accidentes.*
- 4.1.10.- *¿Tienen los padres tiempo para ellos mismos?.*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

- 4.2.1.- *Peso.*
- 4.2.2.- *Talla longitudinal.*
- 4.2.3.- *Perímetro cefálico (P.C.).*
- 4.2.4.- *Índice nutricional (P.B.I./P.C.).*
- 4.2.5.- *Fontanela Anterior (dedos).*
- 4.2.6.- *Pliegues (opcionales).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

- 4.3.1.- *Aspecto general y nutricional. Piel.*
- 4.3.2.- *Auscultación C.P.*
- 4.3.3.- *Abdomen: Hernias, masas.*
- 4.3.4.- *Otros aspectos.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

4.4.1.- *Audición: El niño se orienta girando la cabeza hacia sonidos que proceden de los lados y de abajo.*

4.4.2.- *Signos de alerta:*

⇒ *No silabea.*

⇒ *No se orienta a sonidos familiares.*

4.4.3.- *Visión:*

⇒ *Comprobar que ambos ojos siguen simultáneamente los objetos.*

⇒ *Descartar estrabismo: Test de Hirschberg: fuente de luz a 30 cms. de puente nasal. El reflejo normal es simétrico y centrado sobre las pupilas.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ:

4.5.1.- *Social:*

⇒ *Al estar la prensión voluntaria bien adquirida, manifiesta cierto estado de nerviosismo cuando le presentan varios objetos a la vez por no saber cual coger. Por lo tanto, coge y suelta, pasándolos ansiosamente por la boca. También coge sus pies, los mira y explora como algo recién descubierto.*

⇒ *A esta edad conoce lo que significa una voz fuerte de riña y lo expresa haciendo pucheros, así como una voz dulce ante la que mostrará sonrisas y excitación de extremidades.*

4.5.2.- *Lenguaje: Parlotea solo. "Laleo".*

4.5.3.- *Manipulación:*

⇒ *Prensión palmar, con toda la palma de la mano y el pulgar extendido.*

⇒ *Coge el juguete sin titubear.*

4.5.4.- *Postural:*

⇒ *En sedestación con mínimo apoyo, mantiene buen control de la cabeza, aunque el cuerpo se incline en todas direcciones.*

⇒ *En posición ventral pasa de apoyarse en los antebrazos a hacerlo sobre las palmas de las manos. Comienzan a realizar volteo supino-prono, consiguiéndolo pocas veces.*

⇒ *En posición dorsal, en la prueba de tracción, si se le presentan los pulgares de la mano flexiona ligeramente los brazos para conseguir sentarse. Pasa de mirarse las manos a jugar con sus pies.*

4.5.5.- *Signos de alarma:*

⇒ *Persistencia del Moro y reflejo tónico del cuello.*

⇒ *Pasividad excesiva.*

⇒ *Asimetría de la actividad normal.*

4.6.-VACUNACIÓN:

- 4.6.1.- Preguntar sobre posibles contraindicaciones y si hubo reacción vacunal anterior.
- 4.6.2.- Administrar la dosis de DTP, Hib y Po; la de Meningitis C y la de Hepatitis B.
- 4.6.3.- Informar sobre posibles efectos adversos.
- 4.6.4.- Registrar vacuna, lote y fecha en H^a C^a, Documento de Salud Infantil y sistemas de registro del Centro.

4.7.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.7.1.- Alimentación:

- ⇒ Si están con lactancia materna, iniciar introducción de alimentación complementaria de forma gradual. Poco a poco, ir introduciendo cereales sin gluten, papilla de frutas naturales (sin azúcar ni galletas) y, si se puede, mantener el pecho como postre y/o conservándolo en alguna toma.
- ⇒ Es importante conseguir durante este período la buena adaptación del niño al uso de la cuchara y a los nuevos sabores introducidos ya que paulatinamente irá dejando la leche como alimento único para ir tomando hasta el año de vida el resto de alimentos que forman la alimentación del adulto.
- ⇒ Es frecuente que al inicio de la alimentación con cuchara el niño la rechace o saque el alimento, progresivamente y con paciencia se conseguirá que el niño se adapte a la cuchara.
- ⇒ Hacia el 7^o mes, puré de verdura más carne magra (roja y blanca) 40-50 grs. Añadir una pizca de sal y una cucharadita de aceite crudo de oliva o semillas.
- ⇒ Puede cambiarse a leche tipo 2 o continuación en niños con lactancia artificial o cuando la lactancia materna cese.
- ⇒ A partir del 6^o mes se puede introducir gluten.
- ⇒ Cantidad mínima de leche durante el 2^o semestre será de 500 c.c./día.
- ⇒ Es preferible dar las normas de alimentación por escrito, advirtiéndolo que no existen plazos fijos para la introducción de los nuevos alimentos, a veces hay que retrasarlos (enfermedad, vacaciones, viajes, etc.).

4.7.2.- Suplementos:

- ⇒ Vitamina D₃: 400 UI./día.
- ⇒ Fe: Según valoración individual.

4.7.3.- Higiene:

- ⇒ Insistir en baño y paseo diario.
- ⇒ Genitales.
- ⇒ Lavado manos.

4.7.4.- Estimulación:

- ⇒ Hablarle y responder a sus vocalizaciones.
- ⇒ Ponerle música suave le produce bienestar y serenidad.
- ⇒ Favorecer la sedestación.

4.7.5.- *Prevención de problemas de conducta y emocionales:*

- ⇒ *Habitación individual. Enseñar al niño a dormir solo, ofrecer chupete. Es frecuente que se despierten por la noche pero hay que desaconsejar ofrecer comida y/o acudir ante mínimas demandas.*
- ⇒ *Respetar variabilidad individual del apetito. Para la introducción de los nuevos alimentos hacerlo paulatinamente y sin forzarle.*
- ⇒ *Durante las comidas no mostrar enfado ni intentar distraerlo exageradamente con aspavientos, juegos, gritos, etc.*

4.7.6.- *Prevención de accidentes:*

- ⇒ *Caídas:*
 - * *No dejarlo solo en superficies altas*
 - * *No dejarlo solo en la bañera*
 - * *Bajar el colchón de la cuna*
- ⇒ *Asfixias:*
 - * *Objetos y trozos de alimentos.*
- ⇒ *Proteger los enchufes. No dejar cables a la vista (TV, batidora, freidora, etc.).*
- ⇒ *Poner productos de limpieza, medicinas y tóxicos en lugares altos y seguros.*
- ⇒ *Proteger a los niños de las quemaduras: cocinar en los fuegos interiores y con asas o mangos hacia adentro. No dejar nunca sartenes, cazos, etc. en el borde la cocina o encimera. Ojo a estufas y horno.*
- ⇒ *No andadores.*
- ⇒ *Silla homologada para sujeción de vehículos.*

4.7.7.- *Otros consejos:*

- ⇒ *Ofrecer información escrita sobre actitud a tomar ante vómitos y diarreas.*
- ⇒ *Comentar el patrón de dentición y su gran variabilidad.*
- ⇒ *Explicar qué hacer ante un atragantamiento.*

4.8.-*Facilitar la exposición de DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.*

4.9.-*Poner en TRATAMIENTO y/o DERIVAR los problemas detectados.*

4.10.-*CITACIÓN para la visita de 9 meses.*

4.11.-*REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, Gráficas, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consultas Programadas.*

VISITA DE 9 MESES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 9 meses de edad.

2.-OBJETIVOS.

- 2.1.-Detectar nuevos problemas de salud y seguimiento de los ya existentes, por ejemplo: errores en la alimentación.*
- 2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.*
- 2.3.-Favorecer la adecuada introducción de alimentación complementaria y suplementación de vitaminas y minerales.*
- 2.4.-Favorecer una adecuada interacción padres-hijos.*
- 2.5.-Brindar consejos de E.P.S.*

3.-NORMAS.

- 3.1.-La visita la realizará la Enfermera en Consulta Programada previa citación.*
- 3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.*
- 3.3.-Hablar positivamente de los hallazgos físicos o conductuales del lactante a lo largo de la visita, y proporcionar refuerzo a los padres y/o cuidadores sobre la calidad de los cuidados que proporciona.*

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:

- 4.1.1.- *Los posibles problemas detectados anteriormente y procesos intercurrentes.*
- 4.1.2.- *Alimentación: Tolerancia y adaptación a los nuevos alimentos.*
- 4.1.3.- *Hábitos fisiológicos: Sueño.*
- 4.1.4.- *¿Cómo se comporta el niño?.*
- 4.1.5.- *Higiene.*
- 4.1.6.- *Vitaminoterapia y flúor.*
- 4.1.7.- *Accidentes y riesgos domésticos.*
- 4.1.8.- *Reacción vacunal anterior*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

- 4.2.1.- *Peso.*
- 4.2.2.- *Talla longitudinal.*
- 4.2.3.- *Perímetro cefálico (P.C.).*
- 4.2.4.- *Índice nutricional (P.B.I./P.C.).*
- 4.2.5.- *Fontanela Anterior (dedos).*
- 4.2.6.- *Pliegues (opcionales).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

- 4.3.1.- *Aspecto general.*
- 4.3.2.- *Actitud del niño.*
- 4.3.3.- *Piel: Hematomas.*
- 4.3.4.- *Locomotor: Abducción de caderas.
Postura de los pies. Asimetría de pliegues. Observar espalda sentado.*
- 4.3.5.- *Genitales: Criptorquidia. Sinequias. Higiene.*
- 4.3.6.- *Otros aspectos: En casos de traumatismos frecuentes, descartar malos tratos o negligencia.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

- 4.4.1.- *Audición: Localiza sonidos en todas las direcciones. Reacciona a la prueba del cuchicheo.*
- 4.4.2.- *Signos de alerta:*
 - ⇒ *No atiende a su nombre.*
 - ⇒ *No vocaliza repitiendo e imitando sonidos de adulto.*
- 4.4.3.- *Visión: Sigue los objetos sin estrabismo.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ:

- 4.5.1.- *Social: Juega al escondite y busca un objeto escondido.*
- 4.5.2.- *Lenguaje: Todos balbucean sílabas (da-da, ma-ma) inespecíficas.*
- 4.5.3.- *Manipulación: Casi todos realizan pinza inferior.*
- 4.5.4.- *Postural:*
 - ⇒ *Se mantiene sentado.*
 - ⇒ *Casi todos se mantienen de pie con apoyo más de 5 segundos.*
- 4.5.5.- *Signos de alarma: Patrón de conducta repetitiva más del 50% del tiempo.*

4.6.-EXPLORACIÓN DE ACTITUDES DE RIESGO:

- 4.6.1.- *En los padres:*
 - ⇒ *Sub o Sobreprotección. Insatisfacción con el papel de padre o madre en esta nueva fase (fin de dependencia total del bebé).*
- 4.6.2.- *En el niño:*
 - ⇒ *Falta de impulso para explorar alrededor.*
 - ⇒ *Bebé demasiado bueno.*
 - ⇒ *Personalidad apagada, irritabilidad, no cariños.*

4.7.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

- 4.7.1.- *Alimentación:*
 - ⇒ *Puede iniciar yogur natural o queso fresco, sin sustituir a las frutas.*
 - ⇒ *Purés menos homogeneizados, con textura más gruesa para iniciar o facilitar la masticación.*
 - ⇒ *Sobre el 9º mes introducir pescado blanco, unos 70 grs., bien cocido o a la plancha, dar mezclados con el puré de verduras, patatas o papilla de cereales. Se puede dar en la cena.*
 - ⇒ *A los 10 meses:*
 - * *Yema de huevo cocido. Inicia 1/4. No pasar de 2-3 yemas/semana.*
 - * *Lentejas pasadas por pasapurés mezcladas con arroz, patata, verdura.*
 - ⇒ *Jamón de York a trocitos (no otros embutidos).*
 - ⇒ *No introducir la leche entera hasta el año de edad.*
 - ⇒ *No quesitos, ni petit-suisse, por alto contenido graso.*
- 4.7.2.- *Suplementos:*
 - ⇒ *Vitamina D₃: 400 Ul./día.*
 - ⇒ *Fe: Según valoración individual.*
- 4.7.3.- *Higiene:*
 - ⇒ *Insistir en baño y paseo diario.*
 - ⇒ *No abrigar excesivamente.*
 - ⇒ *Preferiblemente ropas de tejidos naturales.*
 - ⇒ *Calzado flexible, amplio, talón reforzado, tobillo libre.*

4.7.4.- Estimulación:

- ⇒ *Alentar al bebé a que devuelva gestos cariñosos.*
- ⇒ *Nombrar e indicar partes del cuerpo.*
- ⇒ *Ofrecer juguetes de colores vivos y sonoros.*
- ⇒ *Proporcionarle un lugar adecuado para que pueda gatear.*

4.7.5.- Prevención de problemas de conducta y emocionales:

- ⇒ *Explicar la dificultad de conciliar el sueño debido a la angustia por la separación de la madre.*
- ⇒ *Rodearle de objetos (muñeco, etc.) que le ayuden a controlar esta separación.*
- ⇒ *Recordar no dar biberón en la cama.*
- ⇒ *Facilitarle comer él solo y usar la cuchara.*
- ⇒ *Explicar que el niño empieza a expresar preferencias.*
- ⇒ *Respetar variabilidad individual del apetito.*

4.7.6.- Prevención de accidentes:

Recordar que, debido al aumento de movilidad del bebé y a la ausencia de control en su comportamiento, hay que:

- ⇒ *Vigilar enchufes, cables, fuentes de calor, ventanas, cajones, etc.*
- ⇒ *Dejar fuera de su alcance jabones, medicinas, productos de limpieza y bolsas de plástico (asfixia).*
- ⇒ *No usar taca-taca.*
- ⇒ *No dejarle en lugares peligrosos: piscinas, escaleras, ángulos de las puertas.*
- ⇒ *Anotar en el Documento de Salud Infantil el teléfono del Instituto Nacional de Toxicología-Información Toxicológica 91.262.04.20.*
- ⇒ *Silla homologada para sujeción de vehículos.*

4.8.-Facilitar la exposición de DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.

4.9.-Realizar PLAN DE CUIDADOS y/o DERIVAR los problemas detectados.

4.10.-CITACIÓN para la visita de 12 meses.

4.11.-REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, gráficas, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.

VISITA DE 12 MESES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 12 meses de edad.

2.-OBJETIVOS.

- 2.1.-Detectar nuevos problemas de salud y seguimiento de los ya existentes, por ejemplo: Bucodentales.*
- 2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.*
- 2.3.-Iniciar al niño en hábitos referentes a la alimentación, higiene, sueño e higiene bucodental.*
- 2.4.-Favorecer una adecuada interacción padres-hijos.*
- 2.5.-Brindar consejos de E.P.S.*

3.-NORMAS.

- 3.1.-La visita la realizará el Pediatra en Consulta Programada previa citación.*
- 3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.*
- 3.3.-Hablar positivamente de los hallazgos físicos o conductuales del lactante a lo largo de la visita, y reforzar a los padres y/o cuidadores sobre la calidad de los cuidados que proporcionan.*

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:

- 4.1.1.- Los posibles problemas detectados anteriormente y procesos intercurrentes.*
- 4.1.2.- Alimentación: Tolerancia a la nueva alimentación. Masticación.*
- 4.1.3.- Sueño.*
- 4.1.4.- Accidentes domésticos.*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

- 4.2.1.- *Peso. Talla longitudinal.*
- 4.2.2.- *Perímetro cefálico (P.C.).*
- 4.2.3.- *Fontanela Anterior (dedos). Pliegues (opcionales).*
- 4.2.4.- *Índice nutricional (P.B.I./P.C.).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

- 4.3.1.- *Estado general. Actitud.*
- 4.3.2.- *Auscultación C.P.*
- 4.3.3.- *Abdomen: Hernias, masas.*
- 4.3.4.- *Caderas: Asimetría de pliegues de la grasa del muslo y nalga y abducción forzada de los muslos por separado.*
- 4.3.5.- *Locomotor: Pies, actitud del niño de pie.*
- 4.3.6.- *Genitales: Testes, adherencias, sinequias, higiene.*
- 4.3.7.- *Bucodental: Número y posición de piezas. Paladar. Frenillo.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

- 4.4.1.- *Audición: Localiza sonidos en todas direcciones.*
- 4.4.2.- *Signos de alerta:*
 - ⇒ *No reconoce cuando le nombran papá o mamá.*
 - ⇒ *No atiende a su nombre.*
- 4.4.3.- *Visión:*
 - ⇒ *Reacción de defensa en la oclusión de un ojo cuando hay ambliopía en el otro.*
 - ⇒ *Descartar estrabismo: Test de Hirschberg.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ:

- 4.5.1.- *Social:*
 - ⇒ *Todos imitan gestos.*
 - ⇒ *Casi todos ayudan cuando se les viste.*
- 4.5.2.- *Lenguaje:*
 - ⇒ *Comprenden el significado de alguna palabra (papá, mamá, adiós).*
 - ⇒ *Todos conocen su nombre.*
- 4.5.3.- *Manipulación:*
 - ⇒ *Todos realizan pinza superior.*
 - ⇒ *Casi todos apuntan con el índice.*
- 4.5.4.- *Postural:*
 - ⇒ *Todos se sientan con ayuda.*
 - ⇒ *Todos se tienen de pie con apoyo.*
- 4.5.5.- *Signos de alarma: Ausencia de desplazamiento autónomo más de 2 metros, ya sea gateando, arrastrándose, volteándose o de cualquier forma.*

4.6.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.6.1.- Alimentación:

- ⇒ *Introducción de leche de vaca entera de forma progresiva, 500 c.c./día de lácteos.*
- ⇒ *Introducir la clara de huevo (nunca cruda).*
- ⇒ *Ofrecer dieta variada y completa.*
- ⇒ *Evitar carnes grasas (vísceras), bollería industrial y embutidos.*
- ⇒ *Recomendar pescado azul.*
- ⇒ *Estimular la masticación con trocitos.*
- ⇒ *Desaconsejar el biberón y aconsejar un vaso.*

4.6.2.- Suplementos:

- ⇒ *Suprimir Vitamina D₃.*
- ⇒ *Valorar la indicación de profilaxis con flúor según la tabla de riesgo (ver Tablas IV y V del Anexo VII).*

4.6.3.- Higiene:

- ⇒ *Aconsejar el baño diario.*
- ⇒ *Iniciar cepillado de dientes con cepillo suave sin pasta, cambiando el cepillo cada 3 meses.*
- ⇒ *Cambio de ropa diario.*
- ⇒ *Calzado adecuado para empezar a caminar: de piel, suela flexible, con refuerzo talón y laterales (no bota).*
- ⇒ *Establecer una rutina diaria de actividad y dar libertad de movimientos dentro de esta rutina: horarios de levantarse, comidas, juegos y acostarse, lo que le ayudará a desarrollar su sentido de la constancia.*

4.6.4.- Estimulación:

- ⇒ *Favorecer la deambulación con carritos andadores (no taca-taca).*
- ⇒ *Estimular el uso de cubiertos y vaso.*
- ⇒ *Juguetes apilables que impliquen manipulación, ritmos y sonidos.*
- ⇒ *Estimular el aprendizaje de palabras.*
- ⇒ *Enseñar ritmos y canciones.*
- ⇒ *Poner límites a la conducta del niño, de manera que sólo se sea recompensada la conducta aceptable, así él aprenderá que su necesidad de aprobación y cariño bien merece el esfuerzo de aceptar tales limitaciones.*

4.6.5.- Prevención de problemas de conducta y emocionales:

- ⇒ *Sueño:*
 - * *Explicar la dificultad de conciliar el sueño debido a la angustia de separación. Sueño inquieto. Proveer al niño de objetos transaccionales (muñecos, chupete, etc.). Facilitar información para que el niño aprenda a dormir sólo.*

⇒ *Alimentación:*

- * *Estimular la alimentación por sí mismos con utensilios adecuados.*
- * *Limitar el tiempo de duración de las comidas.*
- * *Aconsejar que el niño coma con el resto de la familia siempre que sea posible.*
- * *Ser consecuente con el momento, duración, lugar y disciplina de las comidas.*
- * *Respetar variabilidad individual del apetito sin sustituir sistemáticamente la comida habitual por alimentos "fáciles" (leche, petit-suisse, golosinas, etc.).*
- * *No usar alimentos como castigo o recompensa.*
- * *Evitar forzar o amenazar a los niños para comer.*
- * *Evitar las expresiones "come por mamá esta cucharadita".*

4.6.6.- *Prevención de accidentes:*

- ⇒ *Aspiración y asfixia: Retirar de su alcance objetos pequeños, desmontables, cortantes, punzantes, manteles o tapetes, útiles de costura y bolsas de plástico. Evitar trozos grandes de carne, aceitunas o frutos secos enteros.*
- ⇒ *Quemaduras: Impedir tocar aparatos eléctricos (TV, batidora, freidora, etc.) y enchufes. Hacer hincapié en el riesgo de las llamas, enseñarle lo que significa "caliente". Proteger a los niños de las quemaduras: cocinar en los fuegos interiores, con asas o mangos hacia dentro. No dejar nunca sartenes, cazos, etc. en el borde de la cocina o encimera. Ojo a estufas y horno. Evitar jugar en la cocina.*
- ⇒ *Ahogamiento: Vigilar estrechamente cualquier depósito de agua. Enseñarle a nadar.*
- ⇒ *Intoxicaciones: Poner productos de limpieza, medicinas y tóxicos en lugares altos y seguros.*
- ⇒ *Caidas: Vigilar estancias peligrosas (ventana, terrazas, baño y escaleras). Barandilla en cuna imposible de saltar o cama baja con colchón en el suelo.*
- ⇒ *Accidentes de tráfico: Silla homologada para sujeción en vehículos. Informar sobre los accidentes más frecuentes a esta edad: intoxicaciones, caídas, asfixia, electrocución y quemaduras.*
- ⇒ *Verificar que está anotado el teléfono del Instituto de Información Toxicológica en el Documento de Salud Infantil.*

4.7.- *Facilitar la exposición de DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.*

4.8.- *Poner en TRATAMIENTO y/o DERIVAR los problemas detectados.*

4.9.- *CITACIÓN para la visita de 15 meses.*

4.10.- *REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, gráficas, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.*

VISITA DE 15 MESES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 15 meses de edad.

2.-OBJETIVOS.

2.1.-Detectar nuevos problemas de salud y seguimiento de los ya existentes, por ejemplo:

2.1.1.- Problemas nutricionales.

2.1.2.- Trastornos de conducta.

2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.

2.3.-Mantenimiento de hábitos saludables referentes a alimentación, higiene, sueño y salud bucodental.

2.4.-Administrar la dosis de Triple Vírica al niño, según calendario oficial vigente.

2.5.-Brindar consejos de E.P.S.

3.-NORMAS.

3.1.-La visita la realizará la Enfermera en Consulta Programada previa citación.

3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.

3.3.-Hablar positivamente de los hallazgos físicos o conductuales del lactante a lo largo de la visita, reforzar a los padres y/o cuidadores sobre la calidad de los cuidados.

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE PROCESOS INTERCURRENTES.

4.1.1.- *Alimentación: Tipo de comidas, textura, cantidad de leche, fruta y verduras.*

4.1.2.- *Problemas de conducta: Con las comidas, con el sueño, rabieta y angustia de separación.*

4.1.3.- *Prevención de accidentes:*

⇒ *¿Han modificado hábitos?.*

⇒ *¿Han valorado riesgos del hogar?.*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

4.2.1.- *Peso. Talla longitudinal. Perímetro cefálico (P.C.).*

4.2.2.- *Fontanela Anterior (dedos). Pliegues (opcionales).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

4.3.1.- *Estado general. Dentición (registro).*

4.3.2.- *Disimetría de extremidades.*

4.3.3.- *Genitales: Hidrocele, sinequias, criptorquidia.*

4.3.4.- *Marcha: Restar importancia a la forma de caminar del niño.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

4.4.1.- *Audición: Localiza sonidos que proceden de los lados, de arriba y abajo.*

4.4.2.- *Signos de alerta: No señala objetos ni personas familiares cuando se le nombran.*

4.4.3.- *Visión: Reacción de defensa a la oclusión de un ojo cuando existe ambliopía en el otro.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ:

4.5.1.- *Social: Todos se llevan a la boca el vaso que se les ofrece.*

4.5.2.- *Lenguaje:*

⇒ *Casi todos obedecen órdenes por gestos.*

⇒ *Todos dicen algún bisílabo con significado: papá, mamá, nene, etc.*

4.5.3.- *Manipulación:*

⇒ *Casi todos hacen garabatos y pasan páginas de un libro.*

⇒ *Todos apuntan con el dedo.*

4.5.4.- *Postural:*

- ⇒ *Todos dan cinco pasos sin ayuda.*
- ⇒ *Casi todos pueden andar solos y muchos se ponen de pie sin apoyo.*

4.5.5.- *Signos de alarma:*

- ⇒ *Ausencia de desplazamiento autónomo.*
- ⇒ *Patrón de conducta repetitiva más de 50% del tiempo.*

4.6.- *VACUNACIÓN:*

4.6.1.- *Preguntar sobre posibles contraindicaciones y si hubo reacción vacunal anterior.*

4.6.2.- *Administrar la dosis de Triple Vírica.*

4.6.3.- *Informar sobre posibles efectos adversos.*

4.6.4.- *Registrar vacuna, lote y fecha en H^a C^a, Documento de Salud Infantil y sistemas de registro del Centro.*

4.7.- *BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:*

4.7.1.- *Alimentación:*

- ⇒ *Dieta variada y completa.*
- ⇒ *Recomendar que la ingesta de leche siga siendo 500 c.c./día.*
- ⇒ *Informar que comen menos cantidad que en el primer año y ganan menos peso. Favorecer coma solo con ayuda de las manos.*
- ⇒ *Estimular el uso de la cuchara. Beber solo de vaso y taza.*

4.7.2.- *Suplementos: Valorar la indicación de profilaxis con flúor según la tabla de riesgo (ver Tablas IV y V del Anexo VII).*

4.7.3.- *Higiene:*

- ⇒ *Insistir en baño e higiene de genitales. Lavado de manos.*
- ⇒ *Continuar lavado de dientes tras la comidas.*

4.7.4.- *Estimulación e interacción padres-hijos:*

- ⇒ *Jugar con el niño.*
- ⇒ *Conductas imitativas (quitar el polvo, barrer, acunar un muñeco, etc.).*
- ⇒ *Desarrollo del lenguaje leyéndole cuentos, cantando y hablándole de lo que se hace y se ve.*
- ⇒ *Darle libertad para que explore insistiendo en la seguridad.*
- ⇒ *Aconsejar limitar TV, no utilizarla como sustituto.*
- ⇒ *Aconsejar a la madre que prevea tiempo para ella.*

4.7.5.- *Prevención de problemas de conducta y emocionales:*

- ⇒ *Sueño:*
 - * *Explicar a los padres el rol separación-autonomía.*
 - * *Explicar importancia e establecer rutinas a la hora de acostarse: despedirse de personas y objetos, enseñarle un cuento.*

⇒ *Comida:*

- * *Informar sobre las ventajas de comer en la mesa con todos si el horario es compatible.*
- * *No administrar carbohidratos, chucherías, gusanitos, etc. entre comidas*
- * *Desaconsejar el uso de biberón.*

⇒ *Rabietas:*

- * *Informar sobre su aparición así como del comienzo de la oposición (NO) dentro del desarrollo normal del niño y del inicio de su autonomía.*
- * *Comentar la importancia de unificar criterios educacionales y actitudes de los padres y/o otros cuidadores.*
- * *Resaltar la importancia de establecer límites no rígidos en la conducta del niño.*
- * *Utilizar preferentemente el sí en la relación.*
- * *Restar importancia a los espasmos de llanto y aconsejar indiferencia si se producen.*

4.7.6.- *Prevención de accidentes:*

- ⇒ *Puerta de la cocina, calle o lugares de riesgo con cierre de seguridad.*
- ⇒ *No ofrecer frutos secos, chicles, etc.*
- ⇒ *Retirar de su alcance: objetos pequeños, desmontables, cortantes, punzantes, manteles o tapetes.*
- ⇒ *Proteger los enchufes. No dejar cables a la vista (TV, freidora, etc.).*
- ⇒ *Poner productos de limpieza, medicinas y tóxicos en lugares altos y seguros y fuera de su alcance.*
- ⇒ *Proteger a los niños de las Quemaduras: Cocinar en los fuegos interiores con asas o mangos hacia dentro. No dejar nunca sartenes, cazos, etc. en el borde de la cocina o encimera. Ojo con estufas, horno y plancha.*
- ⇒ *Silla homologada para sujeción en vehículos.*
- ⇒ *Prevenir caídas (evitar sillas o muebles en lugares que favorezcan acceso a sitios peligrosos: ventanas...).*

4.8.- *Facilitar la exposición de DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.*

4.9.- *Ejecutar PLAN DE CUIDADOS y/o DERIVAR los problemas detectados.*

4.10.- *CITACIÓN para la visita de 18 meses.*

4.11.- *REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, gráficas, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.*

VISITA DE 18 MESES

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 18 meses de edad.

2.-OBJETIVOS.

- 2.1.-Detectar nuevos problemas de salud y seguimiento de los ya existentes.*
- 2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.*
- 2.3.-Mantenimiento de hábitos saludables referentes a alimentación, higiene, sueño y salud bucodental.*
- 2.4.-Administrar la dosis de DTPa, Hib y Po, según calendario oficial vigente.*
- 2.5.-Favorecer una adecuada interacción padres-hijos.*
- 2.6.-Brindar consejos de E.P.S.*

3.-NORMAS.

- 3.1.-La visita la realizará el Pediatra y la Enfermera en Consulta Programada previa citación.*
- 3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.*
- 3.3.-Hablar positivamente de los hallazgos físicos o conductales del lactante a lo largo de la visita, reforzar a los padres y/o cuidadores sobre la calidad de los cuidados que proporciona.*

4.-PROCEDIMIENTOS.

- 4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:**
 - 4.1.1.- Los posibles problemas detectados anteriormente y procesos intercurrentes.*
 - 4.1.2.- Alimentación: Anorexia, masticación, cuchara, come solo.*
 - 4.1.3.- ¿Va a guardería?. ¿Lo cuida alguien?.*
 - 4.1.4.- Problemas de conducta: Sueño, relación con otros niños.*
 - 4.1.5.- Accidentes domésticos.*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

4.2.1.- *Peso. Talla longitudinal.*

4.2.2.- *Perímetro cefálico (P.C.).*

4.2.3.- *Fontanela Anterior (dedos). Pliegues (opcionales).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

4.3.1.- *Estado general.*

4.3.2.- *Auscultación C.P.*

4.3.3.- *Palpación abdominal.*

4.3.4.- *Locomotor: Postura del pie durante la marcha.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

4.4.1.- *Audición: Orientación hacia la fuente de sonido.*

4.4.2.- *Signos de alerta: No señala objetos ni personas familiares cuando se le nombran.*

4.4.3.- *Visión: Alineamiento ocular.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ:

4.5.1.- *Social:*

⇒ *Todos imitan las tareas caseras.*

⇒ *Todos pueden comer con la cuchara.*

4.5.2.- *Signos de alerta: Pasan constantemente de una actividad a otra.*

4.5.3.- *Lenguaje: Casi todos utilizan la palabra “no”.*

4.5.4.- *Manipulación: Casi todos hacen una torre de 2 cubos.*

4.5.5.- *Postural: Casi todos corren sin ayuda más de tres metros.*

4.6.-VACUNACIÓN:

4.6.1.- *Preguntar sobre posibles contraindicaciones y si hubo reacción vacunal anterior.*

4.6.2.- *Administrar la dosis de DTPa, Hib y Po.*

4.6.3.- *Informar sobre posibles efectos adversos.*

4.6.4.- *Registrar vacuna, lote y fecha en H^a C^a, Documento de Salud Infantil y sistemas de registro del Centro.*

4.7.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.7.1.- *Alimentación:*

⇒ *Recordar la importancia de comer troceado.*

⇒ *A esta edad empiezan a cambiar los gustos.*

⇒ *Necesidades nutritivas no muy altas (raciones pequeñas).*

⇒ *Estimular que el niño coma solo.*

- ⇒ *No usar los alimentos como recompensa.*
- ⇒ *Limitar el tiempo de duración de la comida.*
- ⇒ *No forzar al niño a comer. Evitar expresiones como "come por mamá" o distraer al niño con la TV, etc.*

4.7.2.- *Suplementos: Valorar la indicación de profilaxis con flúor según la tabla de riesgos (ver Tablas IV y V del Anexo VII).*

4.7.3.- *Higiene:*

- ⇒ *Insistir en baño diario. Juegos al aire libre.*
- ⇒ *Lavado de manos antes de las comidas.*
- ⇒ *Continuar lavado de dientes tras las comidas.*
- ⇒ *Según la época del año puede ser el momento para comenzar el entrenamiento del control de esfínteres, sobre todo si el niño muestra signos de buena disposición. Utilizar un lugar donde el niño se encuentre seguro y cómodo. No insistir si el niño se resiste, limitar el tiempo y no forzarle.*

4.7.4.- *Estimulación e interacción padres-hijos:*

- ⇒ *Deambulación. Subida de escalones de alturas progresivas.*
- ⇒ *Juguetes manipulativos y cuentos.*
- ⇒ *Ritmos y canciones.*
- ⇒ *Juego del escondite.*
- ⇒ *Permitir que el niño haga alguna elección (favorece su autonomía y autoestima).*
- ⇒ *Marcarle bien los límites con expresiones verbales, ayudadas en algunos casos por acciones que las refuercen (cambiarle de sitio, mover algún objeto, etc.).*
- ⇒ *Alabarle cuando hace alguna cosa por sí mismo (recoger los juguetes, etc.).*

4.7.5.- *Prevención de problemas de conducta y emocionales:*

- ⇒ *Comentar sobre conductas autoreconfortantes (chupete, succión del dedo, masturbación) como vías normales a la edad del niño para liberar tensión.*
- ⇒ *Recordar actitud ante rabietas y espasmos de llanto si se producen.*

4.7.6.- *Prevención de accidentes:*

- ⇒ *Insistir en riesgos que se derivan de su desarrollo motor, su curiosidad y el comienzo de la autonomía: caídas, enchufes, cables, ingestión de tóxicos y medicamentos, precipitación de objetos, etc.*
- ⇒ *Recordar importancia de un buen sistema de sujeción en el coche (silla homologada).*
- ⇒ *Comentar la posibilidad de "escapadas" en la calle.*

4.8.- *Facilitar la exposición de DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.*

4.9.- *TRATAMIENTO y/o DERIVAR los problemas detectados.*

4.10.- *CITACIÓN para la visita de 24 meses.*

4.11.- *REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, gráficas, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.*

VISITA DE 2 AÑOS

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita que se realiza en el Centro de Salud al niño de 2 años de edad.

2.-OBJETIVOS.

2.1.-Detectar nuevos problemas de salud y seguimiento de los ya existentes.

2.2.-Valoración del desarrollo físico y psicomotor del niño y detección precoz de disfunciones.

2.3.-Favorecer la adquisición de hábitos saludables referentes a alimentación, higiene, sueño y salud bucodental.

2.4.-Favorecer una adecuada interacción padres-hijos.

2.5.-Brindar consejos de E.P.S.

3.-NORMAS.

3.1.-La visita la realizará el Pediatra en Consulta Programada previa citación.

3.2.-Deberá preverse una duración aproximada de 30 minutos.

3.3.-Hablar positivamente de los hallazgos físicos o conductales del lactante a lo largo de la visita, reforzar a los padres y/o cuidadores sobre la calidad de los cuidados que proporciona.

4.-PROCEDIMIENTOS.

4.1.-ANAMNESIS DEL INTERVALO DESDE LA ÚLTIMA VISITA SOBRE:

4.1.1.- Los posibles problemas detectados anteriormente y procesos intercurrentes.

4.1.2.- Alimentación: Preguntar sobre si ya mastica, come solo, prueba nuevos sabores, le fuerzan a comer, cuánto tarda.

4.1.3.- *Higiene: Preguntar por baño, salidas, cepillado de dientes, lavado de manos.*

4.1.4.- *Problemas de conducta: Preguntar por juego, rabieta, sueño.*

4.1.5.- *Preguntar si usa chupete.*

4.1.6.- *Accidentes domésticos.*

4.2.-ANTROPOMETRÍA COMPLETA:

4.2.1.- *Peso.*

4.2.2.- *Talla longitudinal.*

4.2.3.- *Perímetro cefálico (P.C.).*

4.2.4.- *Perímetro braquial izquierdo (P.B.I.).*

4.2.5.- *Índice nutricional (P.B.I./P.C.).*

4.2.6.- *Fontanela Anterior (dedos).*

4.2.7.- *Pliegues (opcionales).*

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

4.3.1.- *Estado general.*

4.3.2.- *Auscultación C.P. Pulsos periféricos.*

4.3.3.- *Tensión Arterial si el niño es colaborador.*

4.3.4.- *Dentición: Número de piezas, caries, oclusión.*

4.3.5.- *Abdomen: Hernias, masas.*

4.3.6.- *Genitales: Adherencias, criptorquidias, sinequias.*

4.3.7.- *Locomotor: Columna vertebral, pies.*

4.4.-EXPLORACIÓN SENSORIAL:

4.4.1.- *Audición: De espaldas oye hablar bajo al examinador.*

4.4.2.- *Signos de alerta:*

⇒ *No señala objetos ni personas familiares cuando se le nombran.*

⇒ *No presta atención a los cuentos.*

⇒ *No comprende órdenes sencillas.*

⇒ *No conoce su nombre.*

⇒ *No identifica partes del cuerpo.*

4.4.3.- *Visión:*

⇒ *Cover test o maniobra de la pantalla (el examinador presenta una fuente de luz y cubre uno de los ojos del niño con una pantalla. Al retirarla se observa el movimiento inmediato del ojo antes tapado. Si no hay estrabismo el ojo no se mueve. Si hay estrabismo el ojo desviado hace un movimiento de fijación.*

4.5.-EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ (ANEXO VI):

4.5.1.- Social:

- ⇒ Todos pueden ayudar a recoger sus juguetes.
- ⇒ Casi todos dan de comer a las muñecas.
- ⇒ Todos cumplen dos órdenes sencillas.

4.5.2.- Signos de alerta: Pasan constantemente de una actividad a otra.

4.5.3.- Lenguaje:

- ⇒ Reconoce y nombra un objeto dibujado.
- ⇒ Une dos palabras.

4.5.4.- Manipulación:

- ⇒ Hace una torre de 4 cubos.
- ⇒ Tapa un bolígrafo.

4.5.5.- Postural:

- ⇒ Baja escaleras.
- ⇒ Chuta pelota.

4.6.-BRINDAR CONSEJOS DE E.P.S.:

4.6.1.- Alimentación:

- ⇒ Informar que las necesidades nutritivas a partir de ahora son menores y dependen de las características individuales (niño tranquilo menos calorías que niño movido, etc.).
- ⇒ Recordar la conveniencia que tenga cubiertos adecuados para él.
- ⇒ Estimular que el niño coma solo.
- ⇒ Ofrecer alimentos troceados.
- ⇒ Comentar con los padres que:
 - * En nuestra comunidad los escolares tienen unas cifras de colesterol peligrosas para su futuro.
 - * La familia es el lugar donde se aprende a comer y los hábitos están relacionados con estas cifras de colesterol.
- ⇒ Solicitar a la familia el papel de agentes de salud, introduciendo hábitos sanos en la alimentación del niño:
 - * Recomendar preferentemente alimentación basada en: verduras, legumbres, frutas, carnes magras, aves, pescados (azules y blancos), aceites vegetales (oliva, girasol y maíz).
 - * NECESIDADES diarias de lácteos: 500 c.c.
 - * REDUCIR el consumo de: carnes grasas, vísceras, embutidos, grasas animales (tocino, mantequillas), petit-suisse, quesos muy grasos (quesitos), salchichas y hamburguesas industriales.
 - * EVITAR dulces entre las comidas, especialmente bollería industrial, por su alto contenido en grasas animales o vegetales saturadas (aceite de coco y palma).

4.6.2.- Suplementos: Valorar la indicación de profilaxis con flúor según la tabla de riesgo (ver Tablas IV y V del Anexo VII).

4.6.3.- Higiene:

- ⇒ Insistir en baño diario e higiene de genitales.
- ⇒ Lavado de manos antes de las comidas.

- ⇒ Continuar lavado de dientes tras las comidas.
- ⇒ Desaconsejar botas y deportivos.
- ⇒ Informar de las características del pie a esta edad.
- ⇒ No abrigar excesivamente.
- ⇒ Iniciar control de esfínteres si no se ha hecho antes (Anexo VIII).

4.6.4.- Sueño:

- ⇒ Variabilidad individual.
- ⇒ Aconsejable, al menos, 9-10 horas y una pequeña siesta.

4.6.5.- Estimulación e interacción padres-hijos:

- ⇒ Juguetes manipulativos y cuentos.
- ⇒ Ritmos y canciones. Juegos para desarrollar actividades motrices.
- ⇒ Hablar y contestarle siempre.
- ⇒ Marcarle bien los límites con expresiones verbales ayudadas en algunos casos por acciones que la refuercen (cambiarle de sitio, mover objeto, etc.).
- ⇒ Enseñarle el nombre de las partes del cuerpo, hablar con naturalidad de genitales.
- ⇒ Llamar a las cosas por su nombre.

4.6.6.- Prevención de problemas de conducta y emocionales:

- ⇒ Comer sin ver TV formando parte del grupo familiar.
- ⇒ TV supervisada y comentada.
- ⇒ Mantener rutinas para ir a dormir.
- ⇒ Señalar límites y dar reglas de conducta.
- ⇒ Refuerzos positivos para conductas adecuadas.
- ⇒ Desaconsejar castigos físicos.
- ⇒ Dar confianza a los padres en su propia capacidad para la educación del niño.

4.6.7.- Prevención de accidentes:

- ⇒ Insistir en riesgos que se derivan de su desarrollo motor, su curiosidad: caídas de grandes alturas, enchufes, cables, ingestión de tóxicos y medicamentos, quemaduras y asfixia por objetos pequeños.
- ⇒ Iniciar educación como peatón: Semáforos, pasos, etc.
- ⇒ En la calle ir siempre de la mano.
- ⇒ Recordar importancia de un buen sistema de sujeción en el coche (silla homologada).

4.7.-Facilitar la exposición, DUDAS Y PREGUNTAS y responder a ellas.

4.8.-Poner en TRATAMIENTO y/o DERIVACIÓN de los problemas detectados.

4.9.-REGISTRO de la actividad en Historia Clínica, gráficas, Ficha del Programa del Lactante e Indicadores de Rendimiento del Centro de Salud como Consulta Programada.

4.10.-CITAR para próximo examen de salud, si existe Programa en el Centro.

APÉNDICE 3

HOJA DE REGISTRO DE VISITAS PARA LA HISTORIA CLÍNICA

Apellido 1°		Apellido 2°										Nombre	
Fecha nacimiento		Maternidad				Enf.		Ped.					
EDAD	15 días	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	2 años		
Fecha													
LACTANCIA													
A. COMPLEM.													
PESO													
TALLA													
PC													
FA													
E. FÍSICA	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-	1- 2-
1-Inspección	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-	3- 4-
2-C.P/Pulsos	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-	5- 6-
3-Abdomen	7-	7-	7-	7-	7-	7-	7-	7-	7-	7-	7-	7-	7-
4-Genitales													
5-Neurológico	Malformac	Malformac			Testes		Testes		Fimosis				Sinequia
6-Locomotor	Torticolis	Torticolis							Sinequias				Fimosis
7-Nutrición	Caderas	Caderas		Caderas		Caderas		Marcha	Marcha	Marcha			Columna
VISION													
1-Trans.	1-	1-	1-										
2-Reflejo fot.	2-	2-	2-										
3-Fij. mir.	3-	3-	3-	3-	3-								
4-Hirchsberg						4-	4-	4-	4-	4-	4-	4-	Cover test
AUDICIÓN													
DESARROLLO PSICOMOTOR													
1.-Motor	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-	1.-
2.-Lenguaje	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-	2.-
3.-Adaptativa	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-	3.-
4.-Socialización	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-	4.-
EXPLORACION BUCODENTAL													
VITAMIN. Y COMPLEM.	D3	D3	D3	D3	D3	D3	F	D3	F	F	F	F	F
E.P.S. BUCODENTAL													
E.P.S. NUTRICIÓN	Lactancia materna				solo leche	gluten>6m.		L.V.>12m.					
	si con fórmula explicar					gluten>6m.							
	gases	deposiciones				>500cc leche>500cc leche>500cc leche>500cc leche>500cc leche>500cc leche>500cc leche							
E.P.S. SEG. VIAL	Sillita seg-capazo seg.							cambio sillita seg.					
E.P.S. ACCIDENTES	postura dormir	cuna agua baño	sol juguetes Pequeños	caídas		enchufes estufas		intoxicaciones caídas					intoxicaciones
E.P.S. DESARROLLO (Hábitos)	sueño	chupete succión pulgar		estimulación manipulación		estimulación lenguaje - uso orinal		chupete					comer con los padres
E.P.S. HIGIENE	baño diario			uso termómetro									
	limpieza	pañal y nasal		uso antitérmicos									
VACUNAS	Hep B		DTPHepB POLIO Hib		DTP POLIO Hib	DTPHepB POLIO Hib			TRIPLE V.		DTPa POLIO Hib		

N=Normal A=Anormal **Lactancia:** 1. Materna 2. Artificial 3. Mixta **Alimentación complementaria:** G - Gluten H - Huevos LV - Leche de vaca V - Verdura P - Pescado C - Carne

APÉNDICE 4

ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y E.P.S. EN GRUPO

1.-POR QUÉ ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

La Educación para la Salud es la primera de ocho actividades esenciales en Atención Primaria designada en la declaración de Alma-Ata (1978), por ello la estrategia mundial de Salud para todos en el año 2000 le dé más importancia que nunca. Así la O.M.S. en 1985 propone esencialmente revisar los métodos actuales de E.P.S., para identificar los que siguen vigentes y elaborar otros nuevos. Ello parte del conocimiento de que las Ciencias y la Tecnología de la Salud no bastan para mejorar la situación sanitaria, y esto sólo se dará si la población misma participa de lleno en la protección y el fomento de la salud, identificando sus necesidades, reconociendo la relación entre estilos de vida y salud, y encontrando soluciones pragmáticas.

2.-POR QUÉ E.P.S. EN GRUPOS.

Todas las actividades educativas (incluso las de E.S.) tienen como objetivo aprender algo. Y todo aprendizaje implica cambio (en las relaciones interpersonales, en los modos de percibir y valorar la realidad social, en los hábitos y en los juicios de valor). El cambio en esta esfera del comportamiento es difícil y supone para muchos individuos desconfianza y resistencias socioafectivas que inhiben la voluntad de cambiar (a pesar de aceptar el cambio de forma racional) haciendo más difícil este cambio de opinión o de comportamiento. Para superar estas resistencias, estas situaciones herméticas de prejuicios sociales, proponemos actuar a través del grupo y su dinámica.

El grupo, conducido adecuadamente, puede influir de modo profundo en sus sentimientos, percepciones, conocimientos, ayudando al individuo a liberarse de un acatamiento rígido a los modos tradicionales o reducidos de pensar.

Por todo ello es más fácil el aprendizaje en grupo.

3.- CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

El profesional sanitario, en su rol de educador o enseñante, además de enseñar y facilitar el aprendizaje de sus alumnos (padres, población) aprende, y ello es porque estos alumnos además de aprender enseñan, siendo éste un proceso recíproco: profesionales y población se enseñan mutuamente y aprenden unos de otros, cambiando de papel constantemente.

3.1.-INTRODUCCIÓN:

*Todas las actividades de E.P.S. en grupos, además de estar integradas en el Programa de Salud (en este caso el Programa del Lactante), constituyen en sí mismas todo un **Programa Educativo**, y así deben ser consideradas para su realización.*

Como tal se expone a continuación, ofreciendo una líneas generales acerca de la E.P.S. en grupos para que cada Equipo elija la opción más adecuada a sus necesidades y posibilidades.

3.2.-OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a aumentar los conocimientos de los padres respecto a la salud infantil.

3.3.-METODOLOGÍA:

3.3.1.- Se aconseja que todas las actividades de E.P.S. en grupo se realicen dentro del horario habitual de trabajo de los profesionales.

*3.3.2.- Se recomiendan aquellos métodos que permitan la participación activa de los asistentes. Así, las exposiciones de los temas se harán como máximo en treinta minutos, destinando al menos una hora al análisis de la información mediante técnicas de grupo-debate dirigido, rol-playing, discusión en pequeños grupos, Philips 66, etc., siempre con ayuda de un **monitor o coordinador de grupo** (preferiblemente ha de ser distinto del que realizó la exposición del tema).*

3.3.3.- También se recomienda utilizar recursos de apoyo en las exposiciones: diapositivas, transparencias, videos, etc. En los talleres preparar con suficiente antelación el material a utilizar.

3.3.4.- Definir claramente la duración, tanto del Programa como de cada una de las sesiones, el lugar en que se realizan (asegurándose de que el local estará libre ese día), las posibles interrupciones en el Programa por vacaciones, festivos, etc.

3.3.5.- Definir previamente la Población a quien va dirigido el Programa, el número de asistentes y el método de selección que se ha de emplear, como por ejemplo: padres y madres, madre sólo, selección por edades de los niños, por colegios, por cupos médicos, por problemas de salud, etc.

3.3.6.- *Elaborar un Folleto o Programa en el que se explicita claramente:*

- * *Temas*
- * *Población a la que va dirigido*
- * *Roles profesionales (personas que intervienen y función)*
- * *Actividades y metodología propuestas*
- * *Duración del Programa: fecha y horas*
- * *Lugar donde se realiza*
- * *Objetivo general del Programa y difundirlo entre la Población con suficiente antelación*

3.4.- **ACTIVIDADES:**

3.4.1.- *Actividades organizativas:*

- * *Consistirán en Reuniones de Trabajo del Equipo que lleve a cabo las actividades, con la finalidad de hacer la Planificación y Evaluación del Programa, fundamentalmente*
- * *En ellas se definirá el número de profesionales implicados, sus roles, quién es el responsable del Programa, el calendario de actividades, los bloques temáticos elegidos, los recursos materiales disponibles, la metodología elegida, el número de participantes, y el método de información a la población y al resto del E.A.P., fundamentalmente*

3.4.2.- *Actividades educativas:*

- * *Cada Centro de Salud decidirá las más adecuadas, dependiendo de la población a la que van dirigidas, los recursos y los bloques temáticos elegidos*
- * *Por su poca utilidad educativa se recomienda evitar las charlas*
- * *Se requieren: mesas redondas, grupos de discusión, debates dirigidos, coloquios, talleres, etc.*
- * *Su duración se aconseja que sea de al menos noventa minutos por sesión*

*Cuando se planteen **Programas Largos** de varios meses de duración se recomienda:*

- * *Hacer sesiones de al menos noventa minutos de duración*
- * *Con una frecuencia quincenal, no inferior*
- * *Hacer al menos una sesión por cada bloque temático propuesto*
- * *Entregar material informativo relativo a cada tema el día anterior a la sesión, para que pueda ser leído con antelación*
- * *Hacer una encuesta de necesidades, conocimientos y actitudes el primer y último día*
- * *Además, procurar elaborar y entregar un folleto informativo sobre el Centro de Salud*

3.5.-OBJETIVOS Y CONTENIDOS EDUCATIVOS:

3.5.1.- Bloque temático 1: **INFORMACIÓN DEL CENTRO DE SALUD:**

Objetivos educativos:

- a) *Que los asistentes conozcan los servicios del Centro de Salud.*
- b) *Que conozcan las tareas de los profesionales del Centro de Salud.*
- c) *Que conozcan la forma de acceso a las actividades del Centro de Salud.*
- d) *Que conozcan las vías de participación comunitaria.*

Contenidos educativos:

- a) *Qué es un Centro de Salud y servicios que ofrece.*
- b) *Profesionales que trabajan en él y tareas que tienen.*
- c) *Sistema de citaciones: cuándo, cómo, dónde, números de teléfono.*
- d) *Consejo de Salud, organizaciones del barrio, colegios.*

3.5.2.- Bloque temático 2: **CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO NORMAL:**

Objetivos educativos:

- a) *Que conozcan el grado e importancia del Peso y Talla.*
- b) *Que conozcan cómo es el desarrollo psicomotor.*
- c) *Que conozcan el grado de importancia de las relaciones afectivas en el desarrollo del niño.*
- d) *Que conozcan cómo es la sexualidad en el niño.*

Contenidos educativos:

- a) *Valoración del peso y talla en niños normales y factores que influyen (genéticos, nutricionales, etc.). Explicación de las gráficas de crecimiento del Centro de Salud.*
- b) *Explicación del desarrollo psicomotor y factores que influyen: relaciones familiares, afectividad, juegos, etc. Explicar cómo se estimula a diferentes edades.*
- c) *Explicación de las necesidades afectivas del niño.*
- d) *Explicar el desarrollo sexual en el niño y analizar las actitudes más favorecedoras de los padres y educadores.*

3.5.3.- Bloque temático 3: **SÍNTOMAS DE ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES: TOS, MOCOS, VÓMITOS, DIARREA, FIEBRE:**

Objetivos educativos:

- a) *Que conozcan el significado de estos síntomas en los niños.*
- b) *Que sepan qué conducta adoptar cuando aparecen en sus hijos.*

Contenidos educativos:

- a) *Explicar el significado de la fiebre, cómo se mide la temperatura, el uso de antitérmicos más comunes, "cuando alarmarse" y dónde acudir.*
- b) *Explicar por qué tose un niño, cómo es un proceso catarral, por qué son frecuentes en los niños, y qué conducta deben adoptar los padres en estos casos. Explicar qué hacer cuando el niño vomita. Importancia de la diarrea, explicación de la dieta astringente y de cómo se preparan las soluciones hidroelectrolíticas (limonada alcalina, etc.).*

3.5.4.- Bloque temático 4: **PREVENCIÓN DE ACCIDENTES:**

Objetivos educativos:

- a) *Que conozcan las causas más frecuentes de accidentes según la edad del niño.*
- b) *Que conozcan cómo se pueden prevenir.*

Contenidos educativos:

- a) *Enumerar los accidentes más frecuentes según la edad de los niños: R.N., lactante, preescolar, escolar, etc. Ofrecer casuística local si existe.*
- b) *Explicar cómo se pueden evitar: medidas de seguridad en casa, en la calle, en el coche, en el parque, etc.*

3.5.5.- Bloque temático 5: **PROFILAXIS DE LA CARIES:**

Objetivos educativos:

- a) *Que conozcan la relación entre la caries, la alimentación, el flúor del agua y la higiene dental.*
- b) *Que conozcan las consecuencias socioeconómicas y sanitarias.*
- c) *Que conozcan la importancia del hábito de cepillado de dientes.*

Contenidos educativos:

- a) *Explicar la caries y sus factores favorecedores: alimentos cariogénos, déficit de flúor en el agua, deficiente higiene bucal.*
- b) *Análisis de la frecuencia y coste de la caries (en dinero y calidad de vida).*
- c) *Explicar cómo deben cepillarse los dientes. Análisis de las dificultades que todo ello plantea.*

3.5.6.- Bloque temático 6: **VACUNACIONES:**

Objetivos educativos:

- a) *Que conozcan para qué sirven las vacunas.*
- b) *Que conozcan la existencia del calendario vacunal.*
- c) *Que analicen los mitos relacionados con las vacunas.*

Contenidos educativos:

- a) *Explicar qué son las vacunas, por qué se usan, enfermedades que evitan, reacciones vacunales, etc.*
- b) *Explicar el calendario vacunal de la Comunidad Autónoma.*
- c) *Informar dónde se vacuna a los niños en el Centro de Salud.*
- d) *Análisis de las creencias difundidas en la población en relación con las vacunas (verano, catarros, etc.).*

3.5.7.- Bloque temático 7: **ALIMENTACIÓN:**

Objetivos educativos:

- a) *Que conozcan la importancia de comer sin conflictos.*
- b) *Que conozcan la importancia de una dieta equilibrada.*
- c) *Que conozcan cómo prevenir la anorexia y la obesidad.*

Contenidos educativos:

- a) *Análisis de las circunstancias que hacen de la comida algo agradable y cómo propiciarlas.*
- b) *Características generales de una dieta equilibrada o una alimentación sana (evitar consejos específicos por edades, pues éstos se darán en las consultas de puericultura de forma individual).*
- c) *Análisis de los factores favorecedores de la anorexia y la obesidad.*

3.5.8.- **Bloque temático 8: ACTIVIDADES COTIDIANAS (HÁBITOS):**

Objetivos educativos:

Contenidos educativos:

- *Higiene*
- *Sueño*
- *Tiempo libre*
- *Juegos*

3.6.-EVALUACIÓN:

3.6.1.- *Evaluación de la estructura:*

Se realizará al finalizar el Programa. Se proponen varios items para recoger sólo aquellos que se consideren de interés:

Profesionales:

- * *Número de profesionales que han participado en el Programa pertenecientes o no al Centro de Salud*
- * *Características de ellos: profesión, carácter fijo o interino, etc.*
- * *Roles desempeñados*
- * *Expectativas que tenían*

Asistentes:

- * *Número por sesión y en total*
- * *Método de selección empleado*
- * *Forma de convocatoria*

Lugar de realización:

- * *Adecuado o no*
- * *Facilidad o dificultad para conseguirlo*
- * *Otros datos de interés*

Recursos de apoyo:

- * *Material entregado a los asistentes*
- * *Descripción de los recursos utilizados (vídeo, transparencias, etc.)*
- * *Facilidad o dificultad para conseguirlo*
- * *Utilidad o no*
- * *Otros datos de interés*

Tiempo:

- * *Empleado en la preparación del Programa*
- * *En su realización*
- * *Comparar con el tiempo previsto*

3.6.2.- *Evaluación del proceso:*

- * *Enumeración y descripción de las actividades realizadas tanto educativas como organizativas incluyendo, si es posible, el análisis subjetivo de los profesionales acerca de cómo se llevaron a cabo, el grado de participación de los asistentes, las facilidades o dificultades encontradas.*
- * *Los roles profesionales: quién fue responsable del Programa, informantes, coordinador en el grupo, etc.*
- * *Incidentes surgidos.*
- * *Otros datos de interés.*

3.6.3.- *Evaluación de los resultados.*

- * *Número de asistentes y comparación con el número previsto.
Porcentaje de abandonos.*
- * *Implicaciones que el Programa ha tenido para los profesionales y el E.A.P.*
- * *Enumerar las demandas surgidas como consecuencia del Programa, tanto las explicitadas como las detectadas.*
- * *Sería deseable la realización de una encuesta individual al principio y al final de los Programas largos sobre las necesidades, conocimientos y actitudes de los asistentes relativas a los temas objeto del Programa y que la última encuesta incluya, además, una valoración subjetiva del Programa (roles de los profesionales, metodología, tiempo, horario, lugar, grado de satisfacción para los asistentes, etc.).*
- * *Recoger, si los hubiere, los cambios de actitudes y conducta observados en la Población, en relación con el Programa.*

APÉNDICE 5

ACTIVIDADES DE GESTIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA

1.-FASE DE PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA.

1.1.-Elección de responsable.

1.2.-Análisis y discusión del Programa.

1.3.-Organización.

Se realizará al menos una reunión destinada a cada uno de dichos temas, a la que asistirán todos los profesionales que participarán en la ejecución del mismo.

2.-FASE DE EJECUCIÓN.

2.1.-Se realizarán aquellas reuniones que se estimen necesarias tanto para la gestión como para la formación continuada (revisión y actualización de protocolos), reuniones de responsables de Programa, etc.

2.2.-Se realizarán reuniones destinadas a la preparación de actividades para la E.P.S. en grupos.

2.3.-Contactos con Matronas, Tocólogos, Maternidad, Hospitales de referencia, etc.

3.-FASE DE EVALUACIÓN.

Al menos dos reuniones al año de todos los profesionales que participan en la ejecución del Programa, para realizar la evaluación en el Centro y la revisión de actividades.

10



BIBLIOGRAFÍA

1. **Ababanades J.C. et al.** Documento para la elaboración de Programas de Salud. Ed. Junta de Castilla-León. Valladolid. 1986.
2. **Centro sperimentale per l'educazione sanitaria degli studi di Perugia.** La contribución de la educación sanitaria a la reforma de los servicios sanitarios. Università di Perugia.
3. **Conclusiones generales del seminario sobre estructura de la educación sanitaria en España.** 1985.
4. **Evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la cooperación Ibérica. Ministerio de Sanidad.** Madrid. 1990.
5. **Guidelines on Health Supervision.** American Academy of Pediatrics. Ed. Johnson & Johnson. 2ª ed. Boston. 1988.
6. **Guilbert J.J.** Guía Pedagógica para el personal de Salud. 5ª ed. I.C.E. Universidad de Valladolid. 1989.
7. **Informe de expertos O.M.S.** Nuevos métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. Informe técnico nº 690. O.M.S. Ginebra. 1983.
8. **Instituto de Ciencias de la Educación.** Universidad de Zaragoza. Formulación de Objetivos para una Unidad Didáctica.
9. **Manciaux M. et al.** L'enfant et sa santé. Ed. Poin. París. 1989.
10. **Nelson W.** Tratado de Pediatría. 12ª ed. Salvat. Barna. 1989.
11. **Programa del Lactante. C.S. Actur.** Documento de Trabajo. Zaragoza. 1989.
12. **Programa del Lactante. C.S. Almozara.** Documento de Trabajo. Zaragoza. 1989.
13. **Programa del Lactante. C.S. Daroca.** Documento de Trabajo. Zaragoza. 1986.
14. **Programa del Lactante. C.S. Oliver.** Zaragoza. 1989.
15. **Programa del Lactante. C.S. Oviedo.** Zaragoza. 1989.
16. **Programa del Lactante. C.S. Romareda.** Documento de Trabajo. Zaragoza. 1989.
17. **Programa del Lactante. C.S. Santa Lucía.** Documento de Trabajo. Zaragoza. 1989.
18. **Programa del Lactante. C.S. Torre Ramona.** Documento de Trabajo. Zaragoza. 1989.
19. **Programa del Lactante. Ministerio de Sanidad y Consumo.** Madrid. 1986.
20. **Pineault R.** La Planificación Sanitaria. Ed. Masson. Barna. 1987.
21. **Quadern del Centre de analisis i programes sanitaris. C.A.P.S.** Tendencias actuales en educación sanitaria. Barcelona (París 150 08036).
22. **Seminario Hispano-Luso de Garantía de Calidad Asistencial.** Documentos de Trabajo. Cáceres. 1987.
23. **Ubieto Arteta A.** ¿Cómo se programa un tema o una unidad didáctica? I.C.E. Zaragoza.

A N E X O S

ANEXO I

METABOLOPATÍAS

1.-OBJETIVO GENERAL.

Consiste en la detección de metabolopatías congénitas susceptibles de tratamiento.

2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

2.1.-Registro de screening.

2.2.-Coordinación con laboratorio de referencia.

2.3.-Protocolo de derivación.

2.1.-REGISTRO DE SCREENING:

Conseguir que se registre en el 95% de los niños controlados en puericultura.

Registrar:

- * si se ha realizado y resultado*
- * si no se ha realizado, en cuyo caso derivar al niño al laboratorio de referencia*

Lugar de registro: hoja de datos generales pediátrica, en el recuadro de antecedentes perinatales.

Consecuencia de realizar adecuadamente el registro será:

- * contar con este dato para cualquier estudio posterior*
- * captar niños en los que todavía no se haya efectuado*

2.2.-COORDINACIÓN CON LABORATORIO DE REFERENCIA:

En Zaragoza el screening neonatal se realizará en:

- * HOSPITAL INFANTIL, laboratorio de genética Tf.: 976.76.55.00 ext. 403. Este hospital envía el resultado por correo al domicilio del interesado en todos los casos tanto positivos como negativos*
- * HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO, laboratorio de hormonas Tf.: 976.55.64.00 ext. 1275 y 1302. Este hospital solo envía los resultados en caso de que sean positivos. Si el interesado no acude para la segunda extracción, lo localizan a través del centro de referencia o telefónicamente*

En estos dos hospitales existe ficha con: filiación, domicilio y resultados de todos los niños.

⇒ *NOTA: los niños que nacen en el Hospital Provincial son remitidos para el screening neonatal al Hospital Infantil. En caso de población marginal para evitar el riesgo de que no se realice se les toma la muestra en el Hospital Provincial antes del alta. En estos casos el informe se envía al Hospital Provincial para que localicen a la familia.*

Los niños que nacen en CLÍNICAS PRIVADAS son remitidos a su hospital de referencia.

El screening que se realiza en cada uno de los hospitales de referencia es concordante únicamente en el despistaje de HIPOTIROIDISMO y FENILCETONURIA.

En el Hospital Infantil se determinan:

- * *En sangre de talón:*
 - *Fenilalanina*
 - *Leucina*
 - *TSH*
- * *En frotis mucosa bucal:*
 - *Cromatina sexual*
 - *Fluorescencia del Y*

Las cifras de referencia en este hospital son:

- *Fenilalanina 4 mg.*
- *TSH 20 Ul./ml.*
- *Para la leucina no tienen patrón de referencia, solamente si sobresale algún halo se cuantifica.*

Para la toma del frotis de la mucosa bucal es importante que no se haya tomado alimento dos horas antes, sobre todo si se da lactancia materna.

En el Hospital Clínico Universitario determinan:

- * *En sangre de talón:*
 - *Fenilalanina*
 - *TSH*
 - *17 OH Progesterona*

Las cifras de referencia en este hospital son:

- *Fenilalanina 4 mg.*
- *TSH 30 Ul./ml.*
- *17 OH Progesterona 20 Ul./ml.*

2.3.-PROTOCOLO DE DERIVACIÓN:

2.3.1.- HOSPITAL INFANTIL se realizan las pruebas:

- * *En laboratorio de Genética:*
 - *Hora de 9-10, todos los días incluidos sábados*
 - *Plazo máximo ideal, en los primeros 15 días de vida*
 - *Plazo óptimo 5-10 días de vida*

2.3.2.- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO se realizan las pruebas:

- * *En laboratorio de Hormonas*
 - *Hora de 9:30 a 10, todos los días incluidos sábados*
 - *Plazo máximo ideal en los primeros 15 días de vida*
 - *Plazo óptimo 4-6 días de vida*

⇒ *NOTA: Todos los niños que no se les haya realizado en ese período de tiempo, pueden remitirse en cualquier momento con un P-10 directamente al Laboratorio de Genética del Hospital Infantil.*

ANEXO II

ALIMENTACIÓN

1.-RECOMENDACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.

No vemos necesario hacer hincapié sobre las ventajas de la lactancia materna; tampoco sobre las normas que regulan la composición de las leches adaptadas y de continuación.

Nos hemos basado en las normas elaboradas por un grupo de pediatras de las comunidades de Aragón, La Rioja, Navarra, País Vasco y Cantabria, que interesados en este tema de la alimentación celebraron dos reuniones en el año 1989 en Jaca y Logroño.

1.1.-*Lactancia materna exclusiva, siempre que no existan contraindicaciones, hasta los 4-6 meses de edad. En caso de fracaso de la lactancia natural se dará fórmula adaptada hasta los 4-6 meses, de preferencia hasta los 6 meses. En caso de abandono reciente de la lactancia materna y según la disposición de la madre es aconsejable ensayar métodos farmacológicos para su reinducción. (Sulpiride 50 mg./8 horas).*

1.2.-*Entre el 4-6 mes, teniendo en cuenta sobre todo los antecedentes familiares de atopia, las curvas de crecimiento individual y la situación social, se introducirá la alimentación complementaria: cereales sin gluten, zumos de fruta y fruta natural (no añadir gluten ni productos azucarados) y verduras. Se aconseja que sea paulatina.*

A partir del inicio de la alimentación complementaria es conveniente ofrecer agua al niño y nunca la alimentación complementaria superará el 50% del total de la ingesta calórica.

1.3.-*El gluten es aconsejable introducirlo después de los 6 meses y nunca antes de los 4 meses. Durante el primer año de vida los cereales deben de ser introducidos al lactante añadidos a la fórmula que está tomando.*

1.4.-*Las proteínas de origen animal (carnes magras, rojas o blancas) se introducirán a partir de los 6 meses mezcladas con las verduras. Las proteínas animales se deben introducir espaciadas entre sí, una cada vez, para poder detectar precozmente posibles problemas de intolerancia a proteínas heterólogas.*

Se aconseja posponer ligeramente la introducción del pescado (sobre el 8 mes). La yema de huevo se introducirá a partir de los 9-10 meses y el huevo entero después de los 12 meses y nunca crudo.

Se desaconseja la introducción de las vísceras y sesos por su alto contenido lipídico; en cualquier caso su introducción debe ser posterior al año de vida.

1.5.- *A partir de los 5-6 meses de edad aquellos niños que toman fórmulas adaptadas es aconsejable cambiar a fórmula de continuación. Cuando la lactancia materna cesa a los 6 meses se dará así mismo fórmula de continuación.*

La cantidad mínima de fórmula láctea que debe tomar el niño durante el 2º semestre de vida es de 500 c.c./día.

1.6.- *La edad para introducir la leche de vaca entera y no modificada es a partir de los 12 meses.*

Como paso intermedio a la introducción de la leche de vaca y debido a que tienen otras peculiaridades nutritivas, se pueden introducir en la dieta los derivados lácteos a partir de los 8 meses y en pequeñas cantidades. Es preferible comenzar con el yoghurt natural y dejar para más tarde (10 meses) el queso blanco fresco por su mayor concentración calórica y grasa.

1.7.- *A partir de los 6 meses se puede ofrecer los alimentos en cuchara. Desde el punto de vista educacional, se pueden introducir los alimentos sin homogeneizar entre los 8-12 meses de edad.*

2.-LACTANCIA MATERNA.

La lactancia materna es un proceso fisiológico, una consecuencia natural del embarazo y parto, y en muchos países la única forma de asegurar la supervivencia y el crecimiento sano de un recién nacido.

La superioridad de la leche de mujer es conocida por todos. Sus ventajas, avaladas por amplias investigaciones, hacen referencia a la idoneidad, salud, inmunidad, nutrición, desarrollo, economía ...

Estos beneficios aumentan cuando el lactante es amamantado exclusivamente durante los seis primeros meses de vida y, posteriormente, se continua combinando con una alimentación complementaria.

Para que la lactancia natural se inicie y se establezca debidamente, es preciso que, durante el embarazo, parto y crianza, las madres reciban una buena información, así como el apoyo activo de los familiares y profesionales sanitarios. Estos últimos tienen que estar plenamente convencidos de la superioridad de la lactancia natural para así poder informar mejor y ayudar a las futuras madres a tomar una decisión positiva, evitando el abandono precoz de la misma. Esta decisión debe de ser totalmente libre, que la madre lo haga porque lo desea. Si por cualquier motivo no se da de mamar al bebé, no hay que tener sentimientos de culpabilidad. La alimentación del niño podrá realizarse con las leches actuales que ofrecen plenas garantías.

2.1.-CONTRAINDICACIONES:

2.1.1.- *Negativa de la madre.*

2.1.2.- *Enfermedades: La Hepatitis B no contraindica en nuestro medio la L.M. ya que la política de vacunación minimiza el riesgo teórico de contraer la enfermedad. Las únicas contraindicaciones por enfermedades transmisibles en nuestro medio son el VIH y la Tbc bacilífera.*

2.1.3.- *Medicamentos: Anticancerosos, antiepilépticos, antidepresivos, anticoagulantes, algunos antibióticos (consultar guías).*

2.1.4.- *Drogas y sustancias tóxicas.*

2.2.-CÓMO AYUDAR A UNA MADRE DURANTE LAS PRIMERAS MAMADAS:

2.2.1.- Evite la prisa y el ruido:

Hable en voz baja y no tenga prisa aún si tiene apenas unos pocos minutos disponibles.

2.2.2.- Pregúntele a la madre cómo se siente y cómo le está yendo con la lactancia:

Déjela que le cuente cómo se siente antes de dar cualquier información o sugerencia.

2.2.3.- Observe una mamada:

Trate de ver a la madre cuando esté dando la mamada a su bebé y observe en silencio lo que está sucediendo. Si la posición y el agarre del bebé son buenos, dígame lo bien que lo están haciendo ella y el bebé. No es necesario que le muestre qué debe hacer.

2.2.4.- Ayúdela a colocar al bebé si fuera necesario:

Si la madre está experimentando dificultades o el bebé no ha agarrado bien el pecho, dele la ayuda apropiada.

2.2.5.- Dele a la madre la información más pertinente:

*Asegúrese que la madre entiende lo referente a alimentación a libre demanda, los signos que el bebé da cuando está listo para mamar y explíquese de qué forma su leche “bajará”. Recalque las virtudes del **CALOSTRO**.*

2.2.6.- Responda a las preguntas de la madre:

Tal vez la madre tenga algunas preguntas que hacerle; cuando le hable quizás usted se entere que la madre está preocupada por algo o no está segura de alguna cosa. Explíquese con palabras sencillas y claramente lo que necesita hacer.

2.3.-RECOMENDACIONES 1ª VISITA R.N. (MADRE):

2.3.1.- Comida y bebida: *Es posible que la madre experimente más apetito y más sed durante la lactancia. Es recomendable hacer, en general, una dieta equilibrada sin saltarse comidas ni ponerse a régimen.*

Beber, al menos, 2 litros de líquido al día. El café y el té han de ser descafeinados, evitar bebidas alcohólicas e ingestión de colas con cafeína.

A veces, hay alimentos que alteran el sabor de la leche (ajos, cebollas, espárragos, col, etc.) y el niño lo nota y la rechaza. Si se observa esto, con retirarlos de la dieta materna es suficiente.

2.3.2.- Medicamentos: *La madre debe consultar al médico antes de tomar cualquier fármaco.*

Es recomendable disminuir en lo posible el tabaco.

2.3.3.- Ropa: *Cómoda y, a poder ser, de fibras naturales. Los sujetadores deben adaptarse bien al pecho y sostenerlo sin presionarlo.*

2.3.4.- Menstruación: *Es posible que no aparezca la regla mientras se efectúa la lactancia, sin embargo, esto no significa que la madre no pueda quedar embarazada.*

2.3.5.- Fatiga y desaliento: *Es posible que la madre se sienta sorprendida de lo cansada y limitada que se encuentra las primeras semanas del puerperio, apenas podrá hacer nada más que satisfacer las necesidades de su hijo. La fatiga y el estrés emocional no solo reducen la cantidad de leche, sino que también afectan la relación materno-filial. Si la madre está molesta el bebé también lo estará.*

- 1) *La madre debe admitir el cansancio y aceptar o pedir ayuda a los que le rodean.*
- 2) *Dormir la siesta mientras duerme el niño.*
- 3) *Reducir las actividades de ama de casa a lo esencial.*
- 4) *Hacer al padre participe activo de los cuidados del niño. La actitud del padre es fundamental para el éxito o fracaso de la lactancia materna. Una de sus mejores ayudas es dar ánimos y seguridad a la madre en los momentos difíciles. Se deben compartir con la pareja todas estas vivencias nuevas.*

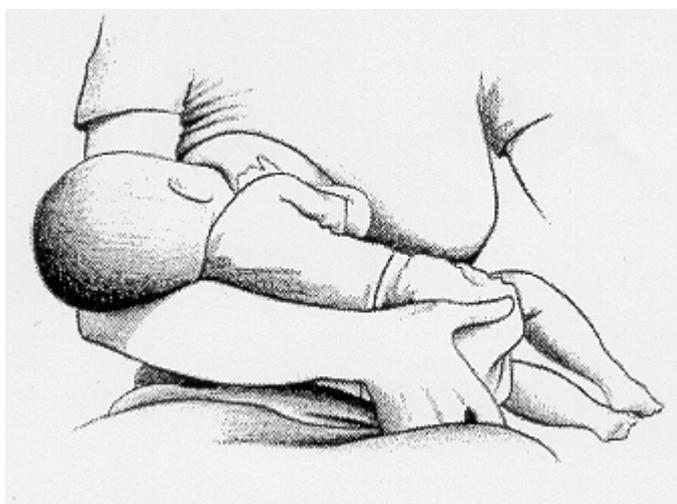
2.3.6.- Técnica: *Uno de los mayores problemas al iniciar la lactancia es la postura incorrecta. "Amamantar es una combinación de instinto, reflejos y aprendizaje".*

Puntos básicos para que el bebé se "agarre" bien:

⇒ *La madre debe sentirse cómoda y relajada.*

⇒ *Colocación del bebé:*

- * *Cabeza y cuerpo alineados*
- * *La cara del bebé a la misma altura que el pecho, y la nariz enfrente del pezón*
- * *El cuerpo del bebé pegando al de la madre (ombligo con ombligo)*
- * *Las nalgas apoyadas*



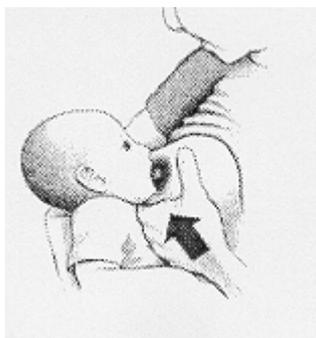
⇒ *¿Cómo sostener el pecho?:*

- * *La mano contra la pared del tórax, debajo del pecho*
- * *El dedo índice apoyando el pecho y el pulgar arriba (mano en C)*
- * *Los dedos no deben quedar muy cerca del pezón*

⇒ *Ayudar al bebé a agarrar el pecho adecuadamente:*

- * *Tocar los labios del bebé con el pezón*
- * *Esperar hasta que la boca del bebé esté bien abierta.*
- * *Acercar el bebé con rapidez, en un solo movimiento hacia el pecho, con el labio inferior apuntando hacia debajo del pezón.*

Si el agarre no es bueno, hay que intentarlo de nuevo. Para retirar al bebé es conveniente introducir el dedo de la madre en la comisura de los labios del niño.



2.3.7.- Problemas más frecuentes:

⇒ *Mastodinia:*

Sin causa habitual es el bloqueo de uno de los conductos galactóforos, debido a obstrucción, sujetador apretado o vaciado escaso del pecho. Aparecerán uno o dos bultos en la zona dolorosa. Debido a la posibilidad de infección, el tratamiento ha de ser lo antes posible:

- 1) Amamantar frecuentemente con el pecho doloroso para “vaciarlo”; ofrecerlo antes que el otro.*
- 2) Efectuar masaje suave de la zona mientras se toma una ducha de agua caliente.*
- 3) Intentar distintas posturas para amamantar con el fin de cambiar las zonas de presión.*
- 4) Dejar de usar sujetadores o ropa que aprieten demasiado.*
- 5) Si el bulto no desaparece al cabo de 2-3 tomas, si la zona enrojece y duele más o si aparece fiebre, se debe acudir al médico.*
- 6) No se debe interrumpir la lactancia, la leche no hará daño al niño.*

⇒ *Dolor de pezón:*

Algunas molestias son habituales durante la primera y segunda semana de lactancia. Tales molestias son temporales y no justifican interrupción de lactancia ni uso de pezoneras. Para reducir el dolor:

1) SE RECOMIENDA:

- * *Iniciar el flujo de leche manualmente antes de ofrecer el pecho al niño*
- * *Amamantar frecuentemente. Se ha observado que los niños maman con menor intensidad al tener menos apetito*
- * *Ofrecer ambos pechos en cada toma*
- * *Asegurarse que el bebé coge el pecho adecuadamente*
- * *Es conveniente, después de cada mamada, cubrir el pezón y la areola con unas gotas de leche y dejar secar al aire.*
- * *Relajarse para favorecer la subida de leche: tomar una ducha de agua caliente, escuchar música para lograr que la leche fluya antes de amamantar.*

2) NO ES RECOMENDABLE:

- * *Saltarse alguna toma o evitar amamantar con el pecho dolorido.*
- * *Utilizar pezonera. Esto, a menudo, favorece la retención de leche.*
- * *Ponerse cremas sobre los pezones.*
- * *El lavado antes o después de cada toma.*

3) Cuando disminuya el dolor, aumentar la duración de las tomas hasta satisfacer las necesidades del bebé.

2.4.-RECOMENDACIONES 1ª VISITA R.N. (NIÑO):

El niño debe comenzar a ser amamantado tan pronto como sea posible. El recién nacido debe de estar cerca de la madre y permitir que mame sin forzarle.

2.4.1.- Horario y duración de las tomas: *El bebé debe ser alimentado cada vez que quiera desde el mismo momento del nacimiento. La alimentación debe ser a “libre demanda”. La mayoría desean mamar cada 2-3 horas durante las primeras semanas, a medida que aumenta la cantidad de leche de la madre, se reduce el número de tomas. Si el bebé es de bajo peso y duerme 4-5 horas entre cada toma, la madre deberá intentar amamantarlo cada 3 horas durante el día.*

La duración de la tetada tiene que ser el tiempo que quiera el niño. Cada bebé es distinto y solo él sabe cuando está saciado. Hay que observar la conducta del niño más que el reloj.

Muy importante es tener una correcta postura para mamar, que el niño esté bien afianzado al pecho, y así conseguiremos un buen vaciado de las mamas.

Los recién nacidos normales recuperan el peso perdido más o menos a los 10 días.

- 2.4.2.- No ofrecer chupetes mientras no esté bien instaurada la lactancia, podrían producir confusión de succión.
- 2.4.3.- No alimentar al bebé con sueros, aguas u otras leches mientras le baja la leche a la madre: La madre tiene más dificultad para comenzar a dar el pecho si el niño está saciado y no tiene hambre, por lo que es más fácil que lo abandone precozmente.
- 2.4.4.- Las deposiciones del bebé alimentado con pecho suelen ser líquidas. El número de veces varía desde una vez después de cada toma hasta una vez cada 24-48 horas (pseudoestreñimiento).
- 2.4.5.- Cuando la lactancia materna esté bien instaurada, el niño no suele demandar agua, aunque haga calor.
- 2.4.6.- Recordar a la madre que cualquier duda que tenga sobre la lactancia, debe acudir al Centro de Salud o ponerse en contacto con los grupos de apoyo a la lactancia antes de introducir en la dieta del bebé cualquier otro tipo de alimento:

ASOCIACIÓN VÍA LÁCTEA O U.R.L.
Tf.: 976.34.99.20

2.5.- VISITA 1^{ER} MES:

Preguntar a la madre sobre las posibles dudas o problemas que hayan surgido desde la última consulta. Los más habituales:

- 2.5.1.- Pezones doloridos: La causa más frecuente es que el niño mama en mala posición. Ayudar a la madre para que el bebé mame en posición correcta: colocarlo enfrentado a la madre “ombbligo con ombbligo” para que pueda alcanzar el pecho cómodamente (ver apartado 2.3.6.- Técnica).

Examinar si el bebé tiene frenillo corto.

Observar los pezones, si se ven puntitos blancos explorar la boca del niño por si se detecta lándida y es necesario tratamiento.

- 2.5.2.- Grietas: Ayudar a la madre a mejorar la posición de agarre del niño y que continúe amamantando.

Entre comidas, exponer los pezones al aire y al sol.

Si continúan doliendo mucho hay que hacer extracción manual de la leche o mediante sacaleches eléctrico (marca Medela). Para la extracción manual, debe cogerse la areola por su perímetro con el pulgar y el índice y exprimirla al tiempo que se efectúa un movimiento hacia dentro y hacia fuera del pecho. Se recoge la leche en un recipiente previamente esterilizado.

- 2.5.3.- Vómitos del bebé: Si se produce reflujo, aconsejar a la madre que mantenga al niño en posición vertical después de cada comida.

2.5.4.- Indicios lactancia suficiente:

- ⇒ *Ganancia adecuada de peso: aproximadamente 20 grs./día durante el 1^{er} trimestre.*
- ⇒ *De 6 a 8 cambios de pañal cada 24 horas.*
- ⇒ *Tomas frecuentes (cada 2-3 horas) vigorosas y tranquilas.*
- ⇒ *El bebé está despierto y sensible al entorno.*
- ⇒ *No debe probarse si todavía tiene hambre después de una toma ofreciéndole un biberón, pues a menudo tomará 25-30 ml. extras porque le gusta succionar y no está acostumbrado a un pezón que deje fluir la leche con tanta facilidad.*

Si la madre tiene que salir unas horas puede sacarse leche y guardarla en el frigorífico hasta 24 horas.

La leche materna también se puede congelar, se conserva hasta 2 semanas en el congelador (poner siempre la fecha en el recipiente). Nunca debe descongelarse a temperatura ambiente, debe calentarse al baño María metiendo el recipiente en agua fría.

2.5.5.- Apoyo a la madre: *Resaltar aspectos positivos. Si se detectan dudas o temores, ponerle en contacto con otras madres o grupos de apoyo a la lactancia. Por la experiencia se ha visto que la eficacia y durabilidad han mejorado.*

2.5.6.- Preguntas más habituales:

- ⇒ *¿Sirve la leche de todas las madres?: Sí. No existen leches maternas más nutritivas que otras.*
- ⇒ *¿Se produce leche suficiente para alimentar al bebé?: Sí. Todas las madres tienen leche suficiente para alimentar al bebé, siempre y cuando se le suministre cuando él lo pida, sin seguir rígidos esquemas de horario. Cuanto más chupa el niño, más leche produce la madre.*
- ⇒ *¿Cuánto tiempo debe transcurrir entre tetada y tetada?: No es correcto establecer horarios. Cada niño se va autorregulando las tomas y las madres deben atender sus demandas.*
- ⇒ *¿Deben darse siempre los dos pechos?: Depende. El niño decide si se queda satisfecho con uno o con los dos. Si mama solo de un pecho, en la mamada siguiente ofreceremos el otro en primer lugar.*
- ⇒ *¿Tienen que hacer todos los días deposición?: Algunos niños hacen todos los días después de cada toma y otros una vez al día o cada dos días y eso no significa que vayan estreñidos.*
- ⇒ *Después de los tres primeros meses, ¿deben de tomar otro tipo de alimentos?: No. Según la O.M.S., se debe dar exclusivamente leche durante los seis primeros meses. Después ir introduciendo poco a poco otros alimentos sólidos.*

2.6.-VISITA 2º MES:

- 2.6.1.- *Escuchar y dar apoyo.*
- 2.6.2.- *Reforzar lactancia materna. La leche materna sigue siendo la más adecuada.*
- 2.6.3.- *La madre va ganando confianza en su capacidad para interpretar las necesidades del niño.*
- 2.6.4.- *Algunos niños empiezan a establecer un horario, succionan con fuerza y se quedan satisfechos.*
- 2.6.5.- *La pausa nocturna puede ser de 6-7 horas. Algunos bebés siguen mamando por la noche y esto es importante para mantener la lactancia y prevenir la hipogalactia. También, las tomas nocturnas previenen la ingurgitación mamaria y permiten un contacto muy íntimo entre madre e hijo que, a veces, no es posible durante el día.*
- 2.6.6.- *Las heces suelen seguir siendo blandas.*
- 2.6.7.- *Recordar no introducir nuevos alimentos.*

2.7.-VISITA 3^{ER} MES (OPTATIVA):

- 2.7.1.- *Continuar lactancia materna exclusiva, si fuera posible.*

Si la madre debe incorporarse al trabajo, animarle a que se saque la leche antes de ir a trabajar y que la persona que le cuide se la dé en taza o a cucharaditas (la leche materna dura 8 horas fuera del frigorífico).

Para mantener la producción de leche, amamantar al bebé por la noche, en los momentos que esté la mamá en casa, en los descansos del trabajo y, si fuera posible, llevar al niño al trabajo si está cerca del domicilio.
- 2.7.2.- *Si fuera preciso, pasar a lactancia mixta, explicar la técnica de preparación de biberones.*

2.8.-VISITA 4º MES:

- 2.8.1.- *Seguir apoyando lactancia materna exclusiva.*
- 2.8.2.- *Dar a conocer a la madre las “crisis transitorias de lactancia”. Estos son períodos en los que el aporte de leche materna resulta insuficiente. La producción de leche materna no es siempre la misma, unas semanas el lactante gana más peso y otras menos.*

Un niño sano que es amamantado a demanda, es capaz de regular automáticamente la producción de leche. Cuando se produce poca leche, el niño pide comer más a menudo. Si la madre desconoce estas “crisis”, en lugar de aumentar el número de tomas, ofrecerá un suplemento de biberón. Esto explica, probablemente, el frecuente abandono de la lactancia materna durante los primeros meses.
- 2.8.3.- *Recordar que el niño no necesita ningún otro alimento hasta los 6 meses, siempre que su crecimiento sea el adecuado.*

2.9.-VISITA 6º MES:

2.9.1.- *Se recomienda iniciar alimentación complementaria.*

2.9.2.- *El destete se realiza de forma gradual, muy poco a poco.*

2.9.3.- *Lo ideal es poder ir añadiendo nuevos alimentos pero sin dejar de dar el pecho. Se puede ofrecer el pecho como “postre” y mantener alguna toma.*

DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA (O.M.S. - UNICEF)

- 1º *Disponer de una política, por escrito, relativa a la lactancia natural.*
- 2º *Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esta política.*
- 3º *Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural.*
- 4º *Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.*
- 5º *Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño.*
- 6º *No dar a los recién nacidos más que la leche materna sin ningún otro alimento o bebida, salvo cuando medie indicación médica.*
- 7º *Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.*
- 8º *Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño la pida.*
- 9º *No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.*
- 10º *Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.*

3.-HIGIENE Y PREPARACIÓN DE LOS BIBERONES.

3.1.-HIGIENE:

Después de su utilización los biberones y tetinas se lavarán cuidadosamente para que no queden residuos de leche en su interior.

No es necesario esterilizar los biberones. Es imprescindible el lavado de manos antes de su preparación.

3.2.-PREPARACIÓN DEL BIBERÓN:

3.2.1.- Se aconseja utilizar agua hervida (hervida durante 10 minutos) y dejar enfriar.

3.2.2.- Se vierte en el biberón la cantidad de agua a utilizar (ya a temperatura ambiente).

3.2.3.- Sobre el agua se añade la cantidad de polvo indicada, siempre los cacitos rasos y en la proporción de un cacito raso por cada 30 c.c. de agua.

3.2.4.- Se tapa el biberón y se agita hasta la total disolución, después se calienta al baño María hasta conseguir la temperatura adecuada para que el niño lo tome.

4.-INICIACIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE.

Se comienza introduciendo las frutas o los cereales y con posterioridad, las verduras. Siempre que se introduzca un nuevo alimento dejar un intervalo de 10-15 días antes de dar otro nuevo.

4.1.-CEREALES:

Alrededor del 5º mes.

Ir sustituyendo una toma de biberón preferentemente la de la noche o la de la mañana por un papilla de CEREALES SIN GLUTEN.

Se preparará con la misma leche de fórmula que usa habitualmente (aprox. 150 c.c.) espesándola gradualmente según la consistencia que vaya admitiendo el niño. En un principio puede darse en el biberón para pasar más adelante a prepararse en plato y dar con cuchara.

A partir de los 6 meses se puede introducir cereales con gluten.

Siempre preparar la papilla con leche adaptada no dar papillas lacteadas.

4.2.-FRUTAS:

Sustituir el biberón de la tarde (merienda) por una papilla de frutas.

Comenzar con plátano, manzana, pera y zumo de naranja por su mejor tolerancia.

NO AÑADIR GALLETAS NI AZÚCAR NI MIEL, solamente dar las frutas bien trituradas, éstas han de ser naturales y del tiempo y conforme el niño se adapte a su sabor ir aumentando la variedad de frutas.

No se aconseja dar las frutas con biberón.

4.3.-PURÉ DE VERDURAS:

Sustituir otro biberón (comida) por un puré de verduras con carne.

Éste se prepara hirviendo las verduras: patatas, zanahorias, judías verdes, borraja, puerro, cebolla, tomate y calabacín en pequeñas cantidades, durante 20-30 minutos. Al final de la cocción se podrá poner una cucharadita de aceite crudo de oliva o semillas y una pizca de sal.

De momento y hasta el primer año no dar en exceso verduras como acelga, col, espinaca, remolacha, nabos ni zanahorias.

Después de unos días añadir la carne, ésta será magra (sin grasa) en una cantidad aprox. de 40 gr. y puede ser TERNERA, CORDERO o POLLO SIN PIEL. Se le puede hacer a la plancha, después triturarla e incorporar al puré de verduras.

No utilizar carne de cerdo ni vísceras (como higadillos, sesos y criadillas) por su alto contenido en grasas.

- *Es importante conseguir durante este período la buena adaptación del niño al uso de la cuchara y a los nuevos sabores introducidos ya que paulatinamente irá dejando la leche como alimento único para ir tomando hasta el año de vida el resto de alimentos que forman la alimentación del adulto.*
- *Es frecuente que al inicio de la alimentación con cuchara el niño la rechace o saque el alimento, progresivamente y con paciencia se conseguirá que el niño se adapte a la cuchara.*
- *Ahora el niño hará 4 tomas al día:*
 - *Desayuno: Biberón o papilla de cereales.*
 - *Comida: Puré de verduras con carne.*
 - *Merienda: Papilla de frutas.*
 - *Cena: Biberón o papilla.*
- *Siempre que el niño no quiera tomar el alimento preparado (verduras, carne, frutas, etc.) complementar con biberón la cantidad que él quiera.*
- *Durante el 2º semestre es conveniente que el niño ingiera 500 c.c. de leche al día. A partir de los 6 meses es aconsejable cambiar la fórmula adaptada (leche 1) por la fórmula de continuación (leche 2).*

5.-ALIMENTACIÓN A PARTIR DEL 7º MES.

Sobre el 9º mes introducir pescado blanco, unos 70 grs., bien cocido o a la plancha, dar mezclados con el puré de verduras, patatas o papilla de cereales. Se puede dar en la cena.

- *La ingesta de leche debe de seguir siendo al menos de 500 c.c. al día. A partir del 8º-9º mes puede introducirse pequeñas cantidades de yoghurt natural teniendo en cuenta que: 1 yoghurt equivale a 125 c.c. de leche (medio vaso).*
- *Es recomendable que entre los 8-10 meses que el niño tome los purés menos homogeneizados, utilizar pasa-purés y dejar la textura más gruesa.*

6.-ALIMENTACIÓN A PARTIR DEL 10º MES.

- *Introducir yema de huevo siempre cocida (nunca cruda). Comenzando con un cuarto y no pasando de dos o tres yemas por semana.*
- *Introducir lentejas pasadas por el pasa-purés, no por la batidora, para así eliminar las pieles. Se puede empezar a dar mezcladas con arroz, patata, etc. en la proporción de media taza aproximadamente.*
- *Puede darse jamón cocido a trocitos (no dar otro tipo de embutidos).*
- *Interesa en esta época en la medida que el niño lo vaya admitiendo ir pasando de las comidas trituradas al troceado o aplastado con tenedor de los alimentos, de menos a más gruesos para ir adecuándolo a su masticación.*
- *El huevo entero no se introducirá antes del año y nunca crudo.*
- *Además del yoghurt se puede introducir queso fresco.*
- *Recomendar pescado azul a partir de los 12 meses de edad.*

7.-CONSIDERACIONES SOBRE EL Fe EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE. SUPLEMENTOS.

El déficit de Fe es infrecuente antes de los 4-6 meses en el R.N. a término, y antes de los 2 meses en el prematuro, dadas las reservas existentes en forma de ferritina y hemosiderina, además del exceso de Hb (16 gr./dl. en las primeras semanas).

7.1.-NECESIDADES DE Fe ABSORBIDO:

Se estiman en 0,5 mg./día durante los 6 primeros meses, 0,9 mg./día desde 6-12 meses y 0,7-0,8 mg./día de 1 a 8 años.

	0-6 m.	6-12 m.	1-2 a.	2-8 a.
REQUERIMIENTOS <i>(para el crecimiento)</i>	0.25	0.53	0.29	0.23
PERDIDAS DE Fe	0.24	0.37	0.46	0.56
REQUERIMIENTOS TOTALES	0.49	0.90	0.75	0.79

7.2.-BIODISPONIBILIDAD DEL Fe DIETÉTICO:

En general, podemos decir que se absorbe aproximadamente un 10% del Fe ofertado, pero hay muy distinto comportamiento según la procedencia de este Fe:

7.2.1.- Fe Heme: *Procede de la Hemoglobina y Mioglobina. Su absorción es superior al Fe no Heme, no se altera por la presencia de otros factores dietéticos.*

7.2.2.- Fe no Heme: *Procede de los vegetales, leche y huevos. Se favorece la absorción por la presencia de Fe Heme y ácido ascórbico. Disminuye cuando existen filatos, oxalatos, fibra y proteína de soja. Si los depósitos corporales son bajos y la cantidad de Fe presente es baja, se incrementa la absorción.*

7.3.-COMPUESTOS DE Fe EMPLEADOS COMO SUPLEMENTO:

7.3.1.- *Buena absorción: Sulfato ferroso, fluconato, lactato y Fe elemental de partículas pequeñas.*

7.3.2.- *Mala absorción: Pirofosfato y ortofosfato. Fe elemental de partículas grandes.*

7.4.-CONTENIDOS Y DISPONIBILIDAD DEL Fe EN ALIMENTOS PARA EL LACTANTE:

7.4.1.- Leche materna:

Es independiente del status materno y varía a lo largo de la lactancia, del día y de la toma. Oscila de 0'3-0'7 mg./l.

La absorción es muy alta: 70%. Esto parece deberse a la carencia de inhibidores y al contenido en Lactoferrina, resistente al Ph ácido y además, es capaz de ligar Fe liberado de otros componentes de la leche.

Sigue considerándose suficiente para mantener balance adecuado hasta los 6 meses.

7.4.2.- Fórmulas iniciación:

Las normativas dictadas por los distintos organismos internacionales, cifran el contenido en Fe en 6-7 mg./l. de fórmula reconstituida, lo que supone 1 mg. de Fe/100 ml.

En nuestro mercado puede haber todavía fórmulas no enriquecidas, conteniendo 0'7-1'4 mg./l.

7.4.3.- Fórmulas continuación:

Se aconseja contengan 7-12 mg. de Fe/l. reconstituido, lo que supone 1-1'8 mg./100 Kcal.

Estas cantidades sí están presentes en todas las fórmulas comercializadas en España.

Para el suplemento de las fórmulas, se usan preparados solubles en agua, o soluciones débilmente ácidas como el sulfato, ascorbato o glutemato.

7.4.4.- Fórmulas para Pretérminos:

La fórmula que fuese a cubrir el total de necesidades debería contener 100 mg./l., equivalentes a 1'5 mg./Fe/100 Kcal. (ESGAN-87).

Hoy, estas cantidades se consideran altas, dado que la carencia de Vit. E, no infrecuente en el pretérmino, puede facilitar una hemólisis cuando se administre Fe a 2-3 mg./Kg., por lo que se recomienda utilizar fórmulas con 4-6 mg./l. de leche reconstituida.

7.4.5.- Cereales:

En nuestro mercado los cereales contienen entre 2-18 mg./100 gr. y su disponibilidad es muy escasa, en torno a 4%. Aún más escaso es el Fe en los cereales lacteados

7.5.-RELACIÓN DEL Fe CON LOS RADICALES OH:

El Fe circulante no ligado a proteínas, induce una peroxidación lipídica y está directamente implicado en la formulación de radicales OH.

Se conoce que la propiedad antioxidante de la transferrina está relacionada con su capacidad de sujeción del Fe. Esta propiedad antioxidante disminuye cuando aumenta la concentración plasmática de Fe no ligado a proteínas.

El nivel de transferrina plasmática en el R.N. y lactante joven es menor que en etapas posteriores de la vida. Sin embargo, esta transferrina está más saturada que en el niño mayor.

Diversos autores consideran que, desde el punto de vista del “estrés oxidativo”, la baja concentración de Fe en la leche materna debe de tener un importante significado.

7.5.1.- ¿Necesidad de suplementar con Fe?:

La controversia persiste, aunque cada vez es mayor la constatación de que la “anemia” del lactante es “fisiológica”.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta situaciones en que las pérdidas aumentan (infecciones repetidas, diarreas frecuentes, leche de vaca dada precozmente, etc.), o que la ingesta alimentaria global disminuya.

Debemos considerar que, en general:

- *Lactante normal con L.M. mantiene un balance adecuado de Fe hasta los 6 meses.*
- *Lactante normal alimentado con fórmula de inicio suplementada hasta 4°-5° mes mantiene balance adecuado.*
- *Lactante con bajo peso al nacer, tiene los requerimientos más elevados durante el primer año, y además sus reservas se agotan al 2° mes de vida, por lo que siempre deben ser suplementados con Fe a partir de los 2 meses y con una dosis más elevada.*
- *Lactantes a partir del 6° mes con alimentación complementaria, deberemos tener en cuenta los factores dietéticos que influyen en la absorción del Fe, recordando que aquellos alimentos que contienen Fe Heme favorecen la absorción del Fe no Heme.*
- *Prematuro: la suplementación debe realizarse con sulfato ferroso por su buena absorción y bajo coste.*

7.6.-VITAMINA D:

El 25 D (25 hidroxicolecalciferol) es el metabolito que refleja el estado nutricional respecto a la Vit. D (10-20 ug./ml).

El lactante, en las primeras semanas de vida depende de los depósitos de 25 D conseguidos a lo largo del embarazo. Estas reservas, a diferencia de lo que ocurre con el Fe, van a depender del status materno en Vit. D.

7.6.1.- Vit. D en las fuentes dietéticas:

- *Leche materna: Contiene entre 0'01-2'5 ug./l. ó 4-100 UI./l. (1 ug.=40 UI.) y de vaca, aproximadamente, la mitad.*
- *Fórmulas suplementadas de inicio: Entre 10-13 ug./l. (400-520 UI./l.) lo que proporcionaría las 400 u./día siempre que se tomase 1 litro, lo cual no sucede en los primeros meses.*

7.6.2.- Necesidad de suplemento:

No existen cantidades mínimas ya que depende de la síntesis cutánea.

En el lactante con L.M. y durante el 1^{er} semestre, es recomendable suplementar 10 mgr./día (400 UI.). Si es alimentado con fórmula, se debe de conocer lo que aporta ésta, y suplementar el resto.

No obstante, aportes de 400 UI. difícilmente llevarían a una situación de intoxicación, que sí podría producirse con dosis sostenidas de 1.000-1.200 UI.

A partir del 2° semestre podría prescindirse de este suplemento, pero valorando hábitos, vestidos, horas de paseo, estación, etc.

Se considera que en climas templados, exposiciones solares de 2 horas/semana (cara y manos) son suficientes para realizar una síntesis adecuada de 25 D.

8.-BIBLIOGRAFÍA.

1. **American Academy of Pediatrics. Committe on Nutrition.** "Nutrition and lactation". *Pediatrics* 1981; 68: 435-43.
2. **European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. ESPGAN.** "Guideliness on infant nutrition I. Recomendations for the compositicon of an adapted formula". *Acta Pediatric Scand* 1977; Suppl. 262: 1-20.
3. **European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. ESPGAN.** "Guideliness on infant nutrition III. Recommendations on infant nutrition". *Acta pediatric Scand* 1982. Suppl. 302: 1-27.
4. **ESPGAN.** "Guideliness on infant nutrition II. Recommendations formula and Beikost". *Acta Pediatric Scand* 1981. Suppl. 287.
5. **American Academy of Pediatrics. Committe on Nutrition.** "Breast-Feeding". *Pediatrics* 1978, 62: 59-69.
6. **American Academy of Pediatrics. Committe on Nutrition.** "Sobre la administración de alimentos suplementarios a los lactantes". *Pediatrics (Ed. esp.)* 1980; 9: 465-8.
7. **American Academy of Pediatrics. Committe on Nutrition.** "Iron supplementation for infants". *Pediatrics.* 1976; 58: 5 (765-768).
8. **Kelts And Jones** "Manual of Pediatrics Nutrition". Ed. Little Brown 1984.
9. **Tormo.** "Alimentación del Lactante a partir de los cuatro meses de vida. Fórmula de continuación. Comentarios sobre su composición. Mta. *Pediatría* 1985, 6: 4.
10. **Beaton G.** "Necesidades Nutricionales durante el primer año. Algunos conceptos y perspectivas". *Clin. Ped. Nurt.* 1985; 2: (291-306).
11. **Barness, L.** "Alimentación en el lactante: Fórmula y sólidos". *Clin. Ped. Nort.* 1985; 2: (373-382).
12. **Saamen Um. Siimes Ma.** "Iron absortion form infant milk formula and the optimal level of iron supplementation". *Acta Pediatrics. Scand.* 1977; 66: 719-722.
13. **Saamen Um.** "Needs for iron supplementation in infants on prolonged breast feeding". *Pediat.* 1978; 93: 2 (177-180).
14. **American Academy of Pediatrics. Commitee on Nutrition.** "Relationhisps between iron status and incidence of infection in infancy". *Pediatrics* 1977; 62: 2 (246-250).
15. **Woodruff C.W.** "Iron nutrition in the Breast-Fed Infant". *Pediat.* 1977; 90: 1 (36-38).
16. **Mc. Milan J. Oski, F.** "Iron absorption from human milk, simulated human milk and proprietary formulas". *Pediatrics* 1977; 60: 896-900.
17. **Wilson J. Lamey M.E.** "Studies on iron metabolism". *Pediatrics* 1974; 84: 3 (335-344).

18. **Saarnen U.M. Martti.** "Iron absorption in infants: High Bioavailability of breast milk iron as indicated by the extrinsic tag method of iron absorption and by the concentration of serum ferritin". *Pediatrics*, 1977; 91: 36-39.
19. **Rios, Hunter.** "The absorption of iron as supplements in infant cereal and infant formulas". *Pediatrics* 1975; 55: 5 (686-693).
20. **El hierro en la alimentación del lactante y del niño.** Nestle nutrition 1984.
21. **European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. ESPGAN.** "Guidelines on infant nutrition I. Recommendations for the composition of an adapted formula".
22. **European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. ESPGAN.** "Guidelines on infant nutrition III. Recommendations on infant nutrition. *Acta Paediatrica Scand* 1982 suppl. 302: 1-27.
23. **ESPGAN.** "Guidelines on infant nutrition II. Recommendations for the composition of Follow-up formula nad Beikost". *Acta Paediatrica Scand* 1981-Suppl. 287.
24. **Royal College of Midwives.** Lactancia materna. Manual para profesionales.
25. **V. Valdes, A. Pérez, M. Labbok.** (Mediterráneo). Lactancia para la madre y el niño.
26. **American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding.** 1996-1997. Lactancia materna y utilización de la leche humana.
27. **O.M.S., UNICEF.** Declaración de Innocenti "Diez pasos para una lactancia materna exitosa".
28. **Alicia Viñas.** Editorial Comares. La lactancia materna. Guía para amamantar con éxito a tu hijo.
29. **Pediatrics in review.** Vol. 18 - nº 7, Septiembre 1997. Lactancia. Actualización 1. Inmunología, nutrición y alegato.
30. **F. Savage King. UNICEF.** Cómo ayudar a las madres a amamantar.
31. **Boynton, R.W. Dunn, E.S. Stephens, G.R. SALVAT.** Manual de Pediatría ambulatoria.
32. **American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition.** Suplementos de flúor revisión de la pauta de dosificación. *Pediatrics. Ed. Esp.* 1986. 5: 335-338.
33. **American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition.** Suplementos de flúor revisión de la pauta de dosificación. *Pediatrics. Ed. Esp.* 1979. 7: 74-76.
34. **European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. ESPGAN.** "Guidelines on infant nutrition III. Recommendations for the composition of adapted formula". *Acta Paediatrica Scand; Suppl.* 302: 1-27.
35. **European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. ESPGAN.** "Guidelines on infant nutrition III. Recommendations for composition of follow up formula and beikost. *Act. Ped. Scan. Supl.* 287. 1981.
36. **González Aledo A. et al.** Contenido de flúor libre en las leches infantiles españolas. *An. Esp. Ped.* 1988. 29: 311-313.

ANEXO III

HIPOACUSIAS

Como ya ha quedado patente, un diagnóstico tardío de hipoacusia o sordera y el consiguiente retraso en el inicio de la intervención específica que el déficit auditivo requiere, influirán negativamente en el desarrollo del niño. La adaptación protésica, el estímulo de pautas comunicativas y el desarrollo lingüístico, pueden verse irreversiblemente afectadas si esto ocurre.

Por esta razón, es muy importante realizar exploraciones neonatales completas que incluyan un examen de la audición, al menos en los casos que se encuentran dentro de los grupos de alto riesgo, y que nunca se desestimen por parte de los médicos, las observaciones o sospechas de los padres en torno a la capacidad auditiva de su hijo.

En cualquier caso, será preciso consultar al médico pediatra si en el niños se observa alguna de las pautas de comportamiento señaladas a continuación:

DE 0 A 3 MESES:

- * *Ante un sonido no se observan en el niño respuestas reflejas del tipo: parpadeo, agitación, quietud, despertar.*
- * *No le tranquiliza la voz de la madre.*
- * *No reacciona al sonido de una campanilla.*
- * *Emite sonidos monocordes.*

DE 3 A 6 MESES:

- * *Se mantiene indiferente a los ruidos familiares.*
- * *No se orienta hacia la voz de la madre.*
- * *No responde con emisiones a la voz humana.*
- * *No emite sonidos guturales para llamar la atención.*
- * *No hace sonar el sonajero si se le deja al alcance de la mano.*

DE 6 A 9 MESES:

- * *No emite sílabas (pa, ma, ta, ...).*
- * *No vocaliza para llamar la atención, sino que golpea objetos cuya vibración al caer socia con la presencia de la madre.*
- * *No juega con sus vocalizaciones, repitiéndolas e imitando las del adulto.*
- * *No atiende a su nombre.*
- * *No se orienta a sonidos familiares no necesariamente fuertes.*
- * *No juega imitando gestos que acompañan cancioncillas infantiles (“los lobitos”, ...) o sonrío al reconocer éstas.*
- * *No dice “adiós” con la mano cuando se le dice esta palabra.*

DE 9 A 12 MESES:

- * *No reconoce cuando le nombran “papá” y “mamá”.*
- * *No comprende palabras familiares.*
- * *No entiende una negación.*
- * *No responde a “dame ...” si no se le hace el gesto indicativo con la mano.*

DE 12 A 18 MESES:

- * *No dice “papá” y “mamá” con contenido semántico.*
- * *No señala objetos y personas familiares cuando se le nombran.*
- * *No responde de forma distinta a sonidos diferentes.*
- * *No se entretiene emitiendo y escuchando determinados sonidos.*
- * *No nombra algunos objetos familiares.*

DE 18 A 24 MESES:

- * *No presta atención a los cuentos.*
- * *No comprende órdenes sencillas si no se acompañan de gestos indicativos.*
- * *No identifica las partes del cuerpo.*
- * *No conoce su nombre.*
- * *No hace frases de dos palabras.*

A LOS 3 AÑOS:

- * *No se le entienden las palabras que dice.*
- * *No repite frases.*
- * *No contesta a preguntas sencillas.*

A LOS 4 AÑOS:

- * *No sabe contar lo que le pasa.*
- * *No es capaz de mantener una conversación sencilla.*

A LOS 5 AÑOS:

- * *No conversa con otros niños.*
- * *No manifiesta un lenguaje maduro ni lo emplea eficazmente y sólo le entiende su familia.*

Asimismo, se recomienda la consulta, en caso de que se trate de un niño muy tranquilo que no se altera con nada, ni le sorprenden los ruidos fuertes; que no se orienta hacia sonidos familiares, no necesariamente fuertes; no comprende palabras familiares; carece de lenguaje, éste cesa o evoluciona lentamente para su edad; padece frecuentes catarros, otitis o enfermedades alérgicas; o bien, si el niño se muestra distraído y retrasado en sus aprendizajes escolares.

(FIAPAS.- Federación española de padres y amigos de los sordos)

1.-DETECCIÓN DE HIPOACUSIAS EN EL LACTANTE.

El protocolo para la detección precoz de posibles hipoacusias constará, en primer lugar, de una selección de grupos de riesgo y, en segundo, utilización de métodos de fácil alcance y sencillos de realizar por Screening a toda la población infantil. Se considerarán grupos de alto riesgo a:

- 1.1.-Recién nacidos que presenten historia de hipoacusias infantiles hereditarias.*
- 1.2.-Recién nacidos que hayan padecido infecciones fetales no bacterianas, rubéola, citomegalovirus, etc.*
- 1.3.-Recién nacidos que presenten cualquier alteración anatómica facial, labio leporino, etc.*
- 1.4.-Recién nacidos que presentan cifras altas de bilirrubina, en los primeros días.*
- 1.5.-Recién nacidos de menos de 1.500 gr. de peso al nacer.*
- 1.6.-Niños que han sufrido meningitis en el período neonatal.*

Todos estos niños deberán ser estudiados por GTL, por el método de Potenciales evocados de troncocerebral.

Metodología seguida para Screening de niños entre el nacimiento y los 2 años de edad. Deberá constar de 3 instrumentos sonoros distintos:

- A) Uno de alta frecuencia (puede ser una campana, golpes de una cuchara a un vaso, ...)*
- B) Uno de la baja frecuencia (un muñeco que golpee o suene al apretarlo).*
- C) Un objeto con sonido débil (sonajero o cascabel).*

El niño se sentará en brazos de la madre, tranquilo, una persona delante de él lo distraerá con algún objeto, el realizador del test se situará detrás del niño de forma que no sea visto y hará sonar los instrumentos dirigiendo el sonido primero hacia un oído y después hacia el otro. Las respuestas deberán ser:

- 1) De 0 a 6 semanas: Ensancha los ojos, parpadea, se agita o despierta cuando está dormido.*
- 2) De 6 semanas a 4 meses: Las respuestas anteriores y un rudimentario giro de cabeza hacia el sonido.*
- 3) De 4 a 7 meses: Girará la cabeza en un plano lateral hacia el sonido. Actitud de escucha o atención.*
- 4) De 7 a 9 meses: Lo mismo que el anterior pero empieza a localizar sonidos por abajo.*
- 5) De 9 a 13 meses: Localiza directamente los sonidos por debajo y por los lados indirectamente por arriba.*
- 6) De 13 a 16 meses: Localiza directamente los sonidos por los lados, por debajo y por arriba.*
- 7) De 6 a 24 meses: Igual al anterior.*

Este método nos orientará hacia el tipo de pérdida que hay según a qué tipos de sonidos no respondió y también si es unilateral.

Todos los niños de más de cuatro meses que sigan lo dicho anteriormente, no respondan a dos sonidos o los lactantes de 5-6 meses que no sean capaces de localizar la fuente de sonido, deberán ser remitidos a estudio ORL.

También deberá hacerse un estudio de audición lo más precoz posible. Cuando el niño no empieza a sustituir los primeros sonidos por palabras inteligibles a los 18 meses o cuando hacia los 2 años no los empiecen a reemplazar por lenguaje comprensible.

Dado que, en general, el diagnóstico de hipoacusia se realiza más allá de los 2 años de vida, algunos grupos de trabajo y algunas instituciones como la AAP, Joint committee of infant hearing y el programa Brigh futures, han propuesto el cribado sistemático y universal de todos los recién nacidos. Este cribado se realiza mediante la técnica de otoemisiones acústicas en los primeros días de vida, antes de darle el alta de la Maternidad.

Esta metodología permitiría una detección precoz de niños con sordera neurosensorial y, sobre todo, una derivación temprana a un servicio de atención temprana para niños con sordera prelocutiva. Todos los expertos subrayan la importancia del diagnóstico y del tratamiento precoces, no después del 6º mes de vida. La detección y el tratamiento oportunos mejoran el pronóstico de estos niños.

Otros grupos, sin embargo, adoptan una posición más conservadora, indicando las OEA en recién nacidos con factores de riesgo de hipoacusia. Ello supone actuar sobre un 4-5% de todos los niños. No obstante, con esta estrategia no se diagnosticarían un 50% de los niños que, finalmente, serán diagnosticados de sordera o de hipoacusia severa.

También se ha criticado la oportunidad de poner en marcha pruebas de cribado para el diagnóstico precoz de una patología, para la que nuestro sistema sanitario todavía dispone de muy escasos centros adecuados para su tratamiento precoz.

Otras críticas han surgido debido al número elevado de falsos positivos y al coste global del programa. Si bien, los equipos de última generación ofrecen un valor predictivo de calidad razonable.

Este comentario no pretende ofrecer una solución definitiva a un problema todavía polémico y con múltiples interrogantes, ni tampoco hacer una recomendación de cribado auditivo con OEA sino, tan sólo, resaltar el debate que, actualmente, se está produciendo sobre esta cuestión.

2.-BIBLIOGRAFÍA.

1. **J. Delgado Domínguez.** Actividades a realizar preferentemente en el escolar. *Pediatría Integral* 1999 (nº especial 2): (67-69).
2. **Joint committee on infant hearing.** Informe sobre la posición en 1994 del JCIH. *Pediatrics (ed esp)* 1995; 39 (1).
3. **Mehl AL, Thomson V.** Newborn hearing screening: The great omission. *Pediatrics* 1998 4An; 101 (1); E4. URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/101/e4>.
4. **Yosinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL.** Language of early and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics* 1998; 102 (5): 1161-71.
5. **Vohr BR, Carty LM, Moore PE, Letonneau K.** The Rhode Island hearing assesment programm: experience with statewide hearing screening (1993-1996): *Pediatrics* 1998; 133 (3): 353-7.
6. **Stevens JC, Hall DM, Davis A, Davies CM, Dixon S.** The cost of early hering screening in England and Wales. *Arch Dis Child* 1998; 78 (1) 14-19.

ANEXO IV

EXAMEN OCULAR

Recursos materiales:

- Una linterna.
- Un Oftalmoscopio.
- Una lupa.

1.-INSPECCIÓN.

- * *Párpados y sus movimientos.*
- * *Tamaño, posición y alineamiento de los ojos.*
- * *Tamaño y brillo de las córneas, cámara anterior, configuración del iris y la posición y reacción a un estímulo luminoso de las pupilas.*

Con el oftalmoscopio haremos un estudio del fondo de ojo (a ser posible con dilatación pupilar).

Con este examen podemos detectar cualquier opacidad corneal, cristalina o del humor vítreo, así como las alteraciones del ojo.

Aproximadamente, el 80% de los niños al nacer, son hipermétropes, un 5% miopes y un 15% emétropes.

La hipermetropía permanece estable o disminuye gradualmente hasta los 18-20 años. La Miopía suele desarrollarse entre los 6-9 años de edad y aumenta durante la adolescencia.

El astigmatismo es congénito y permanece casi constante durante toda la vida.

2.-POSICIÓN DE LOS OJOS.

Durante los tres primeros meses, los movimientos oculares suelen ser incoordinados.

A partir del sexto mes, los reflejos binoculares ya están bien desarrollados y debe de investigarse cualquier desviación que aparezca después de esta edad.

3.-ENFERMEDADES OCULARES MÁS FRECUENTES EN EL NIÑOS.

- *Secreción mucopurulenta conjuntival.*
- *Opacidades corneales.*
- *Leucocorias.*
- *Trastornos de la motilidad.*

3.1.-SECRECIÓN MUCOPURULENTA CONJUNTIVAL:

- *Conjuntivitis química*
- *Conjuntivitis gonocócica*
- *Conjuntivitis bacteriana*
- *Conjuntivitis Inclusión*
- *Herpes simple*

3.2.-OPACIDADES CORNEALES:

La causa más frecuente es el Glaucoma Congénito.

a) *Glaucoma congénito primario. Signos:*

- *Epífora (que no se presentará en niños menores de 3 m. al no poseer secreción lagrimal)*
- *Fotofobia*
- *Opacidad corneal*
- *Agrandamiento corneal (2-3 años de vida)*

b) *Tumores dermoides límbicos.*

c) *Traumatismos obstétricos.*

d) *Metabolopatías.*

e) *Postinflamatorias (Lúes, rubéola, herpes simple).*

f) *Leucocorias (pupila blanca).*

g) *Cataratas.*

h) *Retinoblastoma.*

i) *Fibroplasia retrolental.*

3.3.-TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD:

A partir del sexto mes, cualquier alteración de la motilidad debe de ser estudiada.

a) *Pseudostrabismo: Son aquellos en que los ojos están perfectamente alineados, pero existe la falsa impresión de que están desviados. EL EPICANTO es el más frecuente, que consiste en un repliegue prominente vertical de la piel a nivel de las hendiduras palpebrales internas, que obstaculiza la visión de parte de la esclerótica nasal y produce una “pseudoesotropía”, especialmente en las miradas laterales.*

b) *Esotropía congénita: Que aparece poco después del nacimiento.*

Diagnóstico: *Momento de su aparición*

Fijación cruzada en la mirada hacia fuera

Nistagnus: *Movimientos involuntarios repetidos, oscilatorios y rítmicos de uno o de ambos ojos.*

4.-ESTRABISMOS.

Constituye una pérdida del equilibrio óculo-motor. De origen congénito o adquirido. Provoca un ángulo de desviación entre el eje visual de un ojo y el otro cuando fijan un objeto a cualquier distancia del espacio, y así dicho objeto no estimula áreas filológicamente correspondientes.

Pueden ser paralíticos y no paralíticos.

Clínica: *Visión doble.*

Confusión y diplopía, que esto lleva a una disminución de la agudeza visual de un ojo.

Ambliopía.

Sintomatología motora:

- 1) *Desviación de los ejes oculares*
- 2) *Incapacidad de movimiento del globo ocular hacia alguna zona (paralíticos)*
- 3) *Tortícolis compensadora de la desviación muy frecuente en la paralítica*
- 4) *En la parálisis el ángulo de desviación es más grande cuando el ojo que mira es el paralítico*

Sintomatología sensorial:

- 1) *Diplopía*
- 2) *Confusión (casi nunca perceptible)*
- 3) *Supresión (inhibe un ojo: ambliopía)*
- 4) *Correspondencia retiniana anómala con la evolución*

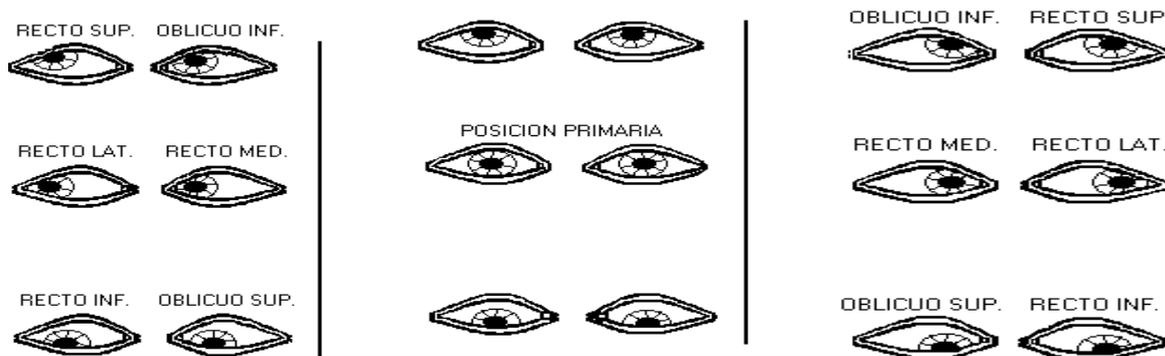
Diagnóstico:

Motor: Demostrando el ángulo de desviación mediante el test de la oclusión de un ojo: Cover test.

Exploración de la motilidad, estudiando las nueve posiciones de diagnóstico.

5.-POSICIONES DE DIAGNÓSTICO DEL APARATO MOTOR.

Los músculos explorados en cada posición son los señalados en el gráfico



Diagnóstico:

*Sensorial: Toma de agudeza visual (ambliopía)
Estudio de la correspondencia retiniana (oftalmólogo)
Estudio de la diplopía (donde es máxima y mínima)*

Criterios de diagnóstico:

De la parálisis

Diplopía	Estrabismo	Restricción del movimiento
<i>Posición donde es máxima</i>	<i>Distinta desviación con cada ojo</i>	<i>En el campo del músculo afectado</i>

- 1) *Presencia de un estrabismo (Cover test).*
- 2) *Presencia de una diplopía que aumenta en una de las 9 posiciones de diagnóstico.*
- 3) *La presencia de la restricción del movimiento en una dirección provocada por la parálisis.*

Remitir siempre al oftalmólogo

6.- AMBLIOPÍA.

Disminución de la agudeza visual, sin lesión orgánica apreciable o desproporcionada al grado de la misma.

- Clases de AMBLIOPÍA:
- 1) *A. Estrábica*
 - 2) *A. Ex-anopsia (o de defecto de uso)*
 - 3) *A. por Anisometropía*
 - 4) *A. Ametrópica*
 - 5) *A. Motora*
 - 6) *A. por lesión orgánica (funcional)*

7.-PROTOCOLO OFTALMOLÓGICO EN EL RECIÉN NACIDO.

A los 15 días de vida:

Descartar opacidades corneales, mirando transparencia de cámara anterior y posterior. (Oftalmoscopio).

A los 2 meses:

*Descartar opacidades corneales.
Explorar el seguimiento uniforme de objetos.
Reflejo fotomotor con la iluminación binocular.
Descartar obstrucción conductos lagrimales. (Las lágrimas aparecen a partir de los 2-3 meses de vida).*

A los 3-4 meses:

Debe de seguir los objetos con la mirada. Debe de mirar fijamente.

Colocar un objeto brillante a unos 30 cms. de los ojos del niño, moviéndolo, para comprobar su seguimiento.

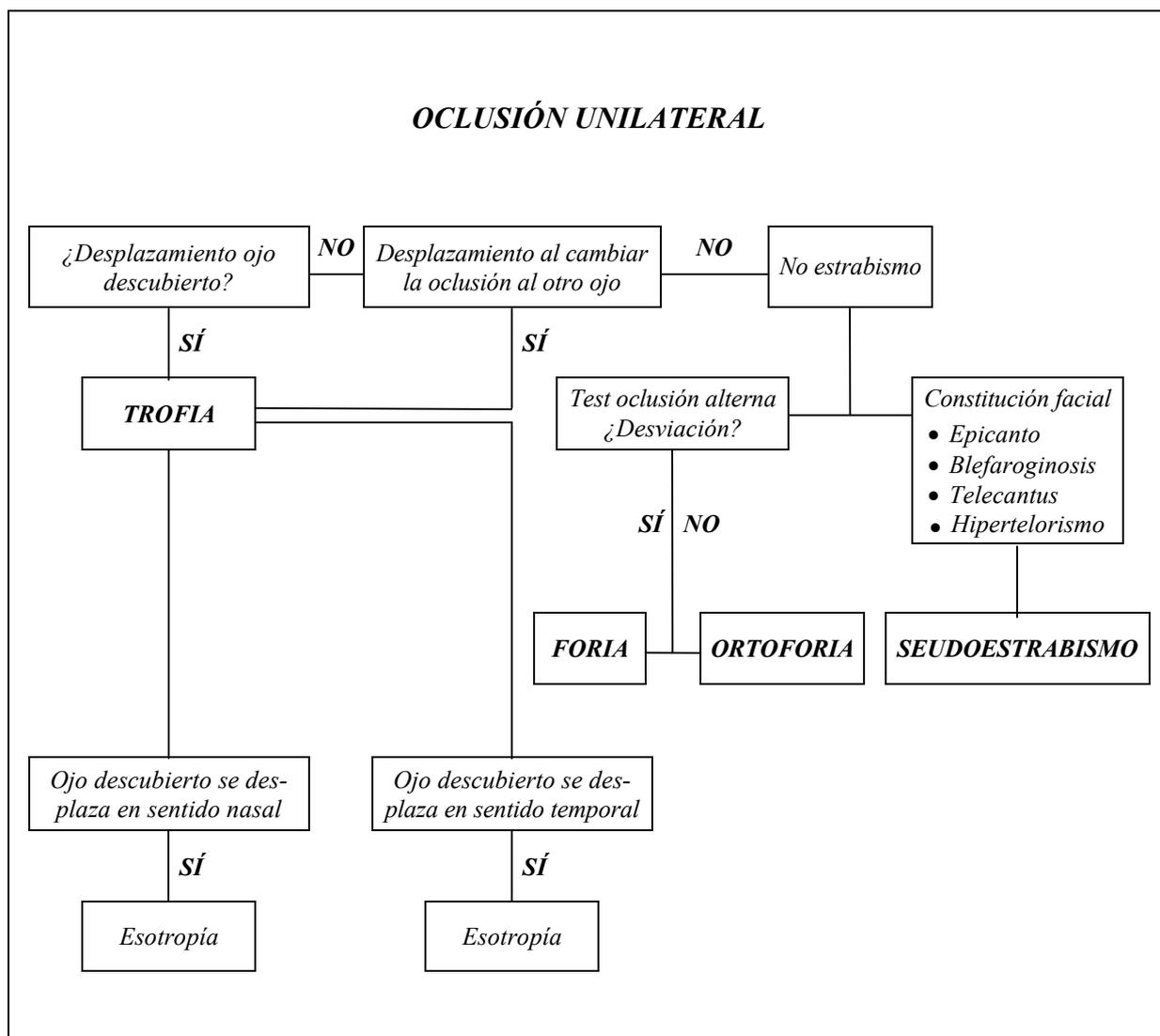
A los 6 meses:

Comprobar alineación binocular y movilidad extrínseca.

Comprobar que ambos ojos siguen simultáneamente los objetos.

A partir del sexto mes, valorar estrabismo.

A partir de los 2 años, si el niño colabora, valorar posibles estrabismos con la realización del COVER TEST.



ANEXO V

TABLA DE DESARROLLO PSICOMOTOR (ESTUDI LLEVANT)

1.-PRÓLOGO.

El departamento de Sanidad tiene como uno de sus objetivos básicos la reforma de la Asistencia Primaria y el cambio de práctica sanitaria con la integración progresiva de los aspectos preventivos y de promoción de la salud en las tareas asistenciales.

Uno de los aspectos importantes en el desarrollo global de la infancia es el desarrollo psicomotor. La detección, lo más pronto posible, de una alteración o retraso respecto a la normalidad, antes de que se cronifique, o sea irreversible, es la base del éxito de un tratamiento en este campo.

La valoración seriada del desarrollo psicomotor y de los trastornos del lenguaje mediante el uso de tests validados, permite detectar, lo más pronto posible, una alteración y establecer un diagnóstico e intentar un tratamiento capaz de mejorar la evolución y el pronóstico (Denver, Haizea y Llevant).

La tabla de desarrollo que presentamos es la adaptación en parte de los resultados del “Studi LLevant”, este estudio fue financiado por el Departamento hace unos años. El objetivo es el de desarrollo psicomotor del niño y orientarlo sobre posibles alteraciones; por tanto, de su aplicación no se han de pretender finalidades diagnósticas ni mucho menos pronósticas.

Es evidente que la aplicación de esta tabla será útil en la medida en que se complemente con el buen criterio profesional del pediatra que la aplique. Una normalidad absoluta no garantizará un desarrollo normal en el futuro, así como la presencia de pequeñas alteraciones tampoco determinará más adelante la existencia de un déficit intelectual.

La detección de anomalías debe seguirse de un estudio completo de las posibles causas y de su derivación a centros de rehabilitación.

La derivación debe hacerse lo antes posible en los siguientes casos:

- ◆ *Malformaciones del tubo neural.*
- ◆ *Encefalopatía hipóxico-isquémica de grado II y III Infecciones neonatales del S.N.C.*
- ◆ *Síndrome de Down.*
- ◆ *Artrogriposis.*
- ◆ *Otros síndromes que cursen con retraso mental susceptible de rehabilitación.*
- ◆ *Recién nacidos con peso al nacer inferior a los 1.500 grs.*

La periodicidad se ajustará a las posibilidades de cada equipo, aconsejando que se realice en todas las visitas hasta los 2 años de edad.

Espero sinceramente que este nuevo instrumento, en manos del personal sanitario, pueda contribuir a la mejora de la salud de los niños de Cataluña.

*Junio de 1988
Josep Laporte i Salas*

2.-OBJETIVOS.

Esta tabla es un instrumento para detectar precozmente una posible desviación en el desarrollo psicomotor del niño menor de dos años ampliada en algunos elementos hasta los 4 años. No proporciona un diagnóstico sindrómico, ni mucho menos etiológico.

Esta constituido por:

A) Elementos (items) del desarrollo normal del niño representados en forma de barras horizontales. Estas además de su enumeración indican (Fig. 1):

- Las edades en que los ejecutan al 50%, 75% y 95% de los niños de nuestra población (según datos del "estudio levante").*
- La importancia de cada ítem es variable y se representa mediante estrellas (*, ** ó ***)*

B) Signos de "alerta" (color salmón), la presencia de los cuales, a partir del momento señalado en el gráfico es sospechosa de anormalidad.

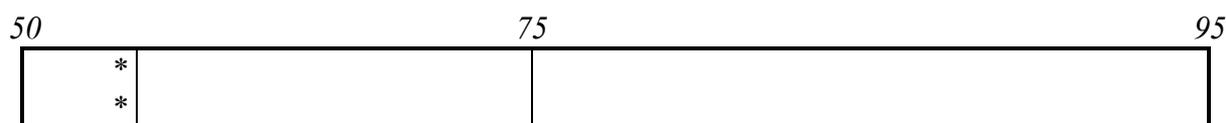


Figura 1

3.-APLICACIÓN.

La tabla se ha de aplicar cuando el niño está en buenas condiciones físicas y no tenga hambre ni sueño.

El examinador habrá de intentar establecer una buena relación con el niño, dejando el tiempo necesario para que este se adapte a la situación tratando de intimar con él a través del juego, del dibujo, etc. Toda la aplicación se le habrá de plantear como un juego.

3.1.-SUGERENCIAS PARA EL ORDEN DE APLICACIÓN:

Se recomienda seguir el orden siguiente, si bien el examinador es libre de adoptar el que, por la experiencia le parezca más práctico.

Trazar una raya vertical correspondiente a la edad cronológica del niño (corregida en el caso de un niño prematuro) y preguntar a la madre si el niño realiza los items cruzados por la raya, o bien los situados a la izquierda, según la impresión que el niño le haya hecho al examinador.

Comprobar las respuestas siguiendo un orden de izquierda a derecha y de arriba a abajo, primero con el niño en brazos de su madre.

Valorar los items de tipo postural con el niño en decúbito (prono y supino), sentado y de pie.

Valorar los signos de alerta según el examen físico y conducta del niño durante la exploración.

Ver si supera:

- 1) *Los elementos situados a la izquierda de la línea.*
- 2) *Los que ésta atraviesa por su porción rayado, sumar las estrellas de los ítems "fallados" situados a la izquierda de la línea y la mitad de las estrellas de los ítems que atraviesa la línea por la zona rayada y también "fallados". Si su valor es superior o igual a (*****) o en un área superior o igual a (***) se considerará una situación de "niño de riesgo". También lo será si presenta alguna de las características indicadas como signo "de alerta".*

Ha de tenerse en cuenta que la aplicación de esta tabla no ha de ser rígida. Es orientativa. Múltiples circunstancias aconsejarán establecer una medida diagnóstica, a pesar de los datos obtenidos en aplicar la tabla y viceversa.

4.-ABREVIACIONES.

ADM= Manera de administrar el elemento.

RP= Respuesta positiva.

Los ítems son agrupados por áreas y ordenados de más precoz a tardío. Las cifras que acompañan cada descripción corresponden a las edades (en meses) que lo hacen el 50%, 75% y 95% de los niños de nuestra población. Asimismo también se señala por cada ítem la valoración en () que hay que darle.*

4.1.-MATERIAL NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS:

Sonajero de colores vistosos. Papel, bolígrafo, lápiz, etc. Juguetes, coche, muñecos, figuras, etc. Dibujos de objetos de uso común. Paño de tela, cubo de 3x3x3 cm, como mínimo seis. Juegos de encajar. Pelota, vaso.

SOCIABILIDAD

1	* *	REACCIONA A LA VOZ	1; 1.2; 3,1
----------	--------	---------------------------	--------------------

ADM Se dicen palabras suavemente a unos 20 cms. por detrás del niño, procurando que el aliento del examinador no le llegue.

RP Si para su actividad, parpadea, cambia el ritmo respiratorio, etc....

2	* *	SONRISA DISCRIMINATIVA A LA MADRE	1.2; 1.9; 3
----------	--------	--	--------------------

ADM

RP Si el niño sonríe fijando la mirada en la madre al sentir su voz o cuando ella sonríe o hace algún gesto (sin que lo toque).

3	*	RECONOCE EL BIBERÓN	1.8; 2.9; 4.8
----------	---	----------------------------	----------------------

ADM

RP Si se tranquiliza, se excita o abre espontáneamente la boca ante la presencia del biberón porque está hambriento.

4	*	MIRA SUS MANOS	2.2; 3; 4.5
----------	---	-----------------------	--------------------

ADM

RP Si lleva una o las dos manos ante su ojos y las mira atentamente.

5	*	SIGUE CON LA MIRADA HACIA ABAJO	2.5; 3.2; 5.5
----------	---	--	----------------------

ADM El niño estará en decúbito supino o sentado en la falda de su madre. Se sitúa delante de él (a unos 30 cm. aproximadamente) un objeto llamativo desplazándolo 90 grados hacia arriba y después hacia abajo hasta su posición original.

RP Si sigue su recorrido más de 60 grados.

6	* * *	SIGUE CON LA MIRADA 180°	3.3; 4; 5.5
---	-------------	---------------------------------	-------------

ADM Como en apartado anterior.

RP Si sigue el objeto con la cabeza y los ojos, 180 grados en línea horizontal, de un lado a otro.

7	*	BUSCA EL OBJETO CAÍDO	5.8; 6.8; 7.8
---	---	------------------------------	---------------

ADM Sentado en los brazos de su madre, se atrae su atención con un objeto llamativo. Cuando le está mirando se deja caer el objeto fuera de su campo visual. El examinador no moverá la mano ni el brazo, sino es para dejar el objeto.

RP Si lo busca.

8	*	COME UNA GALLETA	5.6; 7.1; 7.9
---	---	-------------------------	---------------

NOTA: El objetivo de esta prueba (teniendo en cuenta la edad de introducción del gluten) no es comprobar si lo hace habitualmente, sino si es capaz de llevar a cabo esta acción.

ADM Se le pide a la madre que dé una galleta o se le pide información al respecto.

RP Si retiene una galleta o cualquier alimento en la mano, llevándoselo a la boca y comiéndoselo.

9	*	JUEGA AL ESCONDITE	6.7; 7.8; 12.2
---	---	---------------------------	----------------

ADM El examinador hace un pequeño agujero en una hoja de papel. Cuando el niño le esté mirando aquel esconderá la cara detrás de la hoja dos veces, dirá "hola" y mirará a través del agujero si el niño espera que vuelva a salir.

RP Si mira hacia la dirección por donde la cabeza del examinador había aparecido previamente.

10	* *	BUSCA EL OBJETO DESAPARECIDO	7.3; 8.4; 10.5
----	--------	-------------------------------------	----------------

ADM Se sienta el niño delante de la mesa. Se llama su atención hacia un coche u otro juguete situado sobre la mesa, a unos 13-15 cms. de él. Cuando está a punto de cogerlo se cubre el juguete con un paño.

RP Si de manera rápida lo destapa mirando el objeto desconocido y cogiéndolo. No es válido si sólo toca el pañuelo, aunque al tocarlo descubra el juguete.

11	* *	IMITA GESTOS SENCILLOS	9.2; 11; 13
-----------	--------	-------------------------------	--------------------

ADM ADM.- Intentar que haga palmaditas que diga adiós con las manos, que mueva las manos haciendo los cinco lobitos. No tocar sus manos o brazos.

RP Si lo hace.

12	* *	AYUDA CUANDO LE VISTEN	8.2; 13; 16
-----------	--------	-------------------------------	--------------------

ADM

RP Si el niño ayuda cuando le visten (llevando el brazo hacia la manga, estirando el jersey para pasar la cabeza, etc.).

13	* *	SE LLEVA UN VASO A LA BOCA	12; 13.8; 17.6
-----------	--------	-----------------------------------	-----------------------

ADM

RP Si el niño lleva hacia la boca el vaso que se le da y bebe, aunque caiga una poco de líquido. Se puede pedir información a la madre.

14	*	IMITA LAS TAREAS DE CASA	14; 15.6; 18.5
-----------	---	---------------------------------	-----------------------

ADM Preguntar a la madre si el niño imita las faenas de casa, como por ejemplo limpiar el polvo, barrer, etc...

RP Si la madre puede decir como mínimo un ejemplo de las faenas que el niño imita.

15	*	COME CON CUCHARA	14; 16; 21
-----------	---	-------------------------	-------------------

ADM Preguntar a la madre si puede llevarse la cuchara a la boca, comiendo sólo, como mínimo, las primera cucharadas.

RP Mantiene la cuchara por el mango y la lleva a la boca, sin que se le caiga mucho alimento.

16	*	AYUDA A RECOGER LOS JUGUETES	16; 21; 26
-----------	---	-------------------------------------	-------------------

ADM Preguntar a la madre si ayuda a recoger los juguetes.

RP Si ayuda a recoger los objetos que se han utilizado en su exploración.

17	*	DA DE COMER A LOS MUÑECOS	18; 26; 30
-----------	----------	----------------------------------	-------------------

ADM Preguntar a la madre si en su casa juega a dar de comer a los muñecos.

RP Si lo hace dirigiendo la mano con alimentos, o la cuchara, a la boca de un muñeco.

18	* *	CUMPLE DOS ORDENES	19; 22; 25
-----------	----------------------	---------------------------	-------------------

ADM Con el material de que se dispone, se pide al niño que realice dos órdenes o más seguidas (por ejemplo: "dame un cubo" "pon las tijeras dentro de la caja" "apaga la luz" "abre la puerta", etc.).

RP Si de tres órdenes simples, realiza como mínimo dos.

19	*	SE PONE ROPA	22; 30; 38
-----------	----------	---------------------	-------------------

ADM Preguntar si participa de forma activa en el momento de vestirlo.

RP Si se puede poner sólo algunas piezas de ropa aunque no se las abroche bien.

20	* *	CONTROLA ESFÍNTERES DE DÍA	30; 36; 42
-----------	----------------------	-----------------------------------	-------------------

ADM Preguntar si de día el niño pide ir al W.C.

RP Tanto si lo pide verbalmente, con mímica o por gestos.

LENGUAJE

1	* *	ESTA ATENTO A LAS CONVERSACIONES	1.9; 2.3; 4.8
----------	--------	---	----------------------

ADM Preguntar a los padres si cuando está tranquilo en una habitación, y hay personas hablando, regularmente los mira. *RP* Si lo hace.

2	*	SE RÍE A CARCAJADAS	3; 4; 5.5
----------	---	----------------------------	------------------

ADM Durante el examen observar si el niño se ríe a carcajadas o preguntarlo a los padres. *RP* Si ríe fuerte (risotadas) sin necesidad de hacerle cosquillas. No obstante esto, es válido un estímulo social (gestos, sonidos,...).

3	* *	BALBUCEA	5.6.; 6.2; 7.8
----------	--------	-----------------	-----------------------

ADM Durante el examen observar si emite alguna sílaba con consonante (ma / da / la / pa). *RP* Si lo hace.

4	* *	MAMA O PAPA NO ESPECIFICO	7.6; 8.8; 9.6
----------	--------	----------------------------------	----------------------

ADM Durante el examen, observar si el niño dice "mama" "papa" en un momento dado. No es necesario que lo asocie a los padres. *RP* Si lo hace.

5	* *	COMPRENDE UNA PROHIBICIÓN	8.3; 10.4; 13.8
----------	--------	----------------------------------	------------------------

ADM *RP* Se para ante una orden emitida en un tono de voz habitual, por ejemplo "no, no" "no te llesves esto a la boca" etc...

6	* *	CONOCE SU NOMBRE	8.8; 10.5; 12
----------	--------	-------------------------	----------------------

ADM Decir cinco o seis palabras diferentes y entre estas palabras el nombre del niño pronunciado con el mismo tono que las otras palabras.

RP Si pone atención a su nombre.

7	*	COMPRENDE EL SIGNIFICADO DE ALGUNAS PALABRAS	10.1; 11.3; 13.5
----------	---	---	-------------------------

ADM Sin hacer gestos el examinador dirá papá, mamá, adiós, etc.

RP Si observa claramente una asociación entre el nombre y persona y objeto nombrado.

8	* *	OBEDECE UNA ORDEN POR GESTOS	10.5; 14.1; 18.2
----------	--------	-------------------------------------	-------------------------

ADM

RP Comprende gestos sin acompañarlos con palabras. Por ejemplo, de negación con la cabeza, de amenaza con las manos, etc.

NOTA: No es valida una respuesta inespecífica como de atención, extrañeza, miedo.

9	* * *	PAPA O MAMA ESPECÍFICOS	11.5; 13; 16
----------	-------------	--------------------------------	---------------------

ADM Observar si el niño llama "papá" a su padre o "mamá" a su madre durante el examen. Si dice "niños" o alguna otra palabra parecida también se valorará como positivo.

RP Si lo hace.

10	* *	UTILIZA LA PALABRA "NO"	17; 20; 24
-----------	--------	--------------------------------	-------------------

ADM

RP Si la madre explica que lo hace habitualmente.

11	* *	SEÑALA UNA PARTE DE SU CUERPO	17; 21; 24
-----------	--------	--------------------------------------	-------------------

ADM Se le pide que señale una parte de su cuerpo (nariz, boca, mano, etc...).

RP

12	* *	RECONOCE Y NOMBRA UN OBJETO DIBUJADO	19; 22; 25
-----------	--------	---	-------------------

ADM Se le muestra una lámina con dibujos de objetos comunes. *RP* Es capaz de nombrar como mínimo uno.

13	* *	UNE DOS PALABRAS	21; 23; 25
-----------	--------	-------------------------	-------------------

ADM Se le pregunta a la madre si une dos palabras con significado o bien si dice palabras aisladas. *RP* Se aceptan palabras "deformadas" pero con significado claro (por ejemplo: "niña apa" por "niña guapa" "mia ten" por "mira tren" etc.).

14	* *	CONSTRUYE FRASES UTILIZANDO VERBOS	36; 42; 48
-----------	--------	---	-------------------

ADM Se le pregunta a la madre si hace frases de tres o más palabras con aparición de un verbo. *RP* Como en el apartado anterior se aceptan palabras deformadas pero con significado claro (ejem. "tache ta allá" por "el coche está allá" etc.).

15	*	UTILIZA PRONOMBRES	22; 23; 36
-----------	---	---------------------------	-------------------

ADM *RP* Cuando habla de él mismo ha de ser capaz de usar la primera persona (yo, mi, para mi, etc...) y no usar su propio nombre para llamarse. Usa con frecuencia el tú, el nosotros, etc.

16	* *	DICE SU NOMBRE Y PRIMER APELLIDO	30; 36; 48
-----------	--------	---	-------------------

ADM Se le pide al niño que nos diga cómo se llama. *RP* Si dice su nombre y apellido.

MANIPULACIÓN

1	* *	JUNTA LAS MANOS	2.2; 3.2; 4
----------	--------	------------------------	--------------------

ADM Observar si el niño toca o junta las manos en la línea central (vertical) de su cuerpo. No es válido si eso sólo pasa cuando el niño es mecido y junta las manos por fuerza.

RP Si lo hace.

NOTA: Una marcada asimetría es signo de alerta.

2	* *	DIRIGE LA MANO AL OBJETO	4.2; 4.8; 5.8
----------	--------	---------------------------------	----------------------

ADM Se sitúa al niño en la falda de su madre con los codos al nivel de la mesa para que pueda colocar fácilmente las manos en ésta. Poner encima de la mesa (en el radio de acción de sus manos) un juguete fácil de coger e incitarlo con palabras o gestos a hacerlo.

RP Si dirige la mano hacia el objeto, aunque no llegue a cogerlo.

3	* * *	CAMBIA LOS OBJETOS DE MANO	5.5; 6.3; 8
----------	-------------	-----------------------------------	--------------------

ADM Ver si el niño pasa un objeto de una mano a otra. Se le puede incitar a hacerlo.

RP Si lo hace sin utilizar la boca, el cuerpo o la mesa.

4	* *	SE QUITA EL PAÑUELO DE LA CARA	5.7; 6.4; 7.5
----------	--------	---------------------------------------	----------------------

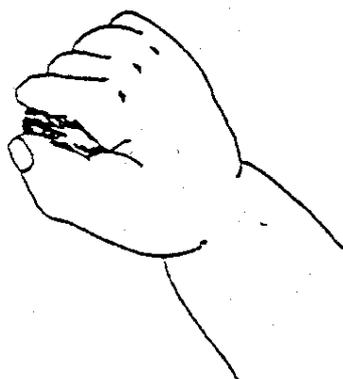
ADM Tendido hacia arriba, se le tapa la cara con un pañuelo. **ATENCIÓN:** El uso de sólo una mano o una marcada asimetría es signo de alerta.

RP Si se quita con una mano o las dos, el pañuelo con que se le ha tapado la cara.

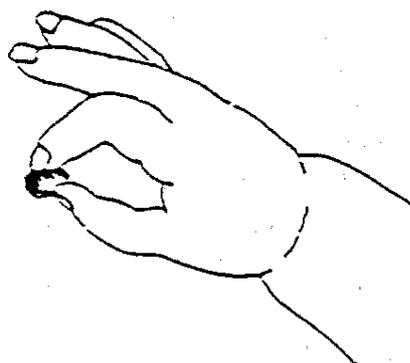
5	* *	PINZA INFERIOR	7; 8; 10
---	--------	-----------------------	----------

ADM Situamos al niño sentado en la falda de su madre o en una silla de manera que pueda colocar fácilmente las manos sobre la mesa. Dejar caer un objeto pequeño directamente delante del niño y a su alcance. El examinador puede señalarlo o tocarlo para atraer su atención.

RP Coge el objeto entre las falanges de los dedos índice y pulgar (sin oposición de estos). (Fig. 2 A).



A



B

Figura 2. Pinza inferior (A) Pinza superior (B)

6	* *	PINZA SUPERIOR	8.5; 11.5; 13.5
---	--------	-----------------------	-----------------

ADM Como en el apartado anterior.

RP Si el niño coge el objeto oponiendo la yema del índice y del pulgar (coge migas) (Fig. 2 B).

7	*	APUNTA CON EL ÍNDICE	13; 15; 22
---	---	-----------------------------	------------

ADM

RP Utiliza el índice para señalar.

8	*	HACE GARABATOS ESPONTÁNEAMENTE	13; 15; 22
---	---	---------------------------------------	------------

ADM El examinador coloca un papel y un bolígrafo sobre la mesa de manera que el niño pueda cogerlo fácilmente. Puede poner el bolígrafo en su mano, pero no enseñarle cómo hacer los garabatos.

RP Consigue hacer dos o más garabatos en el papel. La manera de sujetar el bolígrafo no tiene importancia.

9	*	PASA PÁGINAS DE UN LIBRO	13; 16; 21
----------	---	---------------------------------	-------------------

ADM

RP Si es capaz de pasar por sí solo tres o más páginas de un libro. No importa que pase más de una a la vez.

10	* *	HACE UNA TORRE DE DOS CUBOS	15; 16.8; 21
-----------	--------	------------------------------------	---------------------

ADM Se ponen diversos cubos delante del niño. El examinador le enseña cómo construir una torre de dos cubos. Después le pone un cubo delante suyo, le indica que lo haga él. Al mismo tiempo le da otro cubo diciéndole: "mira hemos hecho una torre. Ahora haz tú también una torre". Se puede intentar hacerlo varias veces.

RP La torre ha de ser estable, se ha de aguantar sola, sin que el niño la toque.

11	* *	TAPA UN BOLÍGRAFO	16; 20; 24
-----------	--------	--------------------------	-------------------

ADM

RP Si puede colocar la tapa de un bolígrafo.

12	* *	HACE UNA TORRE DE 4 CUBOS	17; 20; 24
-----------	--------	----------------------------------	-------------------

Como en el apartado "hace una torre de 2 cubos".

13	*	HACE UN PUENTE DE TRES CUBOS	32; 38; 44
-----------	---	-------------------------------------	-------------------

ADM El examinador hace un puente con tres cubos y una sola mano, para que el niño vea el procedimiento. Se muestra cómo por debajo del puente puede pasar un lápiz, haciendo ver que es un tren. Se deshace el puente y se pide al niño que lo haga. Se puede repetir varias veces.

RP Si hay un espacio entre los dos cubos de la base, aunque estén puestos de forma irregular o torcida.

14	*	ENCAJA FIGURAS	30; 36; 42
-----------	----------	-----------------------	-------------------

ADM Se le pide al niño que coloque bien las tres piezas (cuadrado, triángulo y círculo) después de una demostración. Se pueden permitir tres intentos.

RP Si después de los tres intentos coloca bien las tres piezas. Si las piezas están mal colocadas, se puede ayudar al niño a encajar los ángulos.

15	*	IMITA UNA RAYA VERTICAL	25; 30; 38
-----------	----------	--------------------------------	-------------------

ADM Se le da papel y lápiz. El examinador hace una demostración haciendo una línea. Se le pide al niño que también haga una.

RP Es suficiente si hace un trazo separado, sin tener en cuenta la dirección.

16	*	COPIAR UN CIRCULO	32; 35; 38
-----------	----------	--------------------------	-------------------

ADM El examinador hace un círculo delante del niño y le pide que haga uno igual. El niño puede probarlo tres veces.

RP Si consigue hacer un movimiento de rotación. No es necesario que esté del todo cerrado todo y ha de ser aprox. redondo y elíptico.

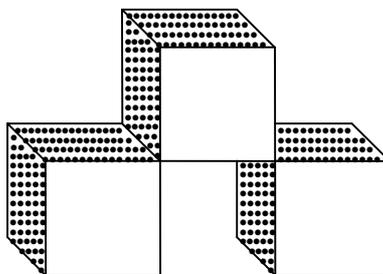


Figura 3. Puente de tres cubos

POSTURAL

1	* * *	ALZA LA CABEZA EN PRONO	1.2; 3.5
---	-------------	--------------------------------	----------

ADM Colocar el niño boca abajo sobre un superficie plana y dura.

RP Si levanta la cabeza del plano aproximadamente 45°, aunque sea de manera intermitente.

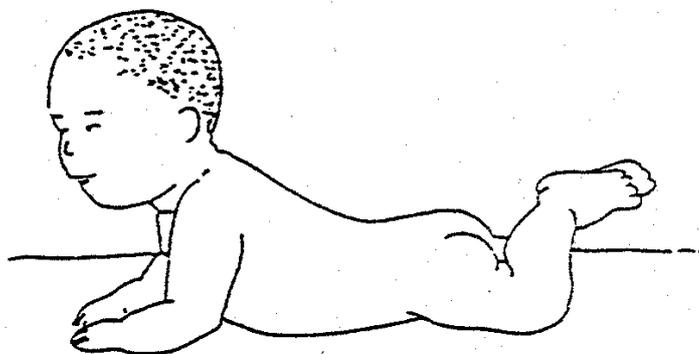


Figura 4. Apoyo sobre los antebrazos

2	* * *	PASA A SENTARSE: MANTENIMIENTO CEFÁLICO ALINEADO CON EL TRONCO	2; 2.9; 4.8
---	-------------	---	-------------

ADM Se situará al niño en decúbito supino y cogiéndolo de las manos o del antebrazo, lo incorporaremos suavemente hasta sentarlo. Es importante tener en cuenta que si el niño fija la mirada en un objeto más alto que su cara (por ejemplo el rostro del examinador) puede no intentar flexionar su cabeza.

RP Si, de manera activa, mantiene la cabeza alineada con el cuerpo, cuando éste hace un ángulo de 30° en la horizontal.

3	* *	APOYO SOBRE LOS ANTEBRAZOS EN DECÚBITO PRONO	2; 2.9; 4.8
---	--------	---	-------------

ADM Como en apartado "enderezamiento cefálico en prono".

RP Si levanta la cabeza y el tórax apoyándose sobre los antebrazos. Se le puede incitar a hacerlo pero sin tocarlo.

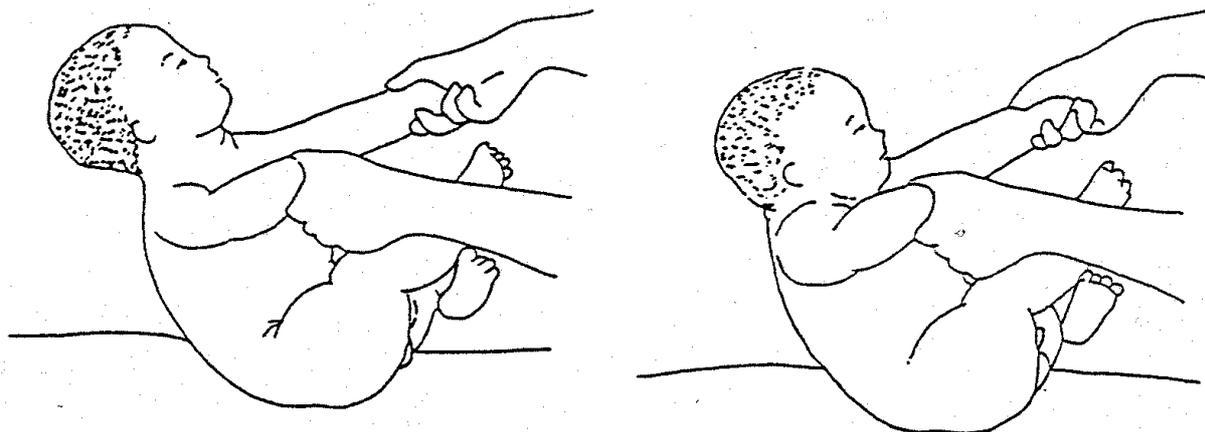


Figura 5. Pasar a sentarse. Maniobra del "pull to sit"

4	* *	PASA A SENTARSE: FLEXIÓN CEFÁLICA	4; 5; 7.5
---	--------	--	-----------

ADM Como en el apartado "pasa a sentarse: mantenimiento encefálico".

RP Si cuando consigue los 45 grados, la cabeza está avanzada respecto del cuerpo.

5	*	VOLTEO DE BOCA ABAJO A DECÚBITO SUPINO	6.2; 7; 8.8
---	---	---	-------------

ADM Como en apartado "enderezamiento cefálico en prono".

RP Si pasa, completamente solo, a decúbito supino.

6	* * *	REACCIÓN EN PARACAÍDAS LATERAL	6.3; 7.2; 9
---	-------------	---------------------------------------	-------------

ADM Mantener al niño sentado sobre una superficie dura, sosteniéndolo por las caderas o por el tronco. El examinador se situará detrás del niño.

RP Si al inclinarlo de manera rápida hacia un lado y después hacia el otro, el niño estira el brazo correspondiente y se apoya sobre su mano.

NOTA: Una clara asimetría es signo de "alerta".

7	* * *	SE MANTIENE SENTADO CON ESTABILIDAD	7.3; 8; 9.5
---	-------------	--	-------------

ADM Como en el apartado anterior pero sin sostenerlo e incitándolo a coger un objeto.

RP Si, sin ayuda, se mantiene sentado sin perder el equilibrio enseguida o conseguir el objeto. No ha de apoyarse en sus brazos, piernas o tronco.

8	* *	SE MANTIENE DE PIE CON APOYO	8.2; 9; 11
----------	--------	-------------------------------------	-------------------

ADM

RP Si se mantiene apoyado en un soporte (barandilla de la cuna, parque, etc.) más de cinco segundos.

9	* *	PASA A SENTARSE SIN AYUDA	9; 10.5; 13.1
----------	--------	----------------------------------	----------------------

ADM

RP Si es capaz de sentarse sin ayuda a partir del decúbito.

10	*	DA CINCO PASOS LIBREMENTE	12; 13; 15.5
-----------	---	----------------------------------	---------------------

ADM

RP Si es capaz de dar más de cinco pasos sin ayuda ni apoyo.

11	* *	MARCHA LIBRE	13; 14; 16
-----------	--------	---------------------	-------------------

ADM

RP Si es capaz de caminar libremente llevando alguna cosa en la mano y reemprender la marcha sin necesidad de mantener los brazos abiertos para mantener el equilibrio.

12	* * *	SE PONE DE PIE SIN APOYARSE	13; 14.8; 16.3
-----------	-------------	------------------------------------	-----------------------

ADM

RP Si es capaz de pasar desde la posición decúbito o sentado a la posición erecta sin necesidad de otro punto de apoyo que el suelo.

13	* *	CARRERA LIBRE	15; 16; 20
-----------	--------	----------------------	-------------------

ADM

RP Si corre sin ayuda y con seguridad más de 3 metros. Le ha de ser posible pararse sin necesidad de agarrarse a ningún sitio.

14	*	CAMINA HACIA ATRÁS	15; 17; 22
-----------	----------	---------------------------	-------------------

ADM

RP Si puede caminar hacia atrás más de dos pasos sin agarrarse.

15	*	BAJA ESCALERAS	18; 21; 24
-----------	----------	-----------------------	-------------------

ADM Preguntar a la madre si baja sólo las escaleras.

RP Si baja sólo, como mínimo, tres escalones, aunque sea agarrándose a la barandilla o a la pared.

16	*	CHUTA LA PELOTA CUANDO SE LE PIDE	21; 22; 26
-----------	----------	--	-------------------

ADM Se hace rodar la pelota hacia el niño y se le pide que la chute con el pie.

RP Ha de hacer la acción al darle la orden, sin acompañarlo con gestos.

17	*	SE MANTIENE SOBRE UN SOLO PIE	31; 37; 42
-----------	----------	--------------------------------------	-------------------

ADM Hacerle una demostración varias veces con cada pie, e incitar al niño a hacerlo.

RP Ha de poder mantenerse durante breves instantes en equilibrio sobre una sola pierna, mientras la otra está levantada o doblada sin apoyarse en ningún sitio.

18	*	PUEDA LLEVAR UN VASO DE AGUA SIN QUE SE LE DERRAME	30; 48
-----------	----------	---	---------------

ADM Se le da un vaso de plástico o metal (es importante que sea de material duro) casi lleno, y se le pide que lo lleve a la madre, a una distancia de 7 u 8 metros. Esta cuestión también puede resolverse con la información de la madre.

RP Si lleva el vaso con una o dos manos y no se le caen más de una o dos gotas.

19	*	SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS	24; 31; 39
-----------	----------	--------------------------------------	-------------------

ADM Preguntar a la madre si ha observado si puede saltar de la acera o de una escalera con los dos pies juntos. Si se tiene a mano una silla baja, comprobarlo.

RP Si lo hace.

20	*	CAMINA DE TALONES	36; 48
-----------	----------	--------------------------	---------------

ADM Pedir al niño que camine de puntillas unos 6 ó 7 pasos en una dirección determinada.

RP Si lo hace.

SIGNOS DE ALERTA

A.- A CUALQUIER EDAD.

MACROCEFALIA

Cuando el perímetro cefálico (PC) supere +3 la desviación estándar.

MICROCEFALIA

Cuando el PC sea inferior a -2 la desviación standard.

ESTANCAMIENTO DEL PERÍMETRO CEFÁLICO

Tres o más meses sin aumento de éste, durante el primer año de vida.

MOVIMIENTOS OCULARES ANORMALES

Presencia de movimiento errático en "sol poniente" etc. No se incluye el estrabismo.

OTROS MOVIMIENTOS ANORMALES

Actitud distónica de manos, hiperextensión cefálica, movimientos cefálicos de afirmación o negación.

DISMORFIAS OBVIAS

ARREFLEXIA OSTEOTENDINOSA GENERALIZADA

De especial valor en rotulianos aquileos.

B.- A PARTIR DE EDADES CONCRETAS

IRRITABILIDAD PERMANENTE (DOS MESES)

Llanto incoercible que no se tranquiliza cuando se le acuna o se le coge en brazos.

SOBRESALTO EXAGERADO (DOS MESES)

Por cualquier sonido (ruido) inesperado.

PULGAR ADUCCIDO (DOS MESES)

Tiene más valor si es unilateral (fig. 6).

ASIMETRÍA DE ACTIVIDAD CON LAS MANOS (TRES MESES)

Ver las descripciones de los items de manipulación.

PASIVIDAD EXCESIVA (4 MESES)

El niño pasa la mayor parte del tiempo durmiendo o bien cuando está despierto no reclama la atención del adulto con ruidos, lloros, etc.

HIPERTONIA ADUCTORES (4 MESES)

Ángulo de aductores inferior a 90 explorado según la figura 7.

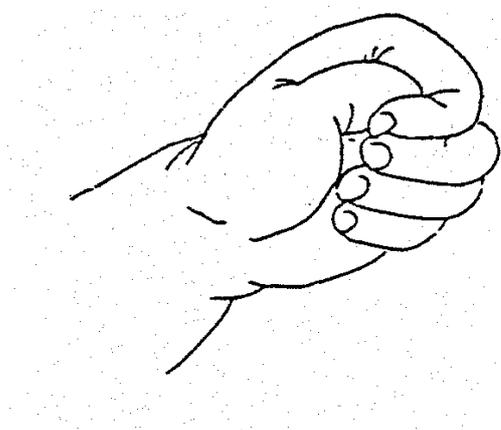


Figura 6. Pulgar aducido

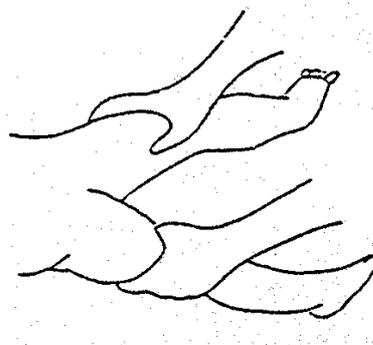


Figura 7. Exploración del ángulo de aductores.

MORO PERSISTENTE (SEIS MESES)

Explorarlo con la maniobra de Lamote de Grignon.

PATRÓN DE CONDUCTA REPETITIVO MÁS DEL 50% DEL TIEMPO QUE PASA DESPIERTO

Realiza estereotipos como, por ejemplo, columpiarse sentado, pronación, supinación de antebrazo.

AUSENCIA DE DESPLAZAMIENTO AUTÓNOMO (NUEVE MESES)

Incapacidad de desplazarse, sólo, más de dos metros.

PASA CONSTANTEMENTE DE UNA ACTIVIDAD A OTRA (16 MESES)

ESTEREOTIPOS VERBALES (24 MESES)

Repite habitualmente de forma automática y sin finalidad comunicativa frases estructuradas fuera de contexto (ejem. niño/a que mientras manipula algún objeto dice : "Jorge, siéntate, Jorge siéntate" o bien: mientras está comiendo "Pilar pintas muy bien").

INCAPACIDAD PARA HACER JUEGO SIMBÓLICO (24 MESES)

Si el niño no es capaz de jugar a reproducir situaciones o acciones con los objetos, juguetes, muñecos o muñecas, etc...

SINERGÍA DE MORO

Técnica para obtener la respuesta (según Lamote de Grignon), situar al lactante sentado sobre la mesa de exploración, mantener sus rodillas en extensión y el examinador pondrá encima la mano. Desde esta posición se deja caer hacia atrás el tronco.

Se han de observar dos componentes:

- * *Respuesta llamada moro superior o branquial: las extremidades superiores se separan del tronco, extendiéndose y elevándose las manos, se abren y rápidamente vuelven a la postura inicial.*
- * *A la vez las rodillas se extienden y los pies se aproximan, colocándose en rotación interna y los dedos en ventro-flexión. Esta parte de la respuesta se llama moro inferior o crural.*



Figura 8. Examen de la respuesta de MORO

TABLA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	16	18	20	22	24	30	36	42	48		
SOCIABILIDAD	1** REAC. VOZ					7* BUSCA OBJETO CAÍDO							13** LLEVA VASO A BOCA				19* SE PONE ROPA							
	2** SONRÍE A MADRE					8* COME UNA GALLETA							14* IMITA TAREAS CASA						20** CONTR. ESFÍNT. DÍA					
	3* RECONOCE BIBERÓN						9* JUEGA AL ESCONDITE							15* COME CON CUCHARA										
	4* MIRA SUS MANOS							10** BUSCA OBJ. DESAPARECIDO						16* AYUDA RECOGER JUGUETES										
	5* SIGUE MIRADA ABAJO								11** IMITA GESTOS SENCILLOS						17* DA DE COMER A MUÑECOS									
	6*** SIGUE MIRADA 180°								12** AYUDA CUANDO LE VISTEN							18** CUMPLE 2 ÓRDENES								
	IRRITABILIDAD PERMANENTE								CONDUC. REPET. MÁS 50% DEL TIEMPO															
	SOBRESALTO EXAGERADO								PERSISTE MORO															
	PASIVIDAD EXCESIVA																							

5.-BIBLIOGRAFÍA.

- 1. Fernández E. et al. Estudi Llevant. Ed. Generalitat de Catalunya. Barna 1989.*

ANEXO VI

CONSEJOS ESTIMULACIÓN

1.-EXAMEN NEUROMOTOR EN EL LACTANTE.

1.1.-REACCIÓN DE VOTJA:

1.1.1.- Con el niño en posición de partida vertical y manteniéndolo por el tronco con las manos, se realiza un giro de forma brusca hasta la horizontal. La respuesta del niño será:

- ⇒ En su primera fase, hasta la 10^a semana: la de realizar la reacción de Moro, además de flexionar la pierna superior así como la cadera, rodilla con flexión dorsal del tobillo, pronación del pie y flexión de los dedos.*
- ⇒ En una segunda fase, de la 11^a a la 20^a semana: la reacción de Moro se va atenuando de forma progresiva, las piernas se colocan en flexión y desaparece la separación de los dedos.*
- ⇒ Desde la 21^a a la 28^a semana: todas las extremidades se colocan en flexión con las manos abiertas o cerradas suavemente.*
- ⇒ Desde los 7 a 9 meses: los brazos se colocan en ligera flexión, anteversión y abducción, y las piernas ligeramente extendidas hacia delante.*
- ⇒ Desde los 9 a 15 meses: las extremidades superiores se extienden y los pies se colocan en flexión dorsal. Esta reacción desaparece hacia los 18 meses.*

1.1.2.- Respuestas Anormales:

- ⇒ Flexión o extensión rígida del brazo de arriba con empuñamiento manual.*
- ⇒ Flexión rígida del brazo de arriba con retracción del hombro.*
- ⇒ Extensión de la pierna de arriba con rotación interna.*
- ⇒ Flexión retrasada de la pierna de arriba.*
- ⇒ Hipotonía de tronco.*
- ⇒ Retraso en la respuesta respecto a su edad cronológica.*

1.2.-REACCIÓN DE TRACCIÓN:

1.2.1.- Con el niño en decúbito supino, se tracciona de él poniendo nuestros dedos en sus manos para colocarlo a 45° del plano de la camilla. La respuesta es:

- ⇒ En su primera fase, 1^a a 6^a semana: cabeza rezagada, extremidades en flexión y ligera abducción.*
- ⇒ 7^a semana a 7^o mes: flexión de la cabeza y del tronco así como elevación de piernas.*

- ⇒ 7° a 10° mes: desaparece la flexión de cabeza, tronco y piernas. Se apoya en sus nalgas y hay una suave extensión de las rodillas.
- ⇒ 9° a 15° mes: el niño se incorpora activamente y mantiene su cabeza y tronco alineados.

1.2.2.- Respuestas Anormales:

- ⇒ Abducción masiva del muslo con flexión de la pierna.
- ⇒ Extensión rígida de una o dos extremidades, con rotación interna y pie en equino. A veces se asocia a entrecruzamiento de piernas.
- ⇒ Tronco en opistótonos.
- ⇒ Retraso de la respuesta respecto a su edad cronológica o respuestas no armónicas de la respuesta de cabeza, tronco, extremidades, respecto a la edad cronológica.
- ⇒ Respuesta exagerada de las piernas en extensión abducción y temblor de tronco que indicaría la sospecha de trastorno cerebeloso (a partir de los 8 meses).
- ⇒ Fuerza cambiante en el cierre del puño indicará, a partir de los 3 meses, sospecha de atetosis.

1.3.- REACCIÓN DE LANDAU:

1.3.1.- Se sujeta al niño por su abdomen, hacia abajo, sobre la palma del examinador la respuesta será:

- ⇒ 1ª a 6ª semana: cabeza inclinada, tronco flexionado, extremidades en flexión ligera.
- ⇒ 7ª a 12ª semana: cabeza extendida hasta nivel de los hombros, flexión de tronco y suave flexión de extremidades.
- ⇒ 3°-6° mes: extensión de cabeza y tronco, con piernas en ángulo recto y ligera abducción, brazos relajados.
- ⇒ A partir del 7° mes: el niño protesta en esta postura y extiende las piernas, pero volverá a flexionarlas al flexionar su cuello.
- ⇒ A partir del 8° mes: desaparece la flexión de piernas, que se colocan en extensión suave.

1.3.2.- Respuestas Anormales:

- ⇒ Postura asimétrica de cabeza y tronco, con retracción de los brazos e incurvación del tronco hacia un lado.
- ⇒ Cabeza en opistótonos, con retracción de los brazos y extensión de las piernas.
- ⇒ Ausencia de extensión del cuello, con brazos extendidos hacia adelante, manos empuñadas y piernas en extensión.
- ⇒ Cabeza muy caída hacia abajo, con hipotonía de tronco, retracción de brazos y extensión de piernas.

1.4.-SUSPENSIÓN AXILAR:

1.4.1.- El niño es mantenido por debajo de sus axilas, en posición vertical, con la cabeza hacia arriba y la espalda hacia el explorador:

- ⇒ 1ª a 12ª semana: flexión inerte de piernas.*
- ⇒ 3º a 7º mes: flexión sinérgica de piernas.*
- ⇒ >8º mes: extensión relajada de piernas y flexión dorsal de pies.*
- ⇒ Si además realizamos un balanceo del niño, las piernas deben moverse a la vez.*

1.4.2.- Respuestas Anormales:

- ⇒ Piernas rígidas y en extensión. (Valorar asimetrías).*
- ⇒ Piernas entrecruzadas. (Valorar asimetrías).*
- ⇒ Piernas en rotación interna y pies en equino. (Valorar asimetrías).*
- ⇒ Tras el balanceo del niño: Una pierna se retrasa respecto de la otra*
Balanceo excesivamente amplio
Rigidez de una o de las dos piernas

1.5.-REACCIÓN DE SUSPENSIÓN VERTICAL DE PEIPER-ISBERT:

1.5.1.- Se suspende boca abajo al niño, agarrándolo por las dos rodillas. Las respuestas normales serán:

- ⇒ Hasta las 6ª semana: reacción de Moro.*
- ⇒ Desde las 6ª a la 12ª semana: extensión de brazos hacia los lados.*
- ⇒ Desde el 3º al 6º mes: manos abiertas, brazos algo elevados y tronco extendido.*
- ⇒ Desde 7º-12º mes: se añade una extensión del cuello a la respuesta de la fase anterior. Además el niño trata de agarrarse al explorador.*

1.5.2.- Respuestas anormales:

- ⇒ Extensión rígida y hacia delante o hacia arriba de brazos y empuñamiento manual.*
- ⇒ Tronco en opistótonos.*
- ⇒ No extensión del cuello.*
- ⇒ Flexión unilateral y rígida de un brazo con empuñamiento.*
- ⇒ Asimetrías cuello tronco.*
- ⇒ Retrasos en la respuesta respecto a la respuesta adecuada para su edad.*

1.6.-REACCIÓN DE SUSPENSIÓN VERTICAL DE COLLIS Y VOTJA:

1.6.1.- *Se sujeta al niño de una rodilla y se le lleva a la posición vertical y boca abajo. Las respuestas normales serán:*

⇒ *Hasta el 6º-7º mes: flexión de cadera, rodilla y tobillo.*

⇒ *Desde el 7º mes: extensión de la rodilla con la cadera en flexión.*

1.6.2.- *Respuestas anormales:*

⇒ *Extensión rígida de la pierna libre y equinismo del pie.*

⇒ *Tendencia extensora de la pierna libre; primero se coloca en extensión y poco a poco se flexiona.*

1.7.-REACCIÓN DE SUSPENSIÓN HORIZONTAL DE COLLIS:

1.7.1.- *Se coloca al niño en un plano elevado unos centímetros sobre la camilla y en horizontal, sujetándolo de la rodilla y brazo homolaterales. Respuestas normales:*

⇒ *Hasta la 6ª semana: reacción de Moro del brazo libre.*

⇒ *Desde la 6ª-12ª semana: ligera flexión del brazo libre. Pierna en flexión.*

⇒ *Desde el 4º-6º mes: brazo libre en pronación y, poco a poco, la mano libre intentará buscar un apoyo. Pierna en flexión.*

⇒ *Desde el 8º mes: abducción de la cadera de la pierna libre. El pie busca un apoyo en la camilla y, poco a poco, lo logrará. La mano también busca el apoyo.*

⇒ *Desde el 8º mes: se apoyará en la camilla con todo el pie y con la palma de la mano.*

1.7.2.- *Respuestas anormales:*

⇒ *Extensión rígida de la pierna libre con equinismo.*

⇒ *Extensión rígida del brazo libre con empuñamiento manual.*

⇒ *Desde el 5º-6º mes: pueden verse eventualmente movimientos irregulares de zonas distales de brazo o pierna libres o movimientos de prono supinación alternantes del pie o movimientos de garra de los dedos de los pies o movimientos circulares del tobillo (atetosis).*

⇒ *Flexión o extensión lenta de la pierna libre. La extensión se hace en pronación y con los dedos separados.*

⇒ *Flexión rígida del brazo libre con retracción del hombro y empuñamiento manual.*

1.8.-VALORACIÓN CUANTITATIVA DE LAS REACCIONES POSTURALES:

Según Votja, unas reacciones anormales en 6-7 de las pruebas, significa una grave alteración motriz, moderada 4-5 y leve 0-3. Por otra parte, la normalidad en la valoración postural del lactante con esta metodología descarta, casi con total seguridad, la existencia de un trastorno neuromotor tipo parálisis cerebral.

2.-BASES.

2.1.-ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

2.1.1.- *Debe formar parte de los cuidados cotidianos del lactante.*

2.1.2.- *Realizada por los padres o cuidadores principales, dentro de un contexto agradable y relajado.*

2.1.3.- *No debe agotar al niño: hacer 3-4 sesiones/día de 5 minutos cada una.*

2.1.4.- *Buscar las condiciones idóneas con el niño despierto, cambiado, tranquilo y sin hambre.*

2.1.5.- *Tiene como objetivos:*

⇒ *Administración de múltiples estímulos: auditivos, táctiles, visuales y olfatorios.*

⇒ *Enseñanza de gestos motores que preparen al niño para la adquisición de habilidades motrices más complejas.*

⇒ *Favorecer la adquisición de un adecuado esquema corporal.*

⇒ *Establecer las bases para el aprendizaje de elementos más complejos.*

⇒ *Enseñar a los padres las bases del desarrollo psicomotriz del niño, permitiéndoles la detección precoz de desviaciones.*

3.-EADADES.

3.1.-ESTIMULACIÓN TEMPRANA. EL PRIMER MES:

3.1.1.- *Ejercicios:*

⇒ *Ejercicio 1º:*

Con el niño boca arriba y sin ropa, cogerle sobre los antebrazos desnudos, apoyando la cabeza sobre el ángulo del codo. Colocarle después sobre una mesa y volver a cogerle, pero esta vez, con la cabeza hacia el otro lado. Repetir 3 a 5 veces.

⇒ *Ejercicio 2º:*

Cogerlo ahora de la misma forma, pero colocándole de lado y con la cabeza dándole la espalda.

⇒ *Ejercicio 3º:*

Con la misma metodología, pero colocando al niño boca abajo.

⇒ *Ejercicio 4º:*

Sentar al niño en tu antebrazo, dándole la espalda y con la otra mano colocada sobre su pecho y presionando hacia ti. Debes echarte ligeramente hacia atrás de modo que descanse sobre ti. Después de 3 a 5 segundos se cambia de antebrazo y se repite. Repetir el ejercicio 3 a 5 veces.

⇒ Ejercicio 5°:

Sentado sobre el antebrazo, mirando hacia ti, con tu mano sobre sus paletillas, presionando ligeramente hacia delante. Si se le cae la cabeza, sujetar la barbilla con los dedos índice y pulgar. Después de 3 a 5 segundos se le deja sobre la mesa y se le alza de nuevo. Repite la maniobra 3 a 5 veces.

⇒ Ejercicio 6°:

Con el niño de lado y sus brazos extendidos, traccionar suavemente de sus manos en sentido lateral, de forma que gire de forma alternativa a derecha y a la izquierda. Repetir el ejercicio 5 a 6 veces en cada una de las direcciones.

⇒ Ejercicio 7°:

Coloca al niño boca abajo sobre tu regazo, con los puños a la altura de los hombros y los codos pegados al cuerpo. El niño intentará reptar y levantar la cabeza. Si coloca su cabeza de lado, pónsela hacia abajo de modo que intente levantarla. Realiza este ejercicio de modo que haya contacto directo entre la piel del niño y la tuya. Mantenerlo en esta posición de 3 a 5 minutos.

⇒ Ejercicio 8°:

Colocarlo sobre su espalda tumbado con las piernas hacia ti, de modo que toque tu abdomen con ellas. Inclínate sobre él y comenzará a agitar las piernas. Puedes tocar sus plantas con el pulgar y flexionará las piernas.

Si le tocas las plantas con suavidad alternará flexión y extensión.

⇒ Ejercicio 9°:

Acarícialo las plantas de los pies con tu índice y extenderá los dedos. Si le tocas cerca de los dedos los contraerá. Si le colocas un cilindro debajo (lápiz...), intentará asirlo con los dedos. Haz que contraiga los dedos 4-6 veces.

⇒ Ejercicio 10°:

Acariciar suavemente y por ambos lados el puño del niño. Este ejercicio tiene como objetivo favorecer que abra la mano. Es más fácil estimular el puño con la cara o con los labios. Esta maniobra hará que el niño abra la mano y le permitirá extender el brazo.

⇒ Ejercicio 11°:

Pon en su mano uno de tus dedos, de forma que lo agarre. Después, retíralo con suavidad, acaricia su puño para que abra la mano y vuelve a poner tu dedo en su mano. Repite esta maniobra 4-6 veces.

⇒ Ejercicio 12°:

Coloca al niño frente a ti, acariciando su pecho, brazos y vientre. Esto hará que eleve los brazos y los mueva. Aprovecha para hablarle, jugar y sonreírle en este o en cualquiera de los ejercicios comentados.

3.2.-PROGRESIÓN DEL DESARROLLO 3-6 MESES:

3.2.1.- Ejercicios:

⇒ Ejercicio 1°:

Colocar al niño boca abajo sobre un plano horizontal duro, de forma que su cabeza sobresalga ligeramente y mostrarle objetos y juguetes que aparecerán en su campo visual, desde arriba, desde abajo y desde los lados.

⇒ Ejercicio 2°:

Con el niño boca arriba, darle los índices de forma que los agarre. Tirar suavemente de él para que levante la barbilla, flexione los brazos y extienda las piernas.

⇒ Ejercicio 3°:

Uno de los padres suspende al niño en posición vertical, cogiéndolo debajo de sus axilas y el otro le enseña juguetes y objetos móviles.

⇒ Ejercicio 4°:

Usar el trapecio descrito en los ejercicios del capítulo anterior. Hacia los seis meses el niño lo cogerá y se impulsará hacia arriba y hacia abajo si está en decúbito supino, o bien lo cogerá con una o dos manos si está en prono, o bien con las manos y los pies si está en supino y el trapecio y el niño en sentido longitudinal.

⇒ Ejercicio 5°:

Hacer que el niño agarre una varilla o tus índices. Tira de él para que se incorpore, lo que hará progresivamente mejor a partir de los 4 meses. Toma la precaución de proteger su cabeza de una posible caída, colocando una mano detrás de él. Se puede variar el ejercicio acostándolo de lado y tirando de él de modo que quede sentado sobre uno u otro lado.

⇒ Ejercicio 6°:

El padre o la madre están sentados en una cama. El niño está frente a él con las piernas sobre su estómago y sujeto por los índices de su padre. Se tira suavemente de él para que extienda las piernas y se siente de forma alternativa.

⇒ Ejercicio 7°:

El niño en decúbito prono (boca abajo). Se le colocan juguetes a 20-40 cm., de modo que se gire en sentido horario o antihorario, utilizando brazo y pierna contralaterales para alcanzar el objeto.

⇒ Ejercicio 8°:

Sobre un plano horizontal, hacer la carretilla con el niño.

⇒ Ejercicio 9°:

Con el niño bien sujeto con ambas manos bajo sus axilas, realizar movimientos de giro. Se parte de la posición boca arriba, de ahí se pasa a boca abajo y, posteriormente, se gira de modo que mire alternativamente a ambos lados manteniendo el cuerpo en horizontal, para terminar de nuevo boca arriba al tiempo que el que hace la maniobra describe un círculo completo con el niño.

⇒ Ejercicio 10°:

En decúbito prono (boca abajo), colocar juguetes delante de él. Debe alcanzarlos y arquear su espalda. Debe hacerse 3 veces por día, aproximadamente.

⇒ Ejercicio 11°:

En suspensión ventral, mover al niño alzándole y bajándole alternativamente haciendo el avión. El niño arqueará su espalda, extenderá sus piernas y flexionará sus brazos a la vez que se ríe.

Darse la vuelta.

⇒ Ejercicio 12°:

Enséñale a darse la vuelta cruzando sus piernas, empujando sus nalgas y tirando de una de sus manos. Es útil aprovechar un pequeño desnivel.

⇒ Ejercicio 13°:

Vuelta de campana lateral. Se coge al niño firmemente con las manos en su tórax: mano izquierda en su costado derecho y viceversa. El niño nos da la espalda. Se coloca su cuerpo horizontal sobre su lado izquierdo, después se le alza y se le gira en sentido horario, quedando el niño boca abajo y se continua el movimiento hasta dejarlo en horizontal sobre su costado derecho. No repetir más de 2-3 veces por día.

Juegos con las piernas:

⇒ Ejercicio 14°:

Utilizar una pelota suspendida por una cuerda sobre su cunita. Al 4° mes la tocará, pero a partir del 5° la cogerá, la soltará y la empujará con sus pies.

⇒ Ejercicio 15°:

Con el niño boca arriba y descalzo, poner sus pies en contacto con diversos tipos de juguetes y objetos. Su respuesta será la flexión de los pies.

⇒ Ejercicio 16°:

Tocarse los pies. Con el niño boca arriba, se le alzan sus piernas (si es que no lo hace espontáneamente) o se coloca un rodillo debajo de sus nalgas para facilitar que se coja y juegue con sus pies.

3.3.-ESTIMULACIÓN SENSORIAL 4-6 MESES:

3.3.1.- Ejercicios:

Hacia los 5-6 meses deben comenzar a identificar la procedencia del sonido.

⇒ Ejercicio 1º:

Jugar al "Cu-cú Tas-tas". Se coge al niño en brazos y uno de los padres se esconde y aparece de repente haciendo cu-cú. El niño responderá mirando en dirección al sonido. Cuando haga esto hay que alabarle. Puede variarse de sonido usando una campanilla u otros instrumentos sonoros.

⇒ Ejercicio 2º:

Uno de los padres se esconde, hace un ruido con una campanilla y aparece. Se produce la respuesta del niño. Veinte segundos después, el padre hace un ruido sordo (distinto claramente del anterior), pero no aparece. Se debe reforzar y alabar la respuesta del niño cuando el padre aparece e ignorar la respuesta al otro sonido. Poco a poco el niño irá aprendiendo a reaccionar a la señal específica del padre.

⇒ Ejercicio 3º:

Enseñar, poco a poco, al niño a entender el lenguaje no verbal de los padres. Para ello, debemos acompañar al lenguaje de cada situación, los gestos y expresiones adecuados y remárcalos exagerando un poco los gestos (situación alegre: gesto de contento; situaciones de enfado, asombro, miedo: con sus gestos apropiados).

⇒ Ejercicio 4º:

Rimas y Ritmos: Cantar canciones infantiles desde los primeros días de vida. A los 5-6 meses el niño o la niña disfrutarán con ritmos marcados y versos poco complicados. Acompañar al ritmo con movimientos de acompañamiento. Acúnale a la vez que le cantas canciones o le recitas versos. Enseñarle a diferenciar las canciones alegres de las tristes etc..

Discriminación visual y táctil de formas geométricas:

Manipular objetos de diferentes formas geométricas, dándole objetos de diferentes formas, colores, tamaños y texturas. Lo mejor es colgarlos encima de su cunita o colocarlos frente a él cuando esté boca abajo en una mesa horizontal. Se debe colocar al niño más cerca y más lejos para que vaya captando la noción de tamaño y distancia. A partir de los seis meses es importante jugar con juguetes sonoros o de otro tipo cuya manipulación dé lugar a efectos inmediatos para que, poco a poco, establezca vínculos entre causas y efectos.

Lenguaje:

El desarrollo del lenguaje del niño requiere que, cuando esté tranquilo, limpio y sin hambre, te sientes frente a él y le hables. El niño responderá con gorjeos desde los 2 meses de vida y se pondrá contento cuando tú le hables. A partir de los 4-5 meses sus vocalizaciones serán más maduras y algunas de ellas se parecerán a fonemas que utilizamos en el lenguaje habitual. Responde con alabanzas y fiestas a estas últimas y, a partir de los 6 meses, no prestes atención a las vocalizaciones más inmaduras.

Háblale a menudo, cántale canciones infantiles, versos, etc., tal y cómo se comenta en el ejercicio anterior. Responde a sus sonidos hasta que puedas mantener una especie de conversación o intercambio de vocalizaciones. Acompaña con gestos tus expresiones verbales.

Cambia de tono, de volumen y de entonación de voz.

⇒ *Ejercicio 5º:*

Buscar un objeto llamativo. Estará colocado en la misma posición siempre. La prueba la hace la misma persona y siempre en las mismas condiciones. Se nombra el objeto con claridad, se señala y se le hace "funcionar", p.ej: si es una lámpara se enciende etc..

Superada esta fase, se hace lo mismo colocando el objeto en distintas posiciones.

⇒ *Ejercicio 6º:*

Cuando domine el anterior, es decir hacia los 7 meses, se usan varios objetos y se interroga al niño: ¿Dónde está el osito? etc.. y se refuerzan las respuestas correctas.

Socialización:

A partir de los 5 meses, será bueno acostumbrarle a jugar con otros adultos en tu presencia para que vaya acostumbrándose a entablar contacto con otras personas. Anima a estas personas a que practiquen con el niño alguno de sus juegos o ejercicios favoritos.

3.4.-PROGRESO DEL DESARROLLO 6-9 MESES:

3.4.1.- Ejercicios:

Entrenamiento para el gateo:

⇒ Ejercicio 1°:

Coloca a tu hijo sobre tu cuerpo y coloca también algún juguete a tu otro lado para que el niño se desplace y lo alcance. Tu cuerpo le estimulará a moverse más que una superficie horizontal.

⇒ Ejercicio 2°:

Colócate tumbado boca arriba, con el niño sobre ti, con sus brazos en tu pecho y sus piernas a horcajadas sobre tu cintura. Coloca un juguete en el suelo a 30-40 cm. para que el niño se desplace y lo coja.

⇒ Ejercicio 3°:

Desde esta misma posición, colócate de lado, con el niño en posición a horcajadas sobre tu cintura y pon un juguete a 30-40 cm.

⇒ Ejercicio 4°:

Haz un cabestrillo colocando una toallita debajo del abdomen del niño y elévalo un poco unos 10-15 cm. Coloca un juguete frente a él e intentará gatear.

Entrenamiento para sentarse:

⇒ Ejercicio 5°:

Desde la horizontal y con ayuda de unas anillas o de cualquier asidero, ayudarle a incorporarse-sentarse.

⇒ Ejercicio 6°:

Incorporarse sin asidero. Con el niño en la horizontal, llévale sus piernas a la vertical hasta que forme un ángulo de 90° con el eje mayor del cuerpo. Después se le desplaza lateralmente sobre su costado derecho, colocando las palmas de las manos junto a su hombro derecho. Ante la visión de un juguete, el niño apoyará sus manos y quedará sentado sobre su nalga derecha.

Entrenamiento para ponerse de pie:

⇒ Ejercicio 7°:

Ponerse en el suelo, con el niño sentado sobre tus muslos. Se pondrá de pie al tirar de sus manos apoyando sus piernas en tu abdomen. Se puede hacer este ejercicio también usando un cajón o banqueta de 15 cm. de altura. Sentar al niño y tirar de sus manos hasta que se ponga de pie.

⇒ Ejercicio 8°:

Ponerse de pie, partiendo desde la posición horizontal y dándole un asidero que puede estar a una distancia cada vez mayor del niño, de modo que tenga que extender primero los brazos para asirse.

⇒ Ejercicio 9°:

Partiendo de la posición "a gatas", cuando ya gatee, ofrecerle un juguete por encima de forma que extienda sus brazos y se ponga de pie aprovechando los barrotos del parque, cuna o algún otro asidero. Una vez dominado este ejercicio se realizará el inverso, es decir, una vez de pie, se colocarán juguetes en el suelo de forma que los recoja.

Enseñarle los primeros pasos:

En primer lugar, debemos desaconsejar el uso de "taca tacas" o dispositivos andadores. Existen varias buenas razones para desaconsejarlo. En primer lugar, por seguridad del niño, pero además, porque en psicomotricidad es importante seguir el principio de ayuda mínima. El taca taca hace que el niño se limite a empujar sin más y no desarrolla sus capacidades para mantener el equilibrio, fundamental para el aprendizaje de la marcha autónoma.

⇒ Ejercicio 10°:

Con el niño apoyado en el borde de la cama y de pie, coloca un juguete a su lado derecho pero fuera de su alcance, de forma que levante el pie derecho tratando de alcanzarlo y, por lo tanto, cargando el peso del cuerpo sobre el izquierdo. Después se realiza el ejercicio por el otro lado. Aprenderá de este modo a cargar el peso alternativamente sobre uno y otro pie.

⇒ Ejercicio 11°:

Colgar una pelota de una cuerda y, con el niño de pie asido de tus manos, chutar alternativamente con uno y otro pie.

⇒ Ejercicio 12°:

Cuando el niño camine apoyado en muebles, es el momento de empezar a enseñarle a andar cogiéndole de sus manos y haciéndole caminar. Primero se hará con sus brazos extendidos y, poco a poco, complicaremos el ejercicio haciendo que se apoye contra ti y ande con los brazos extendidos hacia delante o hacia los lados.

Manipulación fina de objetos:

El asimiento de objetos presupone varias fases: una fase balística o de lanzamiento, otra de frenado y otra de ajuste terminal fino. El niño debe aprender, por tanto, a calcular la distancia, posición del objeto, inclinación, superficie de más fácil prensión, etc.

⇒ Ejercicio 13°:

Ofrecer al niño juguetes de distintos tamaños y en distintas posiciones. Ofrecerle objetos en movimiento, de forma que los coja. Posteriormente meter algunos de sus juguetes en una vasija o recipiente de dónde tenga que sacarlos. Poner la abertura del recipiente en diversas posiciones.

⇒ Ejercicio 14°:

Colocar frente a él diversos tipos de pequeños objetos (vigilando siempre por si se los traga). Pueden ser botones, cuentas, migas. Puedes también hacer un tablero de madera de 15 cm. x 15 cm. sobre el que hayas perforado una serie de agujeros de alrededor 1,25 cm. de diámetro. El niño lo explorará metiendo sus dedos en los agujeros del tablero.

⇒ Ejercicio 15°:

Dar la oportunidad al niño de manipular juguetes, p.ej.: tirar de una cuerda que mueve un muñeco, girar un cilindro de colores o una manivela o una pelota, enseñar a tocar el timbre etc..

⇒ Ejercicio 16°:

Sujeto por las muñecas se le enseña a dar palmadas.

⇒ Ejercicio 17°:

Pídele que te entregue un objeto y que lo deposite lentamente en una mesa. Poco a poco, enséñale a poner tazas y vasos de pie y a meter y sacar cosas de un recipiente, de un cajón y a trasladar objetos de un recipiente a otro.

⇒ Ejercicio 18°:

Cualquier manipulación de objetos que suponga la modificación de los mismos. Esto estimulará su creatividad. Se puede hacer con facilidad con cuerdas, trapos, migas de pan o cosas que pueda amasar o cortar etc.

⇒ Ejercicio 19°:

Beber con un biberón y entrenar poco a poco a beber en vaso. Puede lograrlo hacia los 8-9 meses.

Desarrollo del pensamiento y de la creatividad:

A esta edad el niño es un experimentador nato. Es importante que desarrolle el concepto de causalidad de una forma práctica.

⇒ Ejercicio 20°:

Ofrecerle juguetes que, al accionarlos, causen algún efecto: movimiento o sonido. El niño disfrutará, no tanto por el objeto en sí, sino por los efectos que produce. También es importante ofrecerle objetos que, según se accionen de una u otra forma, los efectos sean distintos: hojas de papel, una cuerda, un trozo de goma, etc.

Una variante de este ejercicio es utilizar tres marionetas atadas cada una por una cuerda. La cuerda atraviesa una caja y queda en una posición que no corresponde con la de su marioneta, de modo que al tirar de la cuerda 1 se mueve la marioneta 2. Se sabrá si el niño ha comprendido el juego porque dirigirá anticipadamente su mirada a la marioneta correcta al tirar de la cuerda.

⇒ Ejercicio 21°:

Se coloca al niño apoyado sobre el borde de una cama. Al otro extremo de la cama, y fuera de su alcance, se pone un juguete. Al principio el niño tratará de cogerlo extendiendo los brazos poco a poco y, en la medida en que pueda desplazarse con facilidad, gateando, caminando apoyado, dará la vuelta a la cama para coger el juguete. Se pueden hacer múltiples variantes de este ejercicio.

Lenguaje:

En primer lugar, interesa desarrollar el lenguaje pasivo. Esto se puede conseguir utilizando objetos grandes, bien visibles y que causen algún efecto, p.ej.: la luz de una lamparita o el sonido de un sonajero o campanilla. Se le enseñará el objeto y se hará sonar la campanilla o se encenderá la luz.

Reacciones motoras complejas:

⇒ Ejercicio 22°:

Enseñarle a dar palmitas al ritmo de la canción: "palmas... palmitas", a levantar los brazos al decir: a ver qué grande eres, y en general, respuestas motoras a solicitudes tuyas al comer, bañarle, vestirle, etc.

Para el desarrollo del lenguaje activo, seguir las indicaciones ya descritas anteriormente, es decir, repetir la última sílaba que haya dicho el niño si esa sílaba o fonema se utiliza en el lenguaje habitual. Ignorar o no reforzar aquellos sonidos que no sean útiles.

⇒ Ejercicio 23°:

Te sientas frente a ella. Un poco más allá está, por ejemplo el padre leyendo el periódico, de forma que tape su cara. Se le dice: llama a papá. Si consigue hacerlo, la respuesta del padre es retirar el periódico y decir: aquí estoy.

Esto mismo se puede hacer con objetos que, momentáneamente, se ocultan: ¡Llama al osito!, y si lo hace, se descubre con un: ¡aquí está!, etc..

Desarrollo emocional:

Será importante desarrollar actividades placenteras que fomenten su alegría y sentido del humor, así como las relaciones con otras personas, así como desarrollar su sentido de la iniciativa para entablar relaciones, comprender gestos y expresiones faciales.

⇒ Ejercicio 24°:

Colocar juguetes en una mesita, colocarse de espaldas al niño y el niño algo alejado de los juguetes, de forma que tenga que pedir colaboración para conseguir el juguete. Jugar a toma y dame un juguete es otro buen ejercicio de colaboración, si bien al principio, extenderá la mano pero sin soltar el juguete. Será importante también que pude desarrollar alguno de estos juegos sencillos con otras personas que no sean sus padres.

Enseñarle a comprender las expresiones faciales.

3.5.-PROGRESIÓN DEL DESARROLLO 9-18 MESES:

3.5.1.- Ejercicios:

Movimientos Globales:

⇒ Ejercicio 1°:

Sentarse en un escalón. Se le debe colocar sobre un escaloncito de 15-20 cm. de alto. Primero de frente y luego de espaldas, tomando su mano de modo que toque primero el escalón, empujándole suavemente hacia atrás.

⇒ Ejercicio 2°:

Sentarse en una sillita con mesa delante. Esto le permitirá al niño, además de aprender a sentarse, mantener una posición correcta.

⇒ Ejercicio 3°:

Ponerle frente a una silla. Después girarle de modo que dé la espalda a la silla. Coger sus manos y empujarle suavemente hacia atrás hasta que se siente, tras caminar de espaldas 3 ó 4 pasos. Este ejercicio se debe realizar cuando el niño sepa caminar hacia atrás.

⇒ Ejercicio 4°:

Coloca al niño de pie, apoyado en un mueble. Ponte a unos pasos de él y dile que vaya hacia ti separándote, en cada ejercicio sucesivo, cada vez un poco más.

⇒ Ejercicio 5°:

Coloca un balón en el suelo y dile al niño que camine hasta él y chute una y otra vez. Los pasos que tiene que dar son más difíciles y su juego de equilibrio también.

⇒ Ejercicio 6°:

Caminar sobre un corredor de tela de 20 cm. de ancho, a nivel del suelo primero, y posteriormente con unos centímetros de elevación. Esto obligará al niño a caminar con una menor base de sustentación.

⇒ Ejercicio 7°:

Caminar con juguetes en la mano o bien empujando cosas, carritos, pelotas, etc. Esto hace que deba caminar con su centro de gravedad a diferentes alturas. De la misma forma será interesante hacerle arrastrar juguetes atados con una cuerda. Esto hará que camine tirando de ellos y mirando hacia atrás.

⇒ Ejercicio 8°:

Enséñale a subir y bajar escaleras, aunque difícilmente lo logrará antes de cumplir 12 meses. Ponle frente a escalones bajos y anchos. Primero gateará, más tarde las subirá ayudándose con las manos asidas a los barrotes o en la pared, y más tarde lo hará sólo. Ten en cuenta que bajar las escaleras es más difícil y le costará un poco más.

⇒ Ejercicio 9°:

Caminar de lado arrastrando un juguete de una cuerda.

⇒ Ejercicio 10°:

Caminar deprisa mediante el juego "del que te pillo".

⇒ Ejercicio 11°:

Ponerse de pie desde el suelo sentada o a gatas. Para ello te colocas sobre un pequeño escalón o con tu mano situada a media altura y le ofreces en tu mano un juguete. Debe ponerse de pie y extender los brazos para alcanzarlo.

⇒ Ejercicio 12°:

Colocar un juguete en el suelo. El niño está de pie y debe cogerlo con las manos y levantarse.

Manipulación de objetos:

⇒ Ejercicio 13°:

Hacer torres de cubos, uno encima de otro.

⇒ Ejercicio 14°:

Darle cajas y objetos de diferente tamaño y animarle a colocarlos uno encima de otro; los más grandes abajo y arriba los más pequeños.

⇒ Ejercicio 15°:

Meter y sacar cosas de un bolsillo o bolso. Vertido de objetos. Otros ejercicios serán: abrir y cerrar cajas, insertar un palo en un agujero, poner y quitar un tapón de una botella, encajar vasos de plástico, ensartar discos en una varilla, encajar figuras geométricas.

⇒ Ejercicio 16°:

Diferenciar materiales al tacto. Moldear con plastilina. Doblar y rasgar una hoja de papel, etc.

⇒ Ejercicio 17°:

Utilizar un palo para alcanzar un juguete o un cazamariposas para pescar un juguete que está en la bañera. Abrir un cajón con una llave. Pasar las páginas de un libro. Limpiar con un trapo.

Lenguaje pasivo:

Se aplicarán los ejercicios descritos anteriormente y que básicamente consisten en designar en voz alta los objetos más cotidianos y conocidos por el niño.

Lenguaje activo:

⇒ Ejercicio 18°:

Enviarle mensajes y órdenes para que realice el niño. Hablarle de una imagen. Hablar de cosas observadas que ocurran. Leer versos y canciones infantiles.

3.5.2.- Juguetes adecuados para los 7-12 meses:

⇒ Juguetes atados por una cuerda.

⇒ Muñecos y ositos para juegos imitativos (darle de comer, etc.).

⇒ Tablero con figuras encajables.

⇒ Tablero de carpintero y martillo.

⇒ Tubo y varilla encajable.

⇒ Teléfono con rueda de marcar los números.

⇒ Serie de cubos o dados huecos.

⇒ Platos encajables.

⇒ Tablero con manivelas, compuertas, palancas, etc.

⇒ Plastilina atóxica.

⇒ Grabados con imágenes, fotos, etc.

3.6.-ESTIMULACIÓN TEMPRANA 18-24 MESES:

3.6.1.- Ejercicios:

Socialización:

⇒ Ejercicio 1º:

Desvestirse: Cuando desvista al niño, y si éste muestra interés en hacerlo por sí sólo, debemos animarle a que, poco a poco, se quite ropa sencilla. Pedirle que traiga su ropa al vestirlo.

⇒ Ejercicio 2º:

Juego: Acostumbrarlo a jugar un rato él sólo en su habitación y siempre en el mismo lugar (su lugar de jugar sólo).

⇒ Ejercicio 3º:

Establecer una rutina de sueño. Siempre la misma. Recuerda que debe dormirse él sólo y en su habitación.

⇒ Ejercicio 4º:

Alabarle cuando nos diga que está sucio.

⇒ Ejercicio 5º:

Animarle cuando use bien la cuchara, beba en vaso correctamente. Permita que le ayude en las tareas domésticas.

⇒ Ejercicio 6º:

Enseñarle a recoger sus juguetes.

⇒ Ejercicio 7º:

Hacerle conocer los objetos peligrosos.

⇒ Ejercicio 8º:

Jugar a desenvolver.

⇒ Ejercicio 9º:

Animarle para que empiece a lavarse sólo aunque lo haga mal.

Lenguaje:

⇒ Ejercicio 10º:

Enseñar objetos en revistas y decirle con lenguaje claro qué son.

⇒ Ejercicio 11º:

Durante el baño, enseñarle las partes de su cuerpo (puede hacerse cantando).

⇒ Ejercicio 12º:

Aprovechar cosas que le ocurran al niño para preguntarle qué le ha sucedido.

⇒ Ejercicio 13º:

Usar un muñeco y pedirle que le toque la cara, la nariz, etc. Usar muñecos para que dramatice y monte sus historias.

⇒ Ejercicio 14°:

Reconocer objetos, animales, etc., por su sonido.

⇒ Ejercicio 15°:

Enseñarle canciones y versos infantiles.

Manipulación:

⇒ Ejercicio 16°:

Jugar con plastilina.

⇒ Ejercicio 17°:

Jugar con botellas de rosca.

⇒ Ejercicio 18°:

Pedirle que dibuje una raya.

⇒ Ejercicio 19°:

Jugar a enhebrar cuentas de 3 cm. de diámetro en una cuerda.

⇒ Ejercicio 20°:

Hacer 2 partes de una foto o imagen y que las una.

Postural:

⇒ Ejercicio 21°:

Ponerse en cuclillas.

⇒ Ejercicio 22°:

Enseñarle a caminar con un pie en el suelo y el otro en un bordillo de poca altura.

⇒ Ejercicio 23°:

Patear una pelota.

⇒ Ejercicio 24°:

Pasar por encima de una cuerda.

⇒ Ejercicio 25°:

Agacharse y ponerse de pie sucesivamente varias veces.

⇒ Ejercicio 26°:

Cualquier movimiento con el que tenga que ponerse de puntillas .

⇒ Ejercicio 27°:

Tirar y coger una pelota grande y ligera con las manos.

⇒ Ejercicio 28°:

Colocado frente a él, hacer gestos con la cara, cuello y cabeza, de forma alternativa. Debe imitarlos.

⇒ Ejercicio 29°:

Hacer "slalom" en el suelo con juguetes colocados a propósito. Caminar por líneas paralelas.

4.-RECURSOS PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

4.1.-HOSPITAL MIGUEL SERVET:

- 4.1.1.- Servicio de Neonatología.
- 4.1.2.- Servicio de Lactantes.
- 4.1.3.- Servicio de Genética.
- 4.1.4.- Servicio de Neuropediatría.
- 4.1.5.- Servicio de Neurofisiología.
- 4.1.6.- Servicio de Rehabilitación.
- 4.1.7.- Servicio de Psiquiatría Infantil.

4.2.-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO:

- 4.2.1.- Servicio de Neonatología.
- 4.2.2.- Servicio de Lactantes.
- 4.2.3.- Servicio de Genética.
- 4.2.4.- Servicio de Neuropediatría.
- 4.2.5.- Servicio de Neurofisiología.
- 4.2.6.- Servicio de Rehabilitación.
- 4.2.7.- Servicio de Psiquiatría Infantil.

4.3.-ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD:

- 4.3.1.- Departamento de Terapia Ocupacional.
⇒ Prof. Jesús Gómez Tolón.

4.4.-DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN. GOBIERNO DE ARAGÓN:

- 4.4.1.- Instituto de Servicios Sociales.

4.5.-UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL:

- 4.5.1.- Centro de Salud Mental. Centro de Salud Seminario.
- 4.5.2.- Centro de Salud Mental. Centro de Salud Grande Covián.

4.6.-ASOCIACIONES DE ENFERMOS RELACIONADAS CON LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

- 4.6.1.- Centro de Atención Temprana. Fundación Rey Ardid, C/Guillén de Castro, 10.
Tf.: 976.51.54.56.

5.-BIBLIOGRAFÍA.

5.1.-ATENCIÓN TEMPRANA:

1. **Votja V.** *Alteraciones motoras cerebrales infantiles. Diagnóstico y tratamiento precoz.* Ed. ATAM. Fundación Paideia. Madrid 1991.

Es un clásico de la estimulación precoz. El interés de este libro se centra, fundamentalmente, en los capítulos en los que describe pormenorizadamente la metodología clínica de valoración neuroevolutiva, así como las respuestas esperadas y las anormales. También son muy importantes los capítulos de técnicas de estimulación precoz, como la reptación y el volteo, reflejos desarrollados por este autor.

2. **Cohen R.** *En defensa del aprendizaje precoz.* Ed. Planeta. Barcelona 1981.

Es un resumen de artículos de autores ya clásicos y pioneros en atención temprana.

3. **Doman G.** *Cómo multiplicar la inteligencia de su bebé.* Ed. Edaf. Madrid 1984.

A pesar de su título un tanto espectacular, es un libro excelente, dirigido a padres, sobre los fundamentos y la historia de la estimulación temprana, y escrito por uno de sus fundadores. Glen Doman uno de los iniciadores de esta disciplina junto a T. Fay, C. Delacato y D. Doman, conjuntamente crearon el Instituto para el desarrollo del potencial humano de Filadelfia, una de las instituciones más prestigiosas y veteranas en estimulación temprana.

4. **Koch J.** *Superbebé. Desarrollo total del niño.* Martínez Roca. Barcelona 1988.

Es un excelente libro con 333 ejercicios sencillos y divertidos, dirigido a padres de niños entre 0 y 18 meses.

5. **Matas S., Mulvey M., Paone S., Segura de Frías E., Tapia L.** *Estimulación temprana.* Ed. Humanitas. Buenos Aires 1991.

Es otro buen libro de ejercicios para padres de niños entre 0 y 3 años.

6. **Gómez Tolón J.** *Rehabilitación en los trastornos de aprendizaje.* Ed. Mira. Zaragoza 1997.

Es un excelente libro en el que se abordan los fundamentos neurobiológicos de los trastornos del aprendizaje. Aunque se centra en los problemas de los niños de edad preescolar y escolar, es de obligada lectura para todos los que quieran tener una información actualizada sobre rehabilitación psicomotriz y trastornos del aprendizaje. Su enfoque es, sobre todo, hacia el tratamiento de estos trastornos.

5.2.-DESARROLLO PSICOMOTOR:

1. **Glascow F., Foster M., Wolraich W.** *An economic analysis of developmental detection methods.* *Pediatrics* 1997; 99 (6): 830-837.

Es un análisis económico comparativo de distintas estrategias de cribado del desarrollo psicomotor. Compara diversas estrategias como son: administración de un test de 2 ítems a los padres, Test de Denver-II y BDIST. Evalúa la sensibilidad y la especificidad de cada opción y lo hace para cada test aisladamente y cuando se realizan en dos etapas: realización del Denver-II o del BDIST a los positivos en el cuestionario administrado a los padres o a los negativos. Se calculan los costes directos e indirectos de cada estrategia, así como los costes de las opciones alternativas. No obstante, el valor de este análisis económico queda lastreado por la falta de datos sobre la eficacia de los métodos de intervención neuropsicológica temprana.

2. **Glascow F.** *Parent's concerns about children's development: Prescreening technique or screening test?.* *Pediatrics* 1997; 99 (4): 522-528.

Se trata de un estudio en el que se valora la utilidad de un sencillo cuestionario de 2 ítems, dirigido a padres acerca del desarrollo psicomotor de sus hijos. Plantea la disyuntiva de utilizarlo como prueba previa al cribado, o bien como una prueba de cribado en sí misma, y aporta los datos de sus valores predictivos.

3. **Glascow F., Elaine D., Humphrey S.** *A Comparative review of developmental screening tests.* *Pediatrics* 1990; 86 (4): 547-554.

Es una revisión, casi se trata de un pequeño catálogo de pruebas de cribado de DPM. Aporta las características básicas de muchos de los tests más utilizados, así como los autores editoriales y precios de los mismos en 1990.

4. **Dworkin P.** *British and American recommendations for developmental monitoring: The role of surveillance.* *Pediatrics* 1989; 84 (6): 1000-1010.

Se trata de una excelente revisión de las posturas mantenidas por las respectivas instituciones científicas Británicas y Norteamericanas sobre monitorización del DPM. Los primeros insisten en el concepto de supervisión del DPM, mientras los otros mantienen el concepto de cribado. Comenta los pros y los contras de ambas posturas e intenta acercar ambas.

5. **Frankenburg W., Dodds, Archer P., Shapiro H., Bresnick M.** *The Denver-II: A major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test.* *Pediatrics* 1992; 89 (1): 91-97.

Importante artículo en el que se estudia ampliamente la nueva versión del DDST con las modificaciones en los ítems correspondientes, fundamentalmente en el lenguaje, ítems basados en los informes de los padres y observaciones conductuales. Hace importantes consideraciones sobre cómo utilizar esta prueba.

6. **Illingworth R.** *El desarrollo infantil en sus primeras etapas. Normal y Patológico,* 7 Ed. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, 1980.

Se trata de un clásico, por derecho propio, y de una obra de la que existen múltiples ediciones en varias lenguas, la última en español es de 1995. El autor de la misma tiene una amplísima experiencia en el seguimiento y evaluación del DPM y su enfoque es fundamentalmente clínico.

7. **Maganto Mateo C.** Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil. En: Rodríguez Sacristán J. Ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1995; 191-282.

Es un texto de psicopatología infantil, del que recomendamos el capítulo dedicado a la evaluación diagnóstica, ya que aporta datos, no siempre fáciles de obtener, sobre la finalidad y características de las distintas escalas y tests, estudios de validación en España, autores de las mismas, etc.

5.3.-OTRA BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS:

1. **Habib M.** Desarrollo del cerebro. En: Habib M Ed. *Bases neurológicas de las conductas*. Madrid: Masson, 1994; 24.
2. **Flehming I.** Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y tratamiento tempranos, 3ª Ed. Madrid: Panamericana, 1987.
3. **Blasco P.** Trampas en el diagnóstico del desarrollo. *North Am Clin Ped* 1991; 6: 1459-1473.
4. **Shonkoff J., Hauser P.** Early intervention for disabled infants and their families. A quantitative analysis. *Pediatrics* 1987; 80: 650-658.
5. **Narbona J.** El diagnóstico neuropsicológico en el niño. En: Rodríguez Sacristán J. Ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1995; 331-340.
6. **López Medina M., Narbona J.** Bateria para el examen de la integración perceptivo motriz en niños de primer ciclo de EGB (BESMEN). *Revista de Logopedia Fonología y Audiología* 1988; 8: 41-48.
7. **Glascoe F., Byrne K., Ashford L., Johnson KL., Chann B., Strickland B.** Accuracy of the Denver-II in developmental screening. *Pediatrics* 1992; 89 (6): 1221-1225.
8. **Glascoe F.** The usefulness of the Batelle Developmental Inventory Screening Test. *Clin Ped (Phil)* 1993; 5: 273-279.
9. **Fernández Alvarez E.** El desarrollo psicomotor de 1702 niños de 0 a 24 meses de edad. [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona 1988. Tabla de desarrollo psicomotor. En: Estudio Haizea Llevant. Servicio central de publicaciones. Gobierno Vasco Eds. Vitoria, 1991.
10. **Forns M., Torres M.** El inventario de desarrollo Batelle (BDI). En: *Diagnóstico y evaluación psicológica*. A. Ávila Eds. Barcelona, 1990.
11. **American Academy of Pediatrics.** Normas de Supervisión Pediátrica. Marketing trends S.L. Eds. Barcelona 1993.
12. **García Tornel S. y Glascoe FP.** Detección precoz de problemas del desarrollo por el pediatra de: Importancia de los padres. *Pediatr Integral* 1996; 2 (2): 196-206.
13. **U.S.** Preventive services task force. Evaluaciones del grupo de trabajo. Apéndice A. En: *Guía para la asistencia clínica preventiva*. Waverly. Buenos Aires, 1989.

ANEXO VII

SALUD BUCO-DENTAL

La caries dental es la enfermedad con mayor prevalencia en el hombre, el 95% de los adultos la padece según la OMS. Ocasiona un importante perjuicio en el bienestar físico, emocional y social y conlleva un gasto económico considerable.

En la población escolar, según distintos estudios realizados la prevalencia de las caries varía entre el 60-90%. En Aragón durante el curso 88-89 en la Campaña de Salud escolar de la D.G.A., se encontró que un 48,2% de los niños de 1º de EGB presentaban caries en los molares temporales y un 11,45% ya en los molares definitivos.

La OMS dentro de los objetivos de SALUD PARA TODOS y con respecto a la salud bucodental propone:

Grupos de edad	Meta
5-6 años	50% exentos de caries
12 años	< 3 dientes careados, perdidos o empastados
18 años	85% debe conservar todos los dientes.

Para poder lograr estos objetivos y prevenir la aparición de la caries es importantísimo comenzar a actuar en los primeros meses de vida. Los equipos de Atención Primaria tienen una labor fundamental a realizar comenzando en el lactante en 3 aspectos básicos:

- 1.- Promover HÁBITOS SALUDABLES con respecto a la alimentación.*
- 2.- Promoviendo una BUENA HIGIENE DENTAL.*
- 3.- Con la SUPLEMENTACIÓN de FLÚOR.*

1.- HÁBITOS SALUDABLES EN LA ALIMENTACIÓN.

La relación entre la ingesta de hidratos de carbono (H de C) refinados y la aparición de la caries está bien establecida. La sacarosa es el más cariogénico de los azúcares, seguida en orden decreciente por la glucosa, fructosa, lactosa y maltosa. Se consideran alimentos cariogénicos los que contienen más de un 10% de azúcares fermentables. En diversos estudios se ha puesto de manifiesto que más importante que la cantidad de azúcar ingerido al día, es el número de veces que se toma, su consumo fuera de las comidas principales y el tiempo que permanece el alimento en contacto con el diente.

Las siguientes medidas ayudarán a prevenir el efecto cariogénico de los Hidratos de Carbono:

- 1) *Aconsejar a los padres que nunca pongan a dormir al lactante con el biberón al pecho o con el chupete mojado en sustancias dulces, para evitar las "caries del biberón" que se producen por el acumulo de líquido conteniendo H de C. alrededor de los dientes durante el sueño, cuando se reduce el flujo de saliva y el aclaramiento bucal. La edad típica de aparición de las "caries del biberón" es entre los 24 y 30 meses, siendo los incisivos y caninos del maxilar superior los dientes más afectados.*
- 2) *Aumentar la ingesta de almidón con carbohidratos fibrosos, como frutas, verduras, etc., que estimulan el flujo salival con la masticación el cual actúa arrastrando y disolviendo las partículas alimentarias que permanecen entre los dientes, neutraliza el medio ácido y ejerce una acción inmunológica disminuyendo la formación de la placa bacteriana.*
- 3) *Evitar los azúcares refinados y adherentes (caramelos, bombones, pasteles, etc.) y de manera particular en los espacios entre comidas, aconsejando a los padres que la toma de dulces sea algo excepcional y no un hábito.*
- 4) *Moderar la ingesta de bebidas ricas en azúcares.*

2.-HIGIENE DENTAL.

El aseo dental procura la eliminación de sustratos hidrocarbonados de las superficies accesibles de los dientes. Debería comenzarse desde el inicio de la erupción dentaria primero con una gasa humedecida en agua y a partir de los 15-18 meses mediante el uso del cepillo humedecido en agua, sin pasta dentífrica, al menos una vez al día, permitiendo progresivamente al niño el uso del cepillo bajo la supervisión de los padres.

3.-SUPLEMENTACIÓN DE FLÚOR.

3.1.-INTRODUCCIÓN:

El uso de flúor oral en los lactantes ha sido valorado en profundidad para intentar arbitrar unas recomendaciones, que por un lado consigan máxima protección y por otro no provoquen riesgos.

*Tras repasar las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, Academia Dental Canadiense, Academia Dental Pediátrica Americana, Consenso Europeo y nuestra experiencia, desde que iniciamos el primer programa del lactante, quedan claros tres aspectos fundamentales, el primero es que el flúor es eficaz y disminuye la incidencia de caries. **La acción fundamental del flúor** es a nivel tópico, restaurando el esmalte en las lesiones iniciales de caries (efecto terapéutico) y fortaleciendo el esmalte (efecto preventivo). Es más dudoso el efecto sistémico (preeruptivo) del flúor postulado en los inicios de su uso. Se cree más bien, que el flúor oral ejerce su mayor efecto por el contacto directo con los dientes y por su eliminación por saliva. Los riesgos potenciales del uso oral del flúor, según nuestra experiencia, no son muy elevados, para minimizarlos parece lógico que solo "tratemos" con fluoruros a los niños con riesgo de padecer caries.*

Una vez que tenemos claro que **debemos** de dar flúor oral a los niños con riesgo, debemos de plantearnos que edad es la óptima para su inicio, parece que **el año de vida** es la más aconsejable, ya que finaliza entonces la administración de vitamina D, los padres están receptivos y se produce tan solo un cambio de producto, por otra parte en ese momento ya existe dentición y se produce tanto el efecto tópico, como el sistémico, no excluyendo ningún germen dentario definitivo.

En último lugar nos plantearemos que cantidad de flúor debemos administrar. Teniendo en cuenta los pesos medios de esta época de la vida, el aporte medio exógeno y simplificar la recomendación, la **dosis óptima** se sitúa en **0,25 mg./día**.

3.2.-RECOMENDACIONES PERÍODO LACTANTE:

Habría que valorar todos los aportes de flúor, agua de consumo, (TABLA I), fórmulas lácteas, (TABLA II), alimentos, pasta dental, (TABLA III), etc., para llegar entre todas las fuentes de flúor a 0.05 a 0.07 mg. por Kg. (Farkas). Esta valoración puede resultar compleja y costosa, por lo que posiblemente no se lleve a cabo, de hecho en una reciente publicación de una encuesta de la A.A.P., la mayor parte de los pediatras americanos no hacen esta valoración, a pesar de ser recomendada por dicha organización.

Para intentar simplificar las recomendaciones, solo valoraremos dos parámetros, el **contenido en flúor del agua de consumo** y el **riesgo de padecer caries**. Las aguas de consumo público de nuestra Provincia tienen menos de 0,3 ppm, pero si se consume agua mineral hay que conocer el contenido de flúor, (TABLA I). Para valorar el riesgo de padecer caries, hemos elaborado un listado de factores de riesgo, de ellos los dos más importantes son, el **NO** cepillado de dientes con pasta fluorada y los antecedentes familiares de caries (TABLA IV).

Así pues, solo usaremos el flúor en tabletas o gotas, a la dosis de 0,25 mg. por día, desde los 12 meses de vida hasta los tres años, en los lactantes que tengan riesgo de padecer caries y que consuman agua cuyo contenido en flúor sea menor a 0,3 mg./l. (TABLA V).

TABLA I

Contenido de flúor en aguas minerales embotelladas

<i>Marca</i>	<i>Flúor ppm (mg./l.)</i>	<i>Marca</i>	<i>Flúor ppm (mg./l.)</i>
FONTECELTA	11.25	SOLAN DE CABRAS(AZUL)	0.3-0.25
FONTENOVA	10	FONT D'OR	0.26-0
IMPERIAL	8.1	FONTVELLA	0.19-0
VICHY CATALAN	7.8-7.3	VILADRAU	0.16
SAN NARCISO	7.5	SOLAN DE CABRAS (TBRICK)	0.1
SOUSAS	7	AGUA MINERAL NAT PRYCA	0.09
FONTENOVA SIN GAS	6.25-10.8	FONTER	0.085
SAN ROQUE	6.24	AGUA DE MONSTSENY	0.07
CABREIROA	4	FONTEMILLA	0
VILAJUIGA	2.25	LANJARON	0
MONDARIZ	1.38-2.98	BEZOYA	0
FUENTESANTA	1.1-0	PERRIER	0
MONTEVERDE	1.02	FUENTE LIVIANA	0
PEÑA CLARA	0.9-0.76	FUENTE LIVIANA CON GAS	0
BURGARET	0.83	VICHI CELESTINS	0
FONTE BLANCA	0.83	ALCAMPO SIN GAS	0
FONTSOL	0.5	ALCAMPO CON GAS	0
FONT PICANT	0.5	SAN VICENTE	0
FONT DE REGAS	0.33-0	FUENTE PRIMAVERA	0

TABLA II

Contenido de flúor de leches maternizadas

<i>Marca</i>	<i>Flúor ppm (mg./l.)</i>	<i>Marca</i>	<i>Flúor ppm (mg./l.)</i>
ADAPTA 90	0.52	NIEDA	0.13
MODAR 1	0.52	AL 110	0.13
MODAR 2	0.50	BLEMIL 1	0.11
BLEMIL 1 PLUS	0.50	BLEMIL 2	0.11
DIARICAL	0.48	NADO 1	0.10
DAMIRA	0.27	NADO 2	0.10
ALFARE	0.15	PULEVA 2	0.07
ALSOY	0.15	APTAMIL2	0.07
NIDINA 2	0.14	APTAMIL 1	0.06
NATIVA 2	0.14	NUTRIBEN SMA	0.06
NIDINA 1	0.13		
NATIVA 1	0.13		
NIDINA HA	0.13		
NIDINA AR	0.13		

TABLA III

Fuentes exógenas de flúor

Fórmulas Lácteas (Tabla I)

0.52 - 0.06 mg./l.

Leche de vaca

0.05 mg./Kg.

Leche materna

0.004 - 0.01 mg./l.

Agua de consumo (Tabla II)

11.25 - 0 mg./l. (ppm)

Hortalizas y frutas

0.1 - 0.4 mg./kg.

Cereales (cebada, arroz)

2.1 - 6.4 mg./kg.

Sal

2500 mg./kg.

Dentífricos fluorados < 6 años

0.25 - 0.30 mg./día

TABLA IV

Alto riesgo de padecer caries

NO USO DE CEPILLADO 2 VECES AL DÍA

Padre y/o Madre y/o Hermano > 15 años con CAO >= 4

Hermano < 15 años con caries

Caries presente

Nivel social bajo

Hábito de biberón nocturno y/o chupete endulzado

Retraso psicomotor

Respiración bucal

Bruxismo

Uso continuado de antihistamínicos

Malnutrición

Malformaciones orales y dentales

TABLA V

Recomendaciones para la prevención de la caries en la infancia

ALTO RIESGO DE PADECER CARIES

- Flúor oral si el agua de consumo < 0.3 mg./l.
0.25 mg. de 1 a 3 años
0.50 mg. de 3 a 6 años
1.00 mg. > de 6 años
- Flúor oral si agua de consumo 0.3 - 0.6 mg./l.
si no se usa cepillado 2 x día con p. fluorada
0.25 mg. de 3 a 6 años
- Dentríficos fluorados a partir del brote de los 2º molares (2 años)
- Colutorios fluorados > 6 años
- Geles fluorados si caries en definitivos
- Sellado molares

4.- BIBLIOGRAFÍA.

1. **C. Muñoz Lagos y cols:** Profilaxis de la caries dental en la infancia. *Bol. Pediatr.* 1988; 29: 215-223.
2. **E. Newbrun:** Suplemento dietético de flúor para la prevención de las caries. *Pediatrics* (Ed. esp.) 1978; 6: 344-348.
3. **Committee on Nutrition (A.A.P.).** Suplementos de flúor Revisión de la pauta de dosificación. *Pediatric* (Ed. espe.) 1979; 7: 74-76.
4. **Committee on Nutrition (A.A.P.).** Suplementos de flúor. *Pediatrics* (Ed. Esp.) 1986; 5: 335-338.
5. **A. González de Aledo y cols:** Contenido de flúor libre en leches infantiles españolas. *An Esp. Ped.* 1988, 29: 311-313.
6. **Salud Bucodental. Clín. Pediátricas de Norte América.** Ed. Interamericana. México. Vol. 3. 1982.
7. **Vitoria Minyana I.** Promoción de la salud bucodental. En: *Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria.* En: PAPPS, SemfyC. Eds. Renart, Barcelona, 1997; 163-175.
(<http://www.medynet.com/Usuarios/PrevInfad/Dental.htm>).
8. **Soriano Faura FJ.** Salud bucodental. Prevención de la caries y de la enfermedad periodontal. Cribado de anomalías dentales. Recomendaciones del PAPPS.
(<http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfad/Ppmenu 10.htm>).
9. *Pediatricians.* *Pediatrics* 1988; 101 (1) vol. p. e6 (electronic article).
10. <http://www.aap.org/family/dental.htm>
11. <http://www.pediatrics.or/>
12. <http://pedsinreview.aapjournals.org/>
13. <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>
14. <http://emporium.turnpike.net/P/PDHA/health.htm>
15. <http://medynet.com/usuarios/PrevInfad>

ANEXO VIII

PROBLEMAS DE CONDUCTA

1.-INTRODUCCIÓN: LO PSICOSOCIAL EN PEDIATRÍA.

El término psicosocial admite que todas las actividades y experiencias humanas tienen un contexto tanto social como biológico y orgánico.

El desarrollo emocional y social del niño y sus desviaciones se consideran en términos interactivos entre el feto-lactante-niño y su entorno. Puede ser facilitado y potenciado o disminuido según condicionantes externos e internos del niño.

El hecho de que la conducta y emociones afecte tanto a la enfermedad como al mantenimiento de la salud es tan conocido como minimizado por los médicos y la medicina clínica desde hace tiempo, en la formación teórica y en la práctica asistencial, al menos en nuestro medio.

La intervención sistemática y efectiva en los problemas de la conducta es relativamente reciente, y se debe, primero, al desarrollo y extensión de una terapéutica y técnicas adecuadas, y segundo, a la demanda y dinámica social actual de padres y educadores.

Existen varios modelos conceptuales del desarrollo psicosocial del niño, que pueden dar significado y proporcionar conocimientos y técnicas útiles para su comprensión e intervención.

La guía y ayuda adecuada de los niños que plantean este tipo de problemas concierne, entre otros profesionales, a la Atención Pediátrica, que está en contacto con el medio familiar y social del niño, lo que supone un reto en su formación, práctica diaria e investigación. La Pediatría determinará los límites de su intervención o derivación especializada.

1.1.-GENERALIDADES:

La alteración psicosocial en el niño puede llegar a producir trastornos en cuatro áreas:

- * la afectivo-emocional: ansiedad, depresión...*
- * la conducta: problemas de comportamiento, de hábitos,*
- * las funciones corporales: trastornos psicósomáticos,*
- * el aprendizaje y rendimiento: dificultades y trastornos cognoscitivos*

y a manifestarse como disfunción aislada o afectar a las cuatro áreas.

Las causas son múltiples:

- * *tensiones físicas como enfermedades limitantes, crónicas o congénitas, maltrato, abandono, daños diversos, ...*
- * *prácticas educacionales contradictorias, inconsecuentes,*
- * *conflictos parentales, familiares, sociales (institucionalización, marginalidad, etc...).*

Aunque normalmente son multifactorales y la expresión del trastorno dependerá de otras variables internas y externas del niño tales como temperamento, capacidad de adaptación, duración del estrés, capacidades familiares y del entorno, etc...

La orientación anticipada, en las previsibles situaciones adversas, puede conducir a los niños y sus familias a desenlaces más positivos. De aquí la importancia de su detección e intervención.

Los lactantes y niños que comienzan a caminar reaccionan frente a situaciones adversas o tensas con deterioro de las funciones fisiológicas, como trastornos de alimentación y del sueño, con expresiones de enfado o rabietas, conductas de inhibición, rechazo, lloros (miedo). Los padres, preocupados, suelen consultar ante estas situaciones sobre la salud o normalidad del niño, solicitando, a veces, tratamiento farmacológico.

El Pediatra debe valorar si estas conductas son problemas clínicos, variantes del desarrollo o evidencia de un problema conductual más serio, tras su detenido estudio, para orientar el tipo de intervención requerida.

2.-MANEJO DEL NIÑO DIFÍCIL.

2.1.-GENERALIDADES:

Los lactantes son, por naturaleza, de temperamentos diferentes y se manifestará en estilos de conducta con características distintas.

Algunos rasgos temperamentales pueden asociarse con mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas conductuales.

Se acepta que es la adecuación o "ajuste" entre las características del lactante y las capacidades, actitudes y expectativas de los padres lo realmente importante.

Cuando ambas situaciones están reaccionando en consonancia (buen ajuste), la interacción adecuada estará asegurada, y viceversa.

2.1.1.- Descripción:

- * *Lactantes con reacciones bruscas y exageradas.*
- * *Irregulares en sus perfiles de hábitos diarios.*
- * *Se acomodan y toleran mal los cambios, son "nerviosos".*
- * *Presentan gran dificultad en conseguir satisfacción o confort.*

Clínicamente con frecuencia:

- * *Tienen cólicos del lactante.*
- * *Duermen irregularmente y poco.*
- * *Escaso apetito o avidez por la comida y resistencia a comidas nuevas.*
- * *Lloran con frecuencia o gritan sin motivo aparente.*
- * *No responden bien a las medidas habituales para tranquilizarles.*

Los padres experimentan a estos niños como difíciles y las situaciones que crean penosas y que requieren atención inmediata. Otras conductas como bajo nivel de actividad, lentitud en la respuesta motora o tendencia a rechazar personas del entorno, pueden no llamar la atención de los padres al no requerir intervención tan urgente.

2.2.-PAPEL DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA:

Supone un desafío terapéutico en el que nos plantearemos como objetivos:

- 2.2.1.- *Apoyar a los padres en su desorientación o frustración en la tarea de la crianza de su niño.*
- 2.2.2.- *Sugerir vías o pautas de satisfacción o alivio para el lactante en orden a prevenir la posible espiral de dificultades de conducta.*
- 2.2.3.- *Mejorar unas relaciones ambientales o conflictuales padres-hijo, debidas a la irritación o pérdida de confianza mutuas.*

Para ello se deberá:

- a) *Concentrar los esfuerzos en la "bondad del ajuste", adaptando las características de padres-hijos.*
- b) *Identificar áreas de conflicto particular entre ambos, ponerlas de manifiesto en colaboración con los padres.*
- c) *Clarificar las expectativas y capacidades de los padres.*
- d) *Reafirmar a los padres: ellos no son ineptos ni culpables y su niño no es difícil deliberadamente.*
- e) *Necesidad de mutuas adaptaciones: instruyendo a los padres en la búsqueda de nuevas técnicas o estrategias.*

2.3.-TRATAMIENTO. ESTRATEGIAS PARA PADRES:

El temperamento difícil es sólo un factor de riesgo.

No precisará tratamiento necesariamente; si se produce un "pobre ajuste", los padres pueden estar ansiosos, tensos y manifestar cansancio, sobreprotección o respuesta de enfado frente a la conducta del lactante. A veces necesidad de ayuda.

Basaremos la ayuda de los padres en:

- * *Buena comprensión de las relaciones de los padres entre sí, sus personalidades y experiencias.*
- * *Significado para ellos de ese hijo en particular, conociendo sus sentimientos al respecto.*
- * *Detección de otros factores de estrés concurrentes.*
- * *El tratamiento sintomático individual no será efectivo, salvo que las razones que contribuyen al estrés lo precisen.*

La orientación básica para los padres será:

- * *Saber que porque los niños tienen diferentes temperamentos, las prácticas de crianza deben ser individualizadas o acomodadas a cada niño progresivamente.*
 - * *Asegurarles que su hijo es sano y normal, y que su conducta, aunque angustiante, podrá ser modificada.*
 - * *Aceptar que los hijos no suelen responder al ideal preconcebido por los padres, sin que haya culpabilidad en ninguno de ellos.*
- *Se precisará un tiempo adecuado en consulta programada para permitir que afloren estas situaciones y sentimientos.*
 - *Se reforzarán las pautas y consejos dados en citas sucesivas, si bien han sido válidas y aceptadas.*
 - *A veces parientes o amigos bienintencionados, pero con consejos contradictorios o irrelevantes pueden mantener resistencias u oposición en los padres.*
 - *Conseguir apoyo adicional si existen problemas familiares o personales de los padres que intensifiquen los síntomas: asistencia social, remitir para tratamiento si depresión postparto, terapia de apoyo individual o de grupo, de pareja, etc...*

2.4.-TRATAMIENTO: ESTRATEGIAS PARA EL LACTANTE:

Se basará en reconocer por padres y profesionales, que son niños con bajo umbral sensorial (sensibles), impresionables y lentamente adaptables. Los cuidados positivos tolerados por otros niños pueden ser experimentados por estos como sobrestimulación.

Precisarán desarrollar pautas especiales que amortigüen la estimulación y faciliten su descarga tensional.

Orientación básica:

- * *Plan de cuidados diarios flexible, que reacomode la urgencia del niño y le reafirme en que sus nuevas necesidades serán atendidas.*
- * *Situaciones nuevas se introducirán gradualmente, de una en una, con espacio de adaptación entre ellas.*
- * *Enfatizar que al niño se le permita desarrollar sus propios mecanismos de compensación para hacer frente a su confort interno y externo: chuparse el dedo, jugar con sus manos, chupete, etc... Así podrá encontrar sus propios recursos y hacerse más ingenioso.*
- * *Evitar la sobreintervención ante mínimas demandas. Llorar no es siempre indicativo de necesidad de compañía externa.*
- * *La medicación para estos niños raramente se aconseja.*

2.5.-PROMOCIÓN DE RELACIONES SALUDABLES PADRES-LACTANTE:

Es necesaria la observación de la interacción padres-hijos.

Proveer una posible guía de pautas específicas, aliviadoras de insatisfacciones mutuas.

Colaborar en la interpretación de las necesidades que el niño está comunicando con su conducta, para ayudar a los padres en sus respuestas según se modifique la situación del lactante.

- * *Prácticas como: el reñir, la "trifulca", golpear, acostumar a excesiva estimulación, intentar distraer sin necesidad al niño con aspavientos, gritos o mimos, cogerlo en brazos ante la más insignificante sugerencia de displacer, alimentarlo continuamente para calmarlo, dormir con él para tranquilizarlo, no son apropiadas para la mayoría de los niños.*
- * *En cambio: coger al niño con delicadeza, hablarle o cantarle suavemente, mecerlo o tocarlo ligeramente puede ayudarle a mitigar su llanto.*
- * *Otras ayudas prácticas incluyen:*
 - *Cambios de fórmulas en casos de alergias a proteínas de leche de vaca o soja o intolerancia a la lactosa.*
 - *Evitar la sobre o subalimentación.*
 - *Coger al niño confortablemente durante las tomas en lugar de enchufarle el biberón.*
 - *Ofrecer el chupete y preparativos especiales para dormir.*

La personalidad de los padres, la falta de intuición, perspicacia o habilidades para hacer frente a la situación determinará si más adelante debería ofrecerse otro tipo de ayuda externa como las sugeridas anteriormente.

3.-CÓLICOS DEL LACTANTE.

Es una alteración muy molesta para lactantes y padres caracterizada por dolor abdominal paroxístico y llanto intenso, con estado de agitación y tensión del niño. Son episodios recurrentes, que ceden, con frecuencia, por encima de los tres meses. No suelen interferir en el crecimiento pondero-estatural.

3.1.-ETIOLOGÍA: *muy discutida y no bien conocida. Se ha asociado con:*

- * *Alteraciones de la alimentación por exceso y por defecto.*
- * *Aire deglutido, exceso de carbohidratos de la fórmula.*
- * *Intolerancia y/o alergia a las proteínas de leche de vaca y soja.*
- * *En los últimos años, se ha sugerido como causa principal el fracaso de la relación padres-hijos para lograr un estado satisfactorio en ambos respecto a la comida y los cuidados. Probablemente no existe un factor causal único.*

3.2.-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL con: *la invaginación intestinal, hernia estrangulada, otitis, pielonefritis, cuerpos extraños oculares, otras.*

3.3.-TRATAMIENTO: *No hay un tratamiento específico que, de forma eficaz, soluciones estos cólicos.*

- * *Se intentará prevenir los episodios mejorando las técnicas de alimentación y las maniobras y posición para expulsión de gases. Los carminativos antes de la toma no los previenen.*
- * *Exclusión de posibles alérgenos sospechosos en la dieta del lactante y de la madre si lacta.*
- * *Actitud de apoyo y comprensión a los padres, tratando de capacitarles en el manejo específico del niño.*
- * *Se indicará la sedación, ocasionalmente, si el problema se prolonga o fracasan otras medidas en el niño y los padres.*
- * *En casos extremos, hospitalización para estudio y descanso paterno.*

4.-HÁBITOS DE SUEÑO.

4.1.-CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL INSOMNIO INFANTIL (por hábitos incorrectos):

- 4.1.1.- *Dificultad para iniciar el sueño solo.*
- 4.1.2.- *Múltiples despertares nocturnos.*
- 4.1.3.- *Sueño superficial.*
- 4.1.4.- *Duerme menos horas de lo habitual para su edad.*

4.2.-CONSECUENCIAS:

- 4.2.1.- *Llanto fácil.*
- 4.2.2.- *Irritabilidad.*
- 4.2.3.- *Falta de atención.*
- 4.2.4.- *Dependencia de quién lo cuida.*
- 4.2.5.- *Posibles problemas de crecimiento.*

DORMIR BIEN es algo que se aprende. Debemos hacer que el niño adquiera un buen hábito de sueño ENSEÑÁNDOLE A CONCILIAR EL SUEÑO SOLO. EL RITMO BIOLÓGICO de los recién nacidos se repite cada 3-4 horas. Es decir, en ese período de tiempo el niño se despierta, le limpian, es alimentado, se duerme, y así una vez y otra. Hacia el tercer mes de vida los pequeños suelen empezar a cambiar su ritmo biológico. Poco a poco el lactante va presentando períodos de sueño nocturnos más largos. Va aumentando la duración de su pausa nocturna a 3, 4, 6, 8, 10 y hasta 12 horas seguidas.

Para que este reloj entre en funcionamiento y lo haga correctamente, necesita unos estímulos externos:

- ⇒ Luz-oscuridad*
- ⇒ Ruido-silencio*
- ⇒ Horario de comidas*
- ⇒ Hábitos de sueño*

Le ayudaremos a reconocer las diferencias y distinguir entre vigilia y sueño para que su reloj haga el cambio biológico de 24 horas con un período largo de sueño.

Le enseñaremos a que aprenda a CONCILIAR EL SUEÑO POR SÍ SOLO.

4.3.-HÁBITOS DEL SUEÑO:

- 4.3.1.- Actitud adecuada (padres):*
 - ⇒ Seguridad*
 - ⇒ Tranquilidad*
 - ⇒ Actitud de enseñar*
 - ⇒ Conducta repetitiva*
- 4.3.2.- Elementos externos:*
 - ⇒ Cuna*
 - ⇒ Chupetes*
 - ⇒ Muñeco ...*

Los niños, igual que los adultos, experimentan despertares nocturnos que no superan los 30 segundos de duración.

4.4.-LO QUE NO SE DEBE HACER PARA DORMIRLOS:

- 4.4.1.- Cantarle.*
- 4.4.2.- Mecerlo en la cuna o en brazos.*
- 4.4.3.- Darle la mano, palmaditas o acariciarlo.*
- 4.4.4.- Pasearlo.*
- 4.4.5.- Darle un biberón o amamantarlo.*
- 4.4.6.- Ponerlo en nuestra cama.*
- 4.4.7.- Darle agua.*
- 4.4.8.- Dejarlo “trotar” hasta que caiga rendido.*

No se debe enseñar al niño a dormir, es decir, no se debe tomar parte activa para lograr que concilie el sueño. HA DE APRENDER A HACERLO SOLO.

Si tiene menos de 6 meses, se puede enseñar a hacerlo de cualquier manera.

4.5.-RECIÉN NACIDO:

4.5.1.- *Duerme unas 16 horas diarias aproximadamente.*

4.5.2.- *Su ritmo biológico se repite cada 3-4 horas, período de tiempo en que se despierta, es limpiado, alimentado y vuelve a dormir.*

En esta fase, sueño y comida van estrechamente ligados.

Debemos ayudarlo a diferenciar entre el estado de vigilia y el de sueño.

Cuando esté despierto, debemos hablarle, mimarle, jugar con él, alimentarlo .. y lo acostaremos en la cuna SÓLO PARA DORMIR.

Le ayudaremos igual para diferenciar el día y la noche:

⇒ *Luz diurna frente a oscuridad nocturna*

⇒ *Ruido frente al silencio*

⇒ *Establecer la hora del baño por la noche*

⇒ *Cuidar que de noche esté especialmente cómodo; es decir, bien alimentado, limpio, habitación a una temperatura entre 20 y 23 °C, etc.*

4.6.-¿DÓNDE DEBERÁ DORMIR?:

4.6.1.- *En la habitación de los padres, pero en su cuna.*

4.6.2.- *O mejor, en su propio dormitorio, siempre que los padres puedan oírlo.*

No se debe caer en la tentación de “hacer algo” siempre que el niño llore, ya que si caemos en esta trampa, el niño aprenderá que cada vez que llore alguien va corriendo a atenderlo, lo que será nefasto para su aprendizaje y puede perjudicar su sueño.

4.7.-LACTANTES ENTRE 3 Y 4 MESES:

4.7.1.- *Van alargando sus períodos nocturnos.*

4.7.2.- *La ACTITUD de los padres debe dar seguridad.*

4.7.3.- *Propiciar que el niño asocie la hora de dormir a una serie de ELEMENTOS EXTERNOS, que permanecerán con él toda la noche: su cuna, muñeco, chupetes, ...*

4.7.4.- *Crear una rutina a la hora de acostarlo:*

⇒ *Lo haremos siempre a la misma hora: de 20 a 21 h.*

⇒ *Comenzaremos por el baño*

⇒ *Estar un ratito con él, mecerlo, hablarle, cantarle, ..., siempre con el propósito de apaciguarle. Estaremos así durante 5-10 minutos, que podrán alargarse un poco más a medida que crezca el niño*

⇒ *Meterlo en su cuna, con los elementos externos que deberán ser siempre los mismos (cuna, chupete, muñeco, ...)*

⇒ *Dar las buenas noches y salir de la habitación mientras el niño esté despierto*

⇒ *En invierno, le pondremos un pijama manta para que el niño no pase frío si se destapa. En verano bastará con una camiseta y el pañal.*

A partir del 3^{er} mes no debemos levantarnos a cogerlo ante el primer gemido. Dad la oportunidad de que se vuelva a dormir solo.

4.8.-A PARTIR DE LOS SEIS MESES:

Se considera normal:

4.8.1.- Ritmo de comida y sueño bien establecido.

4.8.2.- Cuatro comidas al día y 11-12 horas de sueño nocturno.

4.8.3.- Debe acostarse contento, sin llanto.

Deberemos ser más firmes que nunca en lo que se refiere a la RUTINA previa a la hora de dormir, y a la NORMA de que el niño concilie el sueño por sus propios medios.

No se debe alargar mucho el rato que pasemos con él antes de acostarlo.

Procurar no excitarlo, sino que se debe intentar relajarlo.

4.9.-A PARTIR DEL AÑO:

Todavía necesita dormir bastante.

Lo hará principalmente por la noche.

Durante el día hará 2 siestas, una por la mañana y otra por la tarde.

4.10.-A LOS 15 MESES:

Puede estar más irritable porque suelen dormir una siesta y es insuficiente.

Si duerme mucho durante el día, deberemos despertarlo, ya que si no, estará despejado a la hora de iniciar el sueño nocturno.

4.11.- A LOS 17 MESES:

Una siesta al día será suficiente, que deberá ser por la tarde.

Esta siesta la hará hasta los 3-3½ años de edad.

4.12.-PASARLO DE LA CUNA A LA CAMA:

El momento de hacerlo suele indicarlo el tamaño del niño, apenas cabe, se da golpes, trepa por la barandilla, ...

El traslado se debe hacer en una época en que el niño esté tranquilo, es decir, no debe coincidir con el comienzo de la guardería, la llegada de un hermanito, un cambio de domicilio, etc.

Suele dar buenos resultados convertir “la mudanza” en algo especial: un regalo, una fiesta, felicitarlo, ...

Sobre todo, es fundamental que tenga el hábito de dormir bien aprendido y respetar su RUTINA HABITUAL, si no es así, hay que REEDUCAR al niño.

4.13.-CÓMO REEDUCAR EL HÁBITO DEL SUEÑO:

- 4.13.1.- *Crear un rito alrededor de la acción de acostarse (cantarle, contarle un cuento, ...).*
- 4.13.2.- *Se crea esta situación para que el niño asocie que es un momento agradable, antes de iniciar el sueño SOLO.*
- 4.13.3.- *Los padres deben salir de la habitación antes de que el niño se duerma.*
- 4.13.4.- *Si el niño llora, los padres deben entrar con pequeños intervalos de tiempo para darle confianza, sin hacer nada para que se duerma o calle, hasta que el niño concilie el sueño solo.*

4.14.-TABLA DE TIEMPOS:

Minutos que los padres deben esperar antes de entrar en la habitación del niño que lllore:

DÍA	1ª ESPERA	2ª ESPERA	3ª ESPERA	ESPERAS SUCEсивAS
(SI EL NIÑO SIGUE LLORANDO)				
1	1	3	5	5
2	3	5	7	7
3	5	7	9	9
4	7	9	11	11
5	9	11	13	13
6	11	13	15	15
7	13	15	17	17

Estos tiempos valen tanto para cuando se acuesta el niño por primera vez a las 20-21 h., como cuando se despierta en medio de la noche. Van aumentando progresivamente siguiendo las técnicas conductuales de agotamiento hasta lograr que el niño comprenda que no consigue nada llorando y concilie el sueño solo.

LIBRO "DUÉRMETE NIÑO"
Dr. Eduard Estivill y Silvia de Béjar

5.-PROBLEMAS DEL SUEÑO.

Los patrones del sueño de los lactantes y niños varían y se desarrollan en respuesta a cambios de maduración, actividades de cuidados y diferenciación individual del temperamento. Aproximadamente el 20% de los niños en los tres primeros años de vida tienen dificultad y/o rechazo para dormir o se despiertan varias veces por la noche, comportamientos que muchos padres viven como problemas.

5.1.-RECUERDO FISIOLÓGICO:

El sueño normal está compuesto por dos estadios:

- * *Fase de sueño paradójico o R.E.M., con E.E.G. similar a estadio de vigilia. Actividad soñadora. El niño puede parecer despierto. Se ha relacionado con capacidad de adaptación y funciones de aprendizaje.*

- * *Fase de sueño lento o no R.E.M. Se divide, a su vez, en cuatro fases, desde la fase I (sueño ligero) a la fase IV (sueño profundo). Estadio fisiológicamente más organizado. Se acompaña de reparación energética o síntesis proteica.*

Aunque existen grandes diferencias interindividuales en las horas de sueño, lo característico es que después del nacimiento, el 50% del tiempo del sueño sea paradójico, reduciéndose este porcentaje progresivamente hasta llegar al 20% del adulto. La duración media de un ciclo de sueño (tiempo que separa dos fases de sueño paradójico), es en el niño de 60 minutos, en vez de los 90-120 minutos que dura en el adulto.

En el recién nacido y niño menor de 2 años existe una fase de sueño paradójico (s.p.) precoz de 30 a 40 minutos después de dormirse, mientras que en el niño mayor, el tiempo que transcurre hasta que aparece el s.p. es especialmente largo (aprox. = 120') con una primera fase de s.p. atípico e incompleto.

El sueño es un proceso fisiológico altamente organizado que se influencia mucho por el ambiente de cuidados del niño. La mayoría de los niños de nuestra cultura necesitan desarrollar mecanismos de control interno para permanecer dormidos. El papel de los padres es facilitar este proceso; una difícil tarea debido al significado que la separación y la autonomía tienen en los primeros años.

Los problemas que pueden plantear y el manejo de los mismos, va a diferir según la edad del niño.

5.1.1.- Neonatos y hasta 6 meses:

La respuesta de los padres a las necesidades del niño (comer, por ejemplo), dan lugar, habitualmente, a que éste aprenda a dormir más por la noche, ya que la interacción después de la comida es mayor durante el día, generalmente.

Si existe presión ambiental (por ejemplo, trabajo del padre, otros hijos, etc...) que provoque que el niño reciba mayor atención por la noche, éste no aprenderá a dormir es ese tiempo.

Duración del sueño ininterrumpido, habitualmente:

- * *a los 4 meses: de 6 a 8 horas*
- * *a los 6 meses: de 10 a 12 horas.*

Si el niño duerme con la madre se despierta, en general, con más frecuencia, debido a la respuesta de la madre en las fases R.E.M.

5.1.2.- De 6 a 12 meses:

Es frecuente que en la segunda mitad del primer año el niño se despierte por la noche en fases de sueño R.E.M.

Es preciso enseñar al niño a dormir solo en la cuna, utilizando sus propios mecanismos de control, sin requerir la presencia de los padres, lo que le ayudará también si se despierta por la noche.

5.1.3.- De 12 meses a 2 años:

La angustia de separación que, generalmente, aparece entre los 8-9 meses y los 18 meses, puede afectar también al patrón de sueño, bien como resistencia a la hora de acostarse, o despertándose llamando a gritos a sus padres.

El manejo puede incluir la provisión de objetos transaccionales (chupete, muñeco, etc...), que ayuden al niño en el dominio y control de la separación.

Explicar a los padres el rol de la separación/autonomía.

Explorar los sentimientos de los padres acerca de la separación, pueden preferir no dejarlo solo, por lo que no sería útil indicárselo.

5.1.4.- Niños de 18-24 meses y preescolares:

Entre los 18 meses y 2 años, la autonomía del niño puede llevarle a desear controlar todos los aspectos de su medio y con frecuencia tienen dificultades para ir a la cama o permanecer dormidos.

El manejo en esta edad puede requerir:

- * *Rutinas a la hora de acostarse, leerle o contarle cuentos, objetos transaccionales..., para ayudar al niño a hacerse la idea de dormir.*
- * *Refuerzos positivos para conductas adecuadas (por ejemplo, permanecer en la cama, conducta que el niño puede controlar; no dormir pronto, conducta que él no puede controlar).*
- * *Investigar la posible asociación con otros problemas generales de comportamiento, que pueden poner de manifiesto padres inconsecuentes, que no enseñan los límites o reglas, o estrés psicosocial.*

5.2.- PESADILLAS VERSUS TERRORES NOCTURNOS:

En general, son más atípicas de la edad preescolar, aunque en algunos niños pueden iniciarse precozmente. Si no se repiten con frecuencia, no traducen un problema, sin embargo, si son frecuentes, debe investigarse la posible existencia de estrés asociado.

ESTADIO DEL SUEÑO	CARACTERÍSTICAS	MANEJO
<p>Pesadillas</p> <p>Fenómeno del sueño R.E.M.</p>	<p>En general se recuerda. Son controlables. El niño rechaza volver a dormir.</p>	<p>Tranquilizar al niño.</p>
<p>Terrores nocturnos</p> <p>Fenómeno de la transición de la fase IV del sueño profundo.</p>	<p>Se acompaña de signos autónomos (taquicardia, sudoración, etc...). No se recuerdan. Son incontrolables. Vuelve a dormir con facilidad.</p>	<p>Tranquilizar a los padres. Asegurarles que el niño no sufre.</p>

En términos generales no es preciso utilizar ningún fármaco, salvo en situaciones muy angustiosas en las que el descanso familiar está muy comprometido y durante épocas muy cortas.

6.-RABIETAS.

Son, generalmente, la vía normal del niño pequeño (entre 1 y 3-4 años) para expresar su frustración. Deben considerarse manifestaciones normales del desarrollo, a no ser que sean muy frecuentes, violentas, prolongadas o persistan en la edad escolar.

El niño, a medida que comienza a hacerse independiente, se enfrenta a frustraciones debido a sus propias limitaciones de desarrollo, obstáculos físicos y/o restricciones impuestas por el adulto. Al tener poca habilidad para hablar acerca de sus experiencias tiende a lanzar fuera su incomodidad, temor o pena. Las rabietas no indican, por tanto, que un niño es "malo", sino que es la vía del niño para expresar que la situación está fuera de su control.

Existen factores que pueden predisponer a rabietas intensas o prolongadas en el tiempo, de tipo constitucional, familiar o del medio físico.

El manejo pediátrico de estas situaciones comienzan con consejos preventivos al final del primer año, informando acerca de la naturaleza y significado de las rabietas, asegurando que es una fase normal del desarrollo del niño, habitualmente autolimitada, y aconsejando, si es preciso, cuál puede ser la mejor manera de responder en esta situación.

Factores predisponentes para la existencia de rabietas persistentes y/o intensas

CAUSAS		
Características constitucionales	Comportamiento familiar	Ambiente físico
<p>Niño difícil, impulsividad. * * *</p> <p>Déficit del desarrollo motores o cognitivos. * * *</p> <p>Retraso del lenguaje. * * *</p> <p>Alteraciones sensoriales. * * *</p> <p>Enfermedad crónica que disminuye la tolerancia del niño al estrés.</p>	<p>No apoyo. * * *</p> <p>Muy restrictivo o rígido. * * *</p> <p>Punitivo o sobreindulgente. * * *</p> <p>Inconsciente o inconsecuente. * * *</p> <p>Existencia de cuidadores múltiples * * *</p> <p>Padres disfuncionales.</p>	<p>Muy restrictivo. * * *</p> <p>Con hacinamiento. * * *</p> <p>Ruidoso. * * *</p> <p>Competitivo (hermanos). * * *</p> <p>Privaciones materiales. * * *</p> <p>Presiones sociales.</p>
INTERVENCIÓN		
<p>Explicar la naturaleza del problema. * * *</p> <p>Evitar respuestas airadas. * * *</p> <p>Dar apoyo al niño. * * *</p> <p>Sugerir alternativas. * * *</p> <p>Interactuar con el niño una vez pasada la rabietas. * * *</p> <p>Si el niño lo requiere dejarle que se maneje solo.</p>	<p>Cambios en el patrón de interacción familiar.</p>	<p>Cambios del ambiente, si es posible. * * *</p> <p>Consultar con otros profesionales de salud.</p>

6.1.-GUÍA ANTICIPADA PARA LAS RABIETAS:

- * *Explorar y clarificar sentimientos paternos.*
- * *Dar seguridad a los padres: es un proceso normal del desarrollo y autolimitado.*
- * *Reconocer el estilo de los padres y las tensiones del medio que puedan favorecer las rabietas. Comprender las peculiaridades del niño.*
- * *Revisar las causas del ambiente que pueden contribuir a la frustración del niño.*
- * *Revisar la consistencia de los padres.*

Consejos prácticos:

- * *Evitar responder con ira y perder el control.*
- * *Reconocer que el niño se encuentra en una situación difícil y verbalizar los sentimientos del niño.*
- * *Ofrecer alternativas.*
- * *Cuando sea apropiado, dejar que el niño elabore su frustración sin interferencia del adulto.*
- * *Coger al niño en brazos para su propia seguridad, si fuera necesario, lo que, además, sirve para mostrar el apoyo.*
- * *Trasladar al niño a un lugar tranquilo (por ejemplo, su propia habitación), si la rabieta es demasiado intensa, no de manera punitiva.*
- * *Una vez pasada la rabieta, hablar empáticamente con el niño e interactuar.*

7.-ESPASMOS DEL SOLLOZO O CRISIS DEL LLANTO.

El espasmo de llanto se caracteriza por una pérdida breve del conocimiento debida a anoxia cerebral, en niños entre 6 y 18 meses, y que aparece en condiciones concretas.

Se distinguen dos formas:

7.1.-FORMA AZUL: *La más frecuente (80%). Se caracteriza por la pérdida de conciencia que aparece en un contexto de llanto, por reprimenda, frustración o dolor. El niño, al sollozar, acelera la respiración hasta bloquearse en inspiración forzada, aparece cianosis y pierde el conocimiento algunos segundos. En general, se trata de niños enérgicos, activos, a veces negativistas o coléricos y dominadores.*

7.2.-FORMA PÁLIDA: *Aparece un síncope por algún acontecimiento desagradable: dolor súbito, miedo, conmoción intensa, etc... Es más frecuente en niños tímidos, miedosos, dependientes, pasivos.*

En las dos formas puede aparecer hipertonia, movimientos clónicos de extremidades y revulsión de globos oculares, aunque es más frecuente la forma pálida. En ambos casos las crisis son breves, durando de algunos segundos a un minuto como máximo.

Cada niño presenta siempre el mismo tipo de crisis.

La evolución es benigna, no hay signos neurológicos asociados ni secuelas. La incidencia es, aproximadamente, del 4-5% en la población general. Habitualmente desaparecen hacia los tres años.

Manejo terapéutico:

- * *Tranquilizar el ambiente familiar, incluyendo a veces, abuelos y otros cuidadores.*
- * *Explicar la benignidad. Dar posibilidad a que se exprese la angustia familiar.*
- * *Se debe conseguir que el temor al espasmo no sirva de pretexto para eludir toda actividad educativa, evitando que la angustia conduzca a una actitud sumisa con el niño.*
- * *Evitar actuación intempestiva: pruebas complementarias, medicaciones, etc...*

8.- CONDUCTAS AUTORRECONFORTANTES.

8.1.-INTRODUCCIÓN:

Hay numerosas conductas llamadas a veces autosatisfactorias o autoestimulantes, que son de interés para padres y pediatras. El uso del chupete, tan ampliamente extendido, el chuparse los dedos o el pulgar, tocarse el pelo, lóbulos de las orejas, manipulación de genitales y/o masturbación, la succión de juguetes determinados, mecerse o balancear la cabeza, son conductas que aparecen a menudo en el normal desarrollo de los niños pequeños.

La atención pediátrica debería ofrecer guías a los padres que les ayuden a determinar los límites normales de tales conductas, tranquilizándolos frecuentemente.

De hecho, el uso de la estimulación corporal para la liberación de la tensión es más común en el niño pequeño que en el mayorcito y ha sido ampliamente observada, incluso en el feto. Así como los lactantes difieren temperamentalmente, las necesidades de la liberación de tensión varían y se manifiestan de diferentes maneras, que tienen probablemente múltiples determinantes.

8.2.-ESTIMACIÓN O VALORACIÓN DE LOS PADRES:

Las habilidades de los niños varían, de igual modo lo hacen de sus padres. Unos pueden ver el juego genital de sus hijos desde un punto de vista negativo, y otros interpretarlo como evidencia de crecimiento y maduración normales. Las actitudes de los padres frente a las conductas autorreconfortantes son fiel reflejo de su propia educación: unos no se preocuparán y no reaccionarán negativamente, y otros se pondrán tensos o ansiosos, reforzando la conducta no deseada por su propia ansiedad.

8.3.-MANEJO PEDIÁTRICO:

Se informará y tranquilizará a los padres cuando se haya estimado que las actitudes de los lactantes discurren dentro de la normalidad. Para ello se investigará acerca del interés que demuestra el niño por diversas partes del cuerpo, objetos transaccionales, juguetes favoritos, etc...; y por las respuesta de los padres.

Existen, por otra parte, conductas autoestimulantes que persisten durante los años escolares, o interfieren con el normal comportamiento social. Si estas conductas producen gran preocupación en los padres, está indicada una valoración más profunda de la interacción padres-niños.

Sin embargo, es frecuente que bajo la influencia del estrés, los niños mayorcitos regresen a las conductas autorreconfortantes por breves periodos de tiempo. El consejo pediátrico debe ser tranquilizados en la mayor parte de los casos. No obstante, deben tenerse muy en cuenta las actitudes de los padres y la familia frente a estas situaciones.

MANEJO PEDIÁTRICO DE LAS CONDUCTAS AUTORRECONFORTANTES

Comportamiento diversos	Reacciones de los padres	Intervención
<p><i>Succión de partes del cuerpo u otros objetos.</i> * * *</p> <p><i>Balaceo o movimientos de cabeza.</i> * * *</p> <p><i>Uso del chupete.</i> * * *</p> <p><i>Juguete favorito.</i> * * *</p> <p><i>Masturbación.</i></p>	<p><i>Despreocupación.</i> * * *</p> <p><i>Ansiedad, tensión.</i></p>	<p><i>Reforzar la respuesta paterna.</i> * * *</p> <p><i>Informar de la normalidad de tales conductas.</i></p>
Persistencia inapropiada		
<p><i>Cualquiera de las anteriores.</i></p>	<p><i>Preocupación.</i></p>	<p><i>Valorar en profundidad y aconsejar.</i></p>

9.- CONDUCTA ALIMENTICIA EN LACTANCIA Y PRIMERA INFANCIA.

El desarrollo de técnicas y habilidades alimenticias es complejo, depende de la maduración motora, emocional y social del niño, así como de su temperamento y relaciones con los miembros de su familia. Muchos factores constitucionales y ambientales pueden ayudar o impedir el progreso en la adquisición de hábitos saludables en la alimentación.

9.1.- GUÍA PREVENTIVA:

Para muchos padres su éxito como cuidadores es equivalente a la alimentación de sus hijos. Los niños que no cumplen las expectativas de los padres sobre la toma de alimentos, con frecuencia, son presionados o culpabilizados. Consecuentemente, los niños aprenden que sus acciones a medio plazo pueden atraer la atención e, incluso, precipitar alguna otra reacción familiar. A la larga, esta situación puede ser utilizada por algunos niños como la oportunidad para ejercer un control sobre su familia.

Para evitar o conseguir amortiguar los problemas de la alimentación, los padres deben ser informados sobre:

- * *El desarrollo normal en la adquisición de hábitos alimenticios.*
- * *Pautas y requerimientos dietéticos y calóricos, según edades.*
- * *Variabilidad individual del apetito, y en las diferentes etapas.*
- * *Signos reveladores de inicio para entrenamiento de técnicas nuevas.*
- * *Crecimiento ponderal estatural del niño.*
- * *Importancia de la administración de alimentos con buen valor nutricional y no tanto de la cantidad a ofrecer.*

9.2.- INTERVENCIÓN PEDIATRÍA:

Cuando los padres plantean, o se sospecha, que existe un problema de alimentación, deben explorarse las siguientes áreas:

- * *Experiencia presente a la hora de comer. Horario de comidas.*
- * *Historia anterior de la alimentación.*
- * *Otros aspectos que preocupen sobre la conducta del niño.*
- * *Si se permite al niño el desarrollo de iniciativas en otras áreas.*
- * *Estado de salud general del niño. Es vulnerable o tiene especial necesidad de ser alimentado por alguna razón.*
- * *Valores sociales y culturales de la familia asociados con el alimento.*
- * *Actitudes de los padres que puedan contribuir al problema.*

El conocimiento de estos antecedentes ayudará a individualizar el manejo del problema concreto. Para ayudar a los padres a conducirse con los problemas de alimentación, podemos usar las siguientes directrices generales.

- * *Estimular y potenciar la alimentación en los niños por sí mismos, cuando sean capaces de hacerlo (hacia los 9 meses), con utensilios adecuados.*
- * *Ofrecer pequeñas cantidades con oportunidad.*
- * *Ofrecer variedad de alimentos permitiendo que el niño elija (de importancia especial en el desarrollo autonómico).*
- * *Limitar el tiempo de duración de la comida. Elogiar libremente.*
- * *Permitir al niño comer con el resto de la familia, al menos algún tiempo.*

- * Ser consecuente con el momento, duración, lugar y disciplina de las comidas.
- * No usar con frecuencia el alimento como consuelo o recompensa.
- * Evitar forzar o amenazar a los niños para comer.
- * Evitar expresiones como "come por mamá", "esta cucharadita...", etc...

Estas directrices posibilitarán la transición satisfactoria a la autoalimentación con una dieta nutritiva y la capacidad de emplear la hora de comer para interacciones sociales positivas.

DESTREZAS ALIMENTICIAS DEL LACTANTE Y EN LA PRIMERA INFANCIA

<i>Capacidades motoras y mentales</i>	<i>Interacción</i>	<i>Preocupaciones</i>
De 0 a 6 meses		
<ul style="list-style-type: none"> * <i>Succión.</i> * <i>Manos a la línea media.</i> * <i>Alcanza, agarra.</i> * <i>Coordinación del reflejo succión-deglución.</i> * <i>Sigue a los padres con los ojos.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Dependencia total para alimentarse.</i> * <i>Puede iniciarse actividad de estimulación oral.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Incoordinación del reflejo succión-deglución.</i> * <i>Regurgitación.</i> * <i>Apatía. Toma limitada.</i> * <i>Lentitud en la alimentación.</i> * <i>Insaciabilidad.</i>
De 6 a 8 meses		
<ul style="list-style-type: none"> * <i>Se sienta.</i> * <i>Agarra los objetos.</i> * <i>Vocalización inespecífica.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Coge el alimento con los dedos.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Irregularidad.</i> * <i>Retraso en pedir la toma.</i> * <i>Atragantamiento.</i>
De 8 a 12 meses		
<ul style="list-style-type: none"> * <i>Presión pulgar-índice.</i> * <i>Camina.</i> * <i>Puede beber de una taza.</i> * <i>Vocalización específica.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Comienza a comer solo.</i> * <i>Come con cuchara.</i> * <i>Juega con la comida.</i> * <i>Inicia preferencias alimenticias.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Biberón en la cama.</i> * <i>Toma escasa.</i>
De 12 a 18 meses		
<ul style="list-style-type: none"> * <i>De pie, trepa.</i> * <i>Habla tres palabras.</i> * <i>Imita conductas.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Preferencias más significativas.</i> * <i>Autoalimentación.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>No se acaba la comida.</i> * <i>No destete.</i>
De 18 a 24 meses		
<ul style="list-style-type: none"> * <i>Buena coordinación.</i> * <i>Autonomía.</i> * <i>Mejora comunicación verbal.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Autoalimentación exclusiva.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Pica.</i>

10.-ADIESTRAMIENTO PARA EL CONTROL DE ESFÍNTERES.

El satisfactorio adiestramiento para el control de los esfínteres es un ejemplo de la interacción padres-hijos que conlleva resultados gratificantes mutuos.

Valoración del niño: *Puede esperarse que el niño bien adaptado, predecible, que acepta las instrucciones paternas, sea más fácilmente entrenado que el que tenga un temperamento más difícil, de oposición o lábil.*

Los niños adquieren los niveles de maduración con variabilidad individual.

Valoración de los padres: *Muchos padres inician el entrenamiento de esfínteres de sus hijos con confianza en su propia capacidad y en la habilidad del niño para conseguir el control urinario e intestinal. Pero otros padres no están tan seguros de ellos mismos, ni tan sensibles a las señales de predisposición por parte de sus hijos. Para proporcionar apoyo o ayuda se deben conocer las actitudes familiares al respecto, obtener la historia paterna del control esfinteriano y sus experiencias.*

10.1.-MANEJO PEDIÁTRICO:

El consenso en nuestra sociedad es que los niños no deberían ser menores de 18 meses de edad para iniciar el adiestramiento de esfínteres. Puede haber situaciones especiales que aconsejen posponerlo (nacimiento de un hermano, por ejemplo):

- * Debe estimularse a los padres para que busquen signos de "prontitud": siesta seca, ruidos intestinales tras la ingesta, uso de palabras específicas, etc... Es necesario poner al niño en un lugar confortable y seguro.*
- * Refuerzos verbales positivos son más afortunados que reprimendas tras posibles accidentes.*
- * No debe mantenerse al niño en el servicio durante largos periodos de tiempo, pocos minutos son suficientes.*
- * A veces, los movimientos intestinales se presentan inmediatamente después de haber abandonado el servicio: son pasos en el aprendizaje y no conductas deliberadas o descuidos. De persistir estos accidentes, el entrenamiento se pospondrá unas semanas, pues puede que el niño no esté preparado.*
- * El uso de laxantes, enemas o supositorios está desaconsejado.*

La mayoría de los niños alcanzan el control intestinal al mismo tiempo, e incluso antes, que el vesical.

Este entrenamiento es una tarea de desarrollo que puede ser dominada por la mayoría de los padres y niños, donde el apoyo e información pediátricos pueden ser necesarios.

A pesar de los mayores esfuerzos, pueden ocurrir dificultades a la larga. Las más frecuentes son la eneuresis nocturna y la encopresis.

RESPUESTAS DEL DESARROLLO EN EL MANEJO DEL ADIESTRAMIENTO DE LOS ESFÍNTERES

De 10 a 18 meses

18 a 30 meses

30 a 48 meses

Habilidades del niño

- * Camina solo.
- * Comunica sus necesidades.
- * Se esfuerza por adquirir autonomía.

- * Muestra signos de buena disposición:
 - Gestos y signos verbales.
 - Reducción de la frecuencia de la micción.
 - Regularidad de movimientos intestinales.
- * Responde a las alabanzas y le gusta agradar a los padres.

- * Alcanza el control intestinal.
- * Logra control vesical diurno y posteriormente nocturno.

Confianza de los padres

- * Aceptan y promocionan la independencia de los niños.
- * Organizan y conducen su aprendizaje.

- * Comentan los progresos de los niños con satisfacción.
- * Proveen de rutinas razonables para las evacuaciones.
- * Dedicar tiempo al niño.
- * Elogian al niño.

- * Continúan las rutinas.
- * Apoyos y elogios al niño.
- * Promocionan la independencia en áreas.

Preocupaciones

- * En el niño:
 - Temperamento difícil.
- * En los padres:
 - Inseguridad, estrictos.
 - Demandantes, ambivalentes.
 - Sobre permisivos.
 - Incapaces.

- * En el niño:
 - Irregular, dependiente.
 - Opositor, temeroso.
- * En los padres:
 - Demandantes.
 - Punitivos, apáticos.
 - Incapaces o erráticos.

- * En el niño:
 - Opositor, dependiente.
 - Fugas de atención.
 - Temeroso, irascible.
- * En los padres:
 - Estrictos.
 - Incapaces, derrotistas.
 - Abochornados.

Intervención

- * Ofrecer directrices preventivas.

- * Dar información para las prácticas de entrenamiento.
- * Reafirmar a los padres.

- * Interpretar las razones del problema.
- * Dar consejo de apoyo.
- * Sugerir rutinas y pautas

11.-BIBLIOGRAFÍA.

- 1. Ajuriaguerra J. Manual de Psicopatología Infantil. Ed. Masson. Barna. 1982.*

ANEXO IX

CONSEJOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (E.P.S.)

1.- QUÉ HACER CON EL NIÑO QUE TIENE FIEBRE.

Los valores normales de la temperatura corporal pueden variar hasta 1,5° C, según el grado de actividad, el tipo de ropa que lleve el niño en relación con la temperatura ambiente.

Si la fiebre no es muy elevada (inferior a 38,5° C) y no presenta ningún otro síntoma asociado (como diarreas o vómitos), compruebe que el niño no esté demasiado arropado, déjele solamente con un pijama de algodón y baje la temperatura de la habitación, abriendo la ventana, pero protegiendo al niño de las corrientes de aire. Déjele en reposo en cama y ofrézcale abundantes líquidos por boca (agua, zumos,...).

Al cabo de tres horas, vuelva a tomarle la temperatura y si está elevado o aparece cualquier otro síntoma como tos, diarrea, vómitos, debe avisar al pediatra.

Durante la espera:

- * *Bañe al niño con agua templada durante 10 minutos. Evite que el niño tire y pase frío frotándole con una esponja, mientras esté en el agua. Secándole muy bien a continuación.*
- * *Si utiliza antipiréticos (aspirina infantil, paracetamol):*
 - *No conviene usarlos antes de que hayan pasado cuatro o seis horas de una dosis previa.*
 - *No darlos asociados.*
 - *Dosis:*
 - a) *Aspirina infantil (ácido acetilsalicílico):*
1 comprimido cada 10 kg.- Cada 4-6 horas
 - b) *Paracetamol (apiretal):*
3 gotas por cada kg. de peso y toma. Cada 4-6 horas.

1.1.-FORMAS DE TOMAR LA TEMPERATURA:

1.1.1.- Método rectal:

Es el más recomendable para lactantes por ser el más rápido y seguro.

Antes de introducir el termómetro en el recto, asegúrese de que está limpio y con la barra de mercurio baja.

Coloque el niño echado sobre su espalda, retirele el pañal y sujétele las piernas hacia arriba. Introduzca el termómetro uno o dos centímetros y manténgale las nalgas sujetas con una mano, mientras con la otra sujete el termómetro, para evitar que en un movimiento brusco pueda romperlo.

La temperatura normal tomada por vía rectal es hasta 37,5° C siempre 1/2 grado por encima de la tomada en la axila o en la ingle).

1.1.2.- Método Axilar:

Es válido para cualquier edad.

Como en el método anterior, compruebe que el termómetro está limpio y la barra de mercurio baja.

Retírele la ropa del brazo en el que va a tomar la temperatura y coloque el bulbo del termómetro en el pliegue axilar. Crúcele el brazo sobre el cuerpo, apoyando la mano del niño sobre el hombro contrario y manténgale sujeto en esta posición durante al menos tres minutos.

La temperatura normal tomada por este método, está alrededor de 36,5° - 37° C.

1.1.3.- Método Inguinal:

Se procede como en los otros métodos en cuanto a la comprobación del termómetro, y se coloca éste en el pliegue inguinal, cruzándole las piernas y manteniéndole en esta posición durante tres minutos.

Igualmente, la temperatura normal por este método es de 36,5° - 37° C aprox.

1.2.-QUE DEBE DECIR AL PEDIATRA:

- * *Como tomó la temperatura*
- * *Cuanta fiebre tenía.*
- * *Qué medio utilizó para bajársela.*

2.-PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

- * *Controlar la temperatura del agua del baño.*
- * *Prevenir caídas desde los brazos de adultos.*
- * *Prevenir aspiraciones. Acostar al niño en decúbito prono (boca abajo) o lateral derecho (de lado).*
- * *No ponerle pendientes de aro, ni anillos ni pulseras.*
- * *Chupete de una pieza, no desmontable.*
- * *Si duerme en cuna, comprobar la distancia entre los barrotes. Poner protectores.*
- * *Cuando vaya en vehículos de motor, obtener métodos de sujeción adecuados.*
- * *Evitar los objetos pequeños al alcance de los niños. Evitar objetos punzantes o cortantes.*
- * *Cuando comienza el gateo y la deambulación hacer hincapié en la peligrosidad de los enchufes, cables, caídas, golpes contra objetos, precipitación de objetos, intoxicaciones, en la cocina y en el baño prohibir la entrada.*
- * *Ser consciente de los riesgos del fuego y líquidos calientes.*
- * *Impedir tocar objetos electrónicos y tapar enchufes.*
- * *Suprimir hábitos arriesgados.*
- * *Vigilar objetos y espacios más peligrosos: útiles de la cocina, costura, material de limpieza.*
- * *Barandilla de la cama imposible saltar. Si la salta, bajarla o acostar al niño en cama baja o colchón en el suelo.*
- * *No dejar en ningún momento solo al niño en áreas de riesgo (en casa o fuera de ella).*
- * *Poner especial cuidado en prevenir la precipitación desde ventanas, balcones, escaleras...*

3.-PAUTAS DE ACTUACIÓN SOBRE LA HIGIENE.

- * *En el R.N. baño diario tras la caída del cordón umbilical. Hasta la caída del cordón, indicar la aplicación de alcohol. No fajar.*
- * *Higiene de genitales.*
- * *Vestido. Algodón o lino. Evitar imperdibles y cintas. Cambio diario de ropa. Adecuar a la temperatura ambiental.*
- * *Condiciones de la habitación. Temperatura de 22° C aproximadamente, soleada, con buena ventilación. Si es posible, distinta a la de los padres.*
- * *Paseo: diario. Aprovechar durante el invierno las horas más soleadas. Hacerlo de manera contraria en el verano.*
- * *En general, para el niño de 1 año insistir en el baño diario, cuidado de genitales, paseos diarios.*
- * *A partir del año, comenzar a cepillar los dientes con cepillo pequeño suave y sin pasta, cambio diario de ropa interior, calzado apropiado para el período de aprendizaje a caminar: suela flexible, de piel, con pequeños refuerzos en el talón y laterales. Establecer una rutina diaria de actividad.*

4.-PAUTAS DE ACTUACIÓN EN PROBLEMAS DE VÍAS RESPIRATORIAS.

Si el niño no respira bien, le nota ruido de mocos y no los expulsa con facilidad, se le harán frecuentemente lavados nasales con suero fisiológico antes de cada toma de alimento, al acostarlo y siempre que le note congestionado.

Forma de hacerlo: *con suero fisiológico (comprado en farmacia o preparado en casa: en un vaso de agua 1/2 cucharadita de moka de sal). Se llena una jeringuilla, después se extiende al niño sobre la cama, boca arriba, con una mano girar la cabeza hacia un lado, tapar un orificio nasal y por el otro orificio introducirle a presión el suero de la jeringuilla. Repetir operación en el lado contrario.*

Se debe procurar que el ambiente de la habitación no este cargado (no fumar, no humos..., que haya humedad ambiental, poner apósitos de agua en los radiadores...).

En el caso que el niño presenta bronquitis y otra enfermedad diagnosticada por el pediatra, se efectuará tratamiento para facilitar el drenaje bronquial, eliminando las secreciones estancadas y las acciones perjudiciales sobre la pared bronquial.

Forma de hacerlo: *dándole golpecitos con la palma de la mano en ambos lados del pecho y en la espalda.*

5.-PAUTAS DE ACTUACIÓN SOBRE DIARREAS Y VÓMITOS.

Muy importante:

1º.-Recuerde siempre que en las diarreas y los vómitos no sólo se pierde agua, sino también "sales".

2º.-Las diarreas duran varios días. ¡No se impaciente!.

3º.-Nunca dar antibióticos. Pueden empeorar la situación.

5.1.-FORMA DE ACTUAR:

5.1.1.- Durante las 6 horas primeras, no dar nada de comer, solo dar de beber, en pequeñas cantidades (sorbos, cucharadas, etc.), el suero oral hiposódico que le mande su médico:

- *SUERO ORAL HIPOSÓDICO (sobres): Diluir un sobre en 1 litro y medio de agua hervida previamente o de agua mineral. Enfriarla antes de darla a beber.*

Otras alternativas, en caso de no disponer de suero oral son:

- *LIMONADA ALCALINA: Exprimir en un litro de agua hervida o mineral el zumo de dos limones, añadir dos cucharadas rasas de azúcar, una punta de cuchillo de bicarbonato y otra de sal.*
- *MEZCLA DE NARANJA: Añadir en 330 c.c. de zumo de naranja una cucharada sopera de azúcar, una punta de cuchillo de sal y completar con agua hasta tener un litro de mezcla.*

- *AGUA DE ARROZ: Hervir en un litro de agua, una taza de arroz durante 15 minutos aprox. Dar de beber el agua resultante.*

NOTA: Si vomita poner especial atención en dar pequeñas cantidades y que esté fría la mezcla. También puede emplearse Coca-Cola "sin burbujas", para lo que es suficiente con agitar la botella o batir la bebida.

5.1.2.- Pasadas las 8 primeras horas, comenzar a dar alimentos sólidos como: Arroz, puré de patatas, pescado y pollo cocidos, zanahoria, manzana, plátano, limón, etc. Y además, siempre que se le dé algo de beber, que sea de la mezcla indicada.

5.1.3.- Si con este proceder continúan las diarreas después de 4-5 días, consultar nuevamente al Pediatra para instaurar un nuevo tratamiento.

5.2.-TRATAMIENTO EN LOS LACTANTES:

5.2.1.- Durante las 4-6 primeras horas dar sólo las mezclas que se le indiquen.

5.2.2.- Si la lactancia es materna, continuar normalmente.

5.2.3.- Si la lactancia es artificial: diluir más la leche habitual que puede prepararse con agua de arroz.

5.2.4.- Si tomaba cereales, sólo se darán con arroz.

ANEXO X

INMUNIZACIONES

Una de las actividades preventivas con mejor relación coste-beneficio, más eficaz y más extendida es la VACUNACIÓN. Aunque el objetivo último de las inmunizaciones es erradicar la enfermedad, la meta inmediata es prevenir la enfermedad en los individuos y en los grupos. Con la vacunación se confiere protección directamente al receptor e indirectamente a sus contactos al interferir en la cadena epidemiológica, consiguiéndose una inmunidad comunitaria o de grupo cuando en una población determinada muchos de los individuos susceptibles están vacunados, con lo que disminuye la difusión de la enfermedad.

Las recomendaciones que ahora pueden hacerse, en cuanto a tipo de vacunas y número de dosis, deben entenderse como algo sujeto a modificaciones. Sin embargo, es necesario un consenso general para lograr ser eficaces. Por esto, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acuerda las modificaciones necesarias sobre vacunación infantil, afectando estos acuerdos a todas las Comunidades Autónomas para hacerlos efectivos. En el caso de nuestra Comunidad Autónoma, y previo debate del Departamento de Sanidad y Bienestar Social con el Comité Técnico de Salud Infantil, el calendario de niños hasta los 2 años es el siguiente:

CALENDARIO DE VACUNACIÓN A MENORES DE 2 AÑOS EN ARAGÓN (5-Mayo-1998)					
MESES					
0	2	4	6	15	18
Hepatitis B	Hepatitis B		Hepatitis B		
	Polio	Polio	Polio		Polio
	DTP	DTP	DTP		DTPa
	Haemophilus tipo b (Hib)	Haemophilus tipo b (Hib)	Haemophilus tipo b (Hib)		Haemophilus tipo b (Hib)
	Meningitis tipo c	Meningitis tipo c	Meningitis tipo c		
				Sarampión Paperas Rubéola	

1.- CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN HACER VARIAR LA CONDUCTA ESTÁNDAR.

1.1.- CRONOLÓGICAS:

1.1.1.- Intervalos entre dosis:

Los intervalos óptimos son de 6 a 8 semanas entre las dosis de primovacunación (el mínimo aceptable es de 4 semanas) y de 11 a 12 meses para las dosis de recuerdo. Sin embargo, no hay un intervalo máximo, ya que la mayoría de los autores consideran no necesario reiniciar la pauta de vacunación a pesar de haber transcurrido, incluso, años desde la última dosis. Se debe continuar la vacunación según el calendario correspondiente a su edad. **Hay que tener en cuenta que se vacuna para el futuro, no es necesario, por tanto, poner recuerdos obsoletos. Incluso el reiniciar la pauta puede conllevar un aumento en la frecuencia de reacciones adversas.**

1.1.2.- Recomendaciones generales:

- 1º) Se pueden simultanear varias vacunas (por ejemplo: DTP, Hepatitis B, Hib, Polio y Triple Vírica).
- 2º) No se debe administrar pertusis a partir de los 3 años.
- 3º) Las vacunas combinada antidifteria-tétanos-pertusis de célula entera y antihepatitis B (TRITANRIX-HepB™) sólo esta autorizada en niños hasta los 12 meses de edad.
- 4º) Para disminuir el número de inyecciones al vacunar de DTP, Hepatitis B y Hib, se puede administrar conjuntamente en la misma jeringa la vacuna combinada antidifteria-tétanos-pertusis de células enteras y antihepatitis B TRITANRIX-HepB™ con la vacuna antihaemophilus influenza tipo b HIBERIX™ del laboratorio Smithkline Beecham. Para ello, se debe desechar el disolvente de la jeringa de la vacuna HIBERIX reconstituirla con el contenido de la vacuna TRITANRIX-HepB hasta conseguir una suspensión homogénea. Debe utilizarse en plazo de 8 horas tras su reconstitución; pasado este tiempo debe desecharse. Existen dípticos y póster explicativos del proceso a disposición en los Centros de Salud y en el Servicio Provincial de Sanidad.
- 5º) Desde el 1/9/99 se suministra la vacuna conjugada antidiftérica-antitetánica, antitosferina **acelular** y antihaemophilus influenzae tipo b (INFANRIX-Hib de Smithkline Beecham) para disminuir el número de inyecciones y el número de reacciones adversas provocadas por la antitosferina celular.
- 6º) En el momento actual, la única vacuna frente a la Meningitis C autorizada en el Reino Unido para su uso en menores de un año es la vacuna Meningitec, del laboratorio Wyeth Lederle. Existe otra vacuna autorizada en el Reino Unido para uso en mayores de un año, la vacuna Menjugate, del laboratorio Chiron S.p.A. En España está prevista su autorización en Octubre del 2000 y, a partir de ese momento, su introducción en el nuevo Calendario de Vacunación.

7º) La vacuna conjugada frente a Meningitis C puede simultanearse con DTP, Hib y Hepatitis pero no puede administrarse conjuntamente en la misma jeringa por lo que necesita una nueva inyección intramuscular (región anterolateral del muslo en niños). En pacientes con trombocitopenia u otros desórdenes sanguíneos se puede administrar por vía subcutánea.

8º) La TV, en circunstancias extraordinarias (ambiente epidémico), puede adelantarse a los 12 meses.

1.1.3.- Situaciones especiales en general:

⇒ Niños que retrasan la dosis de los 2 meses deberán iniciar la primovacunación en la primera oportunidad posible.

⇒ Niños menores de un año que a los dos meses no han recibido ninguna dosis de vacuna antihepatitis B se vacunarán con la siguiente pauta:

1ª visita	DTP, Hepatitis B, Haemophilus b, polio, Meningitis C
2 meses	DTP, Hepatitis B, Haemophilus b, polio, Meningitis C
4 meses	DTP, Hepatitis B, Haemophilus b, polio, Meningitis C

⇒ Niños que retrasan la dosis de los 4 o 6 meses no es necesario reiniciar la pauta de vacunación; se les administrarán las vacunas que falten conforme la edad del niño.

⇒ Niños entre 6 y 12 meses que no han recibido ninguna dosis de antihemophilus tipo b sólo necesitarán dos dosis separadas por un intervalo de 4-8 semanas y el refuerzo a los 18 meses.

⇒ Niños mayores de un año que no han recibido ninguna dosis de vacuna se vacunarán con la siguiente pauta:

1ª visita	DTP, Hepatitis B, Hib, polio, Triple vírica, Meningitis C
2 meses	DTP, Hepatitis B, Hib, polio
4 meses	DTP, Hepatitis B, Hib, polio
10-16 meses	DTPa, Hib, polio
4-6 años	DT, polio
11-12 años	Triple vírica
Cada 10 años	dT

⇒ Niños que han recibido alguna dosis de antihemophilus influenzae tipo b. No está recomendado completar un pauta de primovacunación con vacuna con distinta proteína portadora del antígeno. Se deberá advertir de que la protección del niño puede no ser la esperada y ofertar Continuar con la vacuna que había venido recibiendo a su cargo mediante receta o comenzar la pauta de vacunación adaptándose a las recomendaciones anteriores.

1.1.4.- Situaciones especiales en la vacunación frente a la Meningitis C a partir de su autorización en el 2000:

La comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial llegó a un acuerdo mediante el que se aprobó introducir, a partir del otoño del 2000, la vacuna conjugada contra la Meningitis tipo C en los calendarios de vacunaciones, con un esquema de vacunación de tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Asimismo, la comisión acordó vacunar a otros grupos de edad en los que la eficacia de la vacuna de polisacáridos, actualmente utilizada, demostraba ser menor. En este sentido, se acordó vacunar prioritariamente también a niños hasta los 6 años de edad.

⇒ *A los niños menores de 6 meses se les irá vacunando conforme calendario oficial (coincidiendo con las vacunas de los 2-4 y 6 meses de edad).*

⇒ *A los niños de más de 6 meses y menores de 1 año, no vacunados previamente con la nueva vacuna conjugada, se les administrarán dos dosis de vacuna separadas, como mínimo, por un intervalo de un mes.*

⇒ *A los niños mayores de 1 año y menores de 6 años, no vacunados previamente con la nueva vacuna conjugada, se les administrará una dosis de vacuna.*

1.2.-VACUNACIÓN DE RECIÉN NACIDOS SEGÚN EL RESULTADO DE AgHBs DE LA MADRE:

1.2.1.- Niños nacidos de madre AgHBs (-):

Se deberá seguir el calendario estándar.

1.2.2.- Niños nacidos de madre con AgHBs (+):

⇒ *Niños que recibe la inmunoglobulina específica antihepatitis B en las primeras 12 horas de vida deben seguir la siguiente pauta: primera dosis al nacer, segunda dosis al mes o dos meses y tercera a los seis meses.*

⇒ *Niños que no han recibido inmunoglobulina específica antihepatitis B deberán seguir la siguiente pauta: primera dosis al nacer, **segunda dosis al mes de vida** y tercera dosis a los seis meses.*

<i>Al nacer</i>	<i>Antihepatitis B</i>
<i>1 mes</i>	<i>Antihepatitis B</i>
<i>2 meses</i>	<i>DTP, Hib, polio, Meningitis C</i>
<i>4 meses</i>	<i>DTP, Hib, polio, Meningitis C</i>
<i>6 meses</i>	<i>DTP, Hepatitis B, Hib, polio, Meningitis C</i>

1.2.3.- Niños nacidos de madre con AgHBs desconocido:

Deberán recibir la primera dosis de vacuna en las primeras 12 horas de vida y continuar el esquema de niños nacidos de madre con AgHBs (+) que no han recibido inmunoglobulina. Además se tomará una muestra de sangre de la madre para proceder lo antes posible a la determinación del AgHBs. Si el resultado fuera positivo se le administrará al niño una dosis de inmunoglobulina específica lo antes posible y no más tarde de 7 días.

1.3.-PATOLÓGICAS:

1.3.1.- Infecciones agudas:

Sólo contraindican la vacuna durante el período febril, fundamentalmente porque ante el inicio de una fiebre no se sabe la importancia de la causa que la produce. Ante una diarrea se debe aplazar la administración de polio oral por no estar garantizada su efectividad. En caso de sarampión se debe aplazar la vacuna dos meses a partir del inicio del exantema por la situación transitoria de déficit inmunitario.

1.3.2.- Tuberculosis:

Puede vacunarse desde el final del 2º mes de medicación bien administrada en caso de lesión activa. La simple conversión tuberculínica, sin lesión radiológica, no constituye contraindicación.

1.3.3.- Inmunodéficit (Congénitos y adquiridos):

Contraindican las vacunas virales atenuadas (TV y Po). En pacientes portadores de anticuerpos VIH, sin clínica, puede administrarse la TV, pero la polio oral constituye un riesgo para los contactos familiares afectos, por lo que puede sustituirse por la polio tipo Salk.

1.3.4.- Alergias:

No contraindican ninguna vacuna, salvo alergias graves y conocidas a componentes vacunales específicos (por ejemplo: alergia al huevo para la TV).

1.3.5.- Neuropatías evolutivas:

Contraindican la vacunación antipertusis. Los antecedentes familiares y las encefalopatías estables no la contraindican.

1.3.6.- Prematuridad:

No modifica el calendario vacunal. Ha de iniciarse de acuerdo con la edad cronológica.

1.4.-TERAPÉUTICAS:

1.4.1.- Antibioticoterapia:

En sí no modifica el calendario vacunal.

1.4.2.- Tratamiento con gammaglobulina o hemoderivados:

Pueden administrarse vacunas inactivadas a partir de la 3ª semana de la última dosis, o bien, vacunas atenuadas a partir del tercer mes. No se debe administrar nueva dosis de gammaglobulina hasta 15 días después de la vacunación.

1.4.3.- Corticoterapia por vía general:

Están contraindicadas las vacunas víricas atenuadas por el inmunodéficit transitorio.

2.-REACCIONES ADVERSAS.

Las vacunas de uso masivo son de alta eficacia y, la mayoría de las veces, inocuas. Las reacciones adversas más frecuentes son de poca consideración.

Es recomendable advertir a los padres en el momento de la vacunación de las reacciones más frecuentes y de la pauta a seguir en caso de que se produzcan.

2.1.-REACCIONES LOCALES:

2.1.1.- Eritema, dolor y tumefacción local. Se asocia, sobre todo, a la administración de la antipertusis y es más frecuente cuando se administra por vía subcutánea.

⇒ Granuloma residual

⇒ Infección local

⇒ Diarrea leve (puede asociarse a la administración de polio-Sabin, sobre todo en niños mayores).

2.2.-REACCIONES GENERALES HABITUALES:

2.2.1.- Febrícula en el plazo de 12-48 horas, tras la administración de DTP y Meningitis C. La fiebre alta se asocia más a la administración de antipertusis en niños mayores de 2 años.

2.2.2.- Reacción febril, adenopatías y exantema fugaz el 5º y 12º día después de la administración de la TV.

2.3.-REACCIONES GENERALES POCO FRECUENTES:

2.3.1.- Shock anafiláctico.

2.3.2.- Convulsiones y encefalitis. Puede asociarse a la antipertusis. El riesgo es mayor cuanto mayor es el niño. Constituye una contraindicación para dosis posteriores de dicha vacuna.

2.3.3.- Llanto persistente muy agudo, desacostumbrado. Se asocia a la vacuna antipertusis y cree puede tratarse de un síntoma de afectación encefálica.

2.3.4.- Irritabilidad y somnolencia en la Meningitis C.

3.-EN RESUMEN Y COMO PAUTA PRÁCTICA.

3.1.-ANTES DE ADMINISTRAR CUALQUIER VACUNA RECOGER LOS SIGUIENTES DATOS:

3.1.1.- ¿Tiene fiebre?:

No vacunar hasta pasados 7 días.

3.1.2.- ¿Tiene diarrea?:

No vacunar de polio oral.

3.1.3.- ¿Ha tenido sarampión?:

No vacunar hasta después de 2 meses del inicio del exantema.

3.1.4.- ¿Ha tenido tuberculosis?:

No vacunar antes de 2 meses de iniciado tratamiento.

3.1.5.- ¿Existe un problema o estudio pendiente de neuro, inmuno o alergología?:

Esperar hasta saber resultado.

3.1.6.- ¿Existe una neuropatía evolutiva?:

No antipertusis.

3.1.7.- ¿Existe inmunodéficit propio o VIH sintomático?:

No Po Sabin.

3.1.8.- ¿Existe contacto con enfermo VIH?:

No polio Sabin.

3.1.9.- Alergia a neomicina (comprobada):

No TV, no Po.

3.1.10.- Alergia grave al huevo:

No TV.

EN EL ÚLTIMO MES ¿HA TOMADO MEDICINAS O DEFENSAS?:

3.1.11.- Antibióticos:

Vacunar a partir del 7º día de finalizar la fiebre por infección aguda.

3.1.12.- Corticoides:

No vacunar de TV, ni polio oral.

3.1.13.- Gammaglobulinas:

DTP después de 3 semanas.

TV o Po después de 3 meses.

3.2.-TÉCNICA:

Se recomienda la administración I.M. por existir, con la administración subcutánea, más de un 50% de reacciones locales. Para llegar a la masa muscular hay que tener en cuenta la capa de tejido adiposo a la hora de elegir el tamaño de la aguja adecuado y tener en cuenta el ángulo de inclinación de la aguja cuando se administre la vacuna.

Como lugar de la vacuna se recomienda, la cara anterolateral del muslo, ya que existe menor riesgo de lesión ciática y, además, en región glútea por existir mayor cantidad de grasa y por la no deambulación del niño, está dificultando la absorción.

La triple vírica puede administrarse por vía subcutánea profunda o intramuscular. Una vez reconstituida la vacuna debe administrarse inmediatamente para que no pierda actividad.

Es importante efectuar la vacunación en condiciones de asepsia y utilizando material desechable. No se aconseja utilizar como antiséptico el alcohol; si se utiliza hay que asegurarse de que se evapore completamente, ya que puede inactivar el inmunoógeno.

Se debe garantizar la total ingesta de la vacuna oral, y si el niño vomita repetir la dosis.

3.3.-INFORMAR SIEMPRE a los padres de la posibilidad de REACCIONES ADVERSAS, comentando las más frecuentes. Informar, también, sobre la pauta de actuación en caso de que se produzcan.

3.3.1.- Si reacción local:

⇒ Aplicación de paños fríos.

3.3.2.- Si fiebre:

⇒ Antitérmicos.

⇒ Medidas físicas.

4.-SISTEMA DE REGISTRO.

4.1.-DOCUMENTO DE SALUD INFANTIL.

4.2.-EL CENTRO DE SALUD: *El centro debe garantizar un registro fiable, permanente y personalizado que permita las certificaciones futuras del estado vacunal del interesado. Para ello se puede optar por algunos de los siguientes sistemas o la combinación de varios de ellos:*

4.2.1.- Historia clínica.

4.2.2.- Fichero de inmunizaciones por edad y sexo.

4.2.3.- Registro informatizado.

5.- CALENDARIOS DE VACUNACIÓN EN OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

	0 m.	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	6 m.	7 m.	15 m.	18 m.
<i>Andalucía</i>	VHB		VHB DTP VPO Hib		VHB DTP VPO Hib		VHB DTP VPO Hib		VPO SPR	DTP Hib
<i>Asturias</i>			DTP VPO Hib		DTP VPO Hib		DTP VPO Hib		SPR	DTP VPO Hib
<i>Baleares Canarias</i>				DTP VPO Hib		DTP VPO Hib		DTP VPO Hib	SPR	DTP VPO Hib
<i>Aragón Cantabria Extremadura Galicia Madrid Navarra La Rioja Valencia</i>	VHB		VHB DTP VPO Hib		DTP VPO Hib		VHB DTP VPO Hib		SPR	DTP VPO Hib
<i>Castilla-León Castilla-La Mancha Cataluña</i>				DTP VPO		DTP VPO		DTP VPO	SPR	DT VPO
<i>Murcia</i>				DTP VPO Hib		DTP VPO Hib		DTP VPO Hib	SPR	DTP VPO Hib
<i>País Vasco</i>		BCG	DTP VPO Hib		DTP VPO Hib		DTP VPO Hib		SPR (12 m)	DTP VPO Hib

BCG: Bacilo de Calmet Guerin

DTP: Triple bacteriana (difteria, tétanos, pertusis)

DT: Doble bacteriana (difteria, tétanos)

VHB: Vacuna antihepatitis B

Hib: Vacuna antihaemophilus influenzae tipo b

SRP: Triple vírica (sarampión, paperas y rubéola)

VPO: Vacuna antipoliomielítica oral

6.-BIBLIOGRAFÍA.

1. **Forés García M.D., Solans Juliá P.** "Vacunaciones". *Manual de Atención Primaria.* Ed. Doyma.- 1986 (Barcelona).
2. **Red Book.** *Enfermedades infecciosas en Pediatría. Edición en español 1989, de la 2ª edición de la American Academy of Pediatrics.*- 1986.- Ed. Panamericana.
3. **Krugman S., Katz S.**- *JAMA en español* 1977.- 3: 467-470.
4. **Valtueña J.A.,** *Vacunación: falsas y auténticas contraindicaciones.*- *Jano.*- 1988.- 840: 2080.
5. **Varios autores.** *Vacunaciones.*- *Jano.*- *Noviembre 1987.*- *Vol. XXXIII extra.*
6. **Christopher Lethal.** *Naturaleza e incidencia de las reacciones adversas asociadas con las vacunas DTP y DT en los lactantes y niños.*- *Pediatrics.*- *Ed. Esp.*- 1981.- 5: 368-378.
7. **Fulginiti V.A.,** *Imunizations: current controversies.*- *J. Pediatr.*- 1982.- 101: 487-494.
8. **Hick J.F. et al.** *Longitud óptima de la aguja para las inyecciones de vacuna DTP en lactantes.* *Pediatrics.*- *Ed. Esp.*- 28: 41-42.
9. **Contraindicaciones de la vacunación en la infancia.** *Información terapéutica de la S.S.*- 1989.- 13: 62-65.
10. **Manual de vacunaciones.**- *D.G.A.*- 1989.
11. **Pautas para la correcta aplicación del nuevo calendario de vacunación en Aragón en niños menores de 15 años de edad.**- *D.G.A.*- 1998.

ANEXO XI

NORMATIZACIÓN Y REGISTRO DE FAMILIAS DE RIESGO PSICOSOCIAL

1.-GRUPOS DE RIESGO.

El trabajador Social intervendrá en las familias incluidas en alguno de los siguientes grupos de riesgo:

- * *Padres adolescentes (hasta 18 años).*
- * *Familiares monoparentales.*
- * *Familias extensas:*
 - *desorganización familiar*
 - *dependencia económica*
 - *conflicto entre los roles*
- * *Madres que manifiestan estado de ansiedad ante la llegada del nuevo hijo.*
- * *Padre/Madre toxicómanos o pertenecientes a algún grupo marginal.*
- * *Familias con dificultades económicas importantes.*
- * *Padre/Madre con enfermedad o disminución mental y/o física.*

2.-DATOS A TENER EN CUENTA EN LA HISTORIA U HOJA DE REGISTRO.

2.1.-GENOGRAMA:

Indica composición familiar (nº de miembros, relación de parentesco con el recién nacido, y edad); hace referencia a poder detectar en la visita del recién nacido los grupos de riesgo de madres adolescentes (menores de 18 años), familias monoparentales y familias extensas, que serían motivo de derivación al trabajador social en cuanto el personal de pediatría observe que afecta al normal desarrollo del recién nacido.

2.2.-TITULARIDAD DE LA VIVIENDA:

Se refiere a los posibles grupos de riesgo de la familia nuclear del recién nacido que no pueden independizarse, lo que puede originar problemas de asunción de roles, desorganización familiar y dependencia económica.

2.3.-INGRESOS FAMILIARES:

Es un dato que consideramos no oportuno en la visita del recién nacido, pero importante que se tenga en cuenta a lo largo de la relación de la familia con el Centro de Salud, cuando manifiesten o el personal de pediatría detecte que existen dificultades económicas derivadas de la nueva situación creada por la llegada del recién nacido.

En cuanto a los puntos de enfermedad mental, disminución psíquica y/o física y consumo de drogas, creemos ya están recogidos en la hoja o historia; de no ser así, pensamos puede ser un dato interesante por la posible implicación que puede tener en el cuidado del recién nacido.

3.-INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL.

La intervención del trabajador social vendrá determinada por el tipo de familia derivada y su actuación dependerá del grupo de riesgo en el que la familia esté incluida.

Entendemos que dicha actuación se realizará en colaboración con el equipo de pediatría y no de manera aislada.

Las actividades a desarrollar serán las siguientes:

- * Estudio de las actitudes y aptitudes de los padres hacia el recién nacido.*
- * Estudio de los posibles apoyos familiares.*
- * Adecuación de los recursos existentes a la problemática presentada.*
- * Colaboración con planificación familiar y derivación del caso si es necesario.*
- * Estudio de la organización familiar y seguimiento.*
- * Estudiar quién asume la responsabilidad del recién nacido y delimitar papeles en caso de que sea necesario.*
- * Información de programas de desintoxicación en caso de que algún progenitor sufra una toxicomanía.*
- * Colaboración con la Unidad de Salud Mental para el seguimiento del enfermo mental tratado.*
- * Derivación a la Unidad de Salud Mental en caso de enfermo mental no tratado.*

ANEXO XII

MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

1.-INTRODUCCIÓN.

El maltrato en la infancia es una constante que nos llega hasta nuestros días bajo patrones culturales y religiosos como instrumento educativo o, como en la actualidad, instrumento de ocio a través de las nuevas tecnologías.

La incidencia real de los malos tratos se desconoce. No obstante el maltrato infantil en nuestro país representa la segunda causa de muerte en los primeros cinco años de vida. En España, se efectuaron 2.575 denuncias de malos tratos a menores de 18 años en 1997, de ellas, 1.529 habían sido agredidos por sus padres.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estimaba en 1989 la existencia de 400.000 niños maltratados y 900 muertes por esa causa. En ambos casos, solo se denunciaron el 10%. Anualmente se viene abriendo cerca de 40.000 expedientes correspondientes a menores. Un 25% de los mismos son diagnosticados de algún tipo de malos tratos (físicos, psicológicos, abusos sexuales, abandono o negligencia, etc.) realizados en el seno de la familia.

Se calcula que el 1% de los niños españoles sufre algún tipo de maltrato físico, siendo más frecuente en menores de 2 años. El 18,9% de población adulta manifiesta, a través de las encuestas, haber sufrido abusos sexuales, siendo las niñas de 11 y 12 años la población de mayor riesgo. No se puede cuantificar los malos tratos psicológicos, cuyas secuelas emocionales son aún más importantes por afectar al desarrollo del menor.

En el ámbito epidemiológico se acepta que, por cada caso detectado, existen otros diez casos que no se detectan. Presuponer al maltrato infrecuente, que la violencia y el amor no pueden coexistir en la familia, que las personas normales no maltratan a sus hijos, que la violencia familiar solo se reduce a las clases sociales más bajas, no contribuyen a su conocimiento.

Es infrecuente la inclusión de este tema en los programas de formación. Además, su abordaje precisa una actuación interdisciplinar e interinstitucional (profesionales de la salud, trabajadores sociales, justicia, policía, servicios de salud mental, educación, etc.) que deben seguir un protocolo de actuación que abarque la prevención, detección precoz e intervención.

El maltrato infantil es un problema importante por su elevado coste social, problemas psicosociales y costes económicos. Pero lo más importante son los daños emocionales y en el desarrollo, que limitan la capacidad del niño para una óptima adaptación social en la edad adulta y la elevada asociación en el desarrollo posterior de comportamientos antisociales, actos violentos y la transmisión intergeneracional de los malos tratos.

Nuestra tarea se centra en la prevención, detección precoz y tratamiento integral y coordinado con los servicios sociales de los casos detectados.

2.- CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE MALOS TRATOS.

Existen varias definiciones de malos tratos pero todas se pueden resumir como:

MALTRATO ES UN ...	COMETIDO POR ...	QUE ...
<i>ACTO</i>	<i>UN INDIVIDUO</i>	<i>PRODUCE DAÑO FÍSICO O PSICOLÓGICO</i>
<i>OMISIÓN</i>	<i>UNA INSTITUCIÓN</i>	<i>PRIVA DE LIBERTAD Y DERECHOS</i>
<i>SUS CONSECUENCIAS</i>	<i>LA SOCIEDAD</i>	<i>DIFICULTA UN ÓPTIMO DESARROLLO</i>

Los malos tratos se pueden clasificar en:

MALTRATO FÍSICO	<i>Cualquier acción no accidental por parte de los padres, cuidadores u otras personas que provoque daños físico o enfermedad.</i>
ABUSO SEXUAL	<i>Cualquier clase de contacto o actividad sexual con un menor, realizado desde una posición de poder o autoridad sobre aquel.</i>
MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL	<i>Cualquier conducta, psíquicamente destructiva, de tipo intencional por parte del adulto, que cause o pueda causar deterioro en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño.</i>
NEGLIGENCIA O CARENCIA DE CUIDADOS FÍSICOS Y/O PSICOAFECTIVOS	<i>Falta de cuidados básicos, supervisión o atención que afecte al desarrollo físico, emocional y/o intelectual del niño, por parte de los padres o cuidadores. El máximo grado de negligencia es el abandono.</i>
MALTRATO PRENATAL	<i>Toda conducta que influye negativa y patológicamente en una embarazada y por lo tanto en el feto, ya sea parte de la propia gestante o causada por otras personas.</i>
MALTRATO INSTITUCIONAL	<i>Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por actuación u omisión, procedente de los poderes públicos y/o privados, que vulnere o pueda vulnerar los derechos básicos del menor, con o sin contacto con el niño.</i>

3.-DILEMAS MÉDICOS FRENTE A LOS MALOS TRATOS.

3.1.-EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS MALOS TRATOS:

- ⇒ *Dificultad para determinar si se trata de un acto voluntario o un accidente.*
- ⇒ *Dificultad para establecer diferencias entre maltrato o "correcciones autorizadas".*
- ⇒ *Dificultad para establecer, en los casos de omisión, si las negligencias son por incompetencia familiar o por las condiciones socio-económicas.*
- ⇒ *Dificultad para identificar el maltrato emocional o psicológico.*
- ⇒ *La imposibilidad de eliminar el elemento de subjetividad en la apreciación de cada caso.*

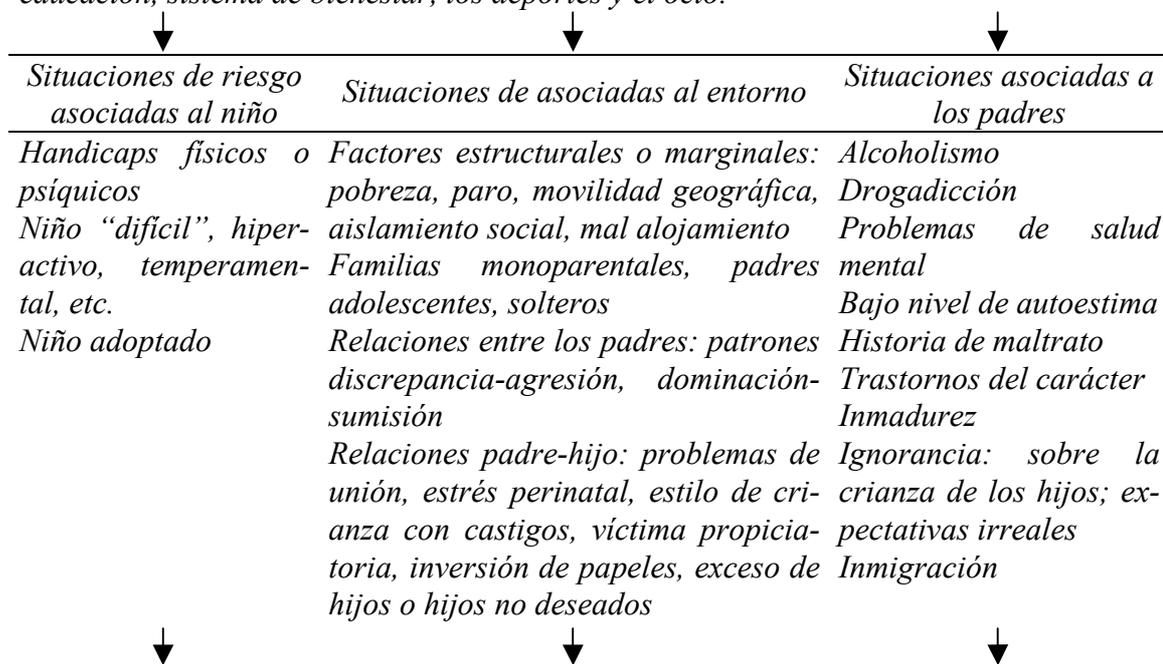
3.2.-DILEMAS ÉTICOS:

⇒ <i>En primer lugar, no perjudicar</i>	<i>La única prueba que puede confirmar o excluir este diagnóstico, es la observación directa del comportamiento violento o de una lesión intencionada.</i>
⇒ <i>La confidencialidad</i>	<i>Los casos de malos tratos implican la denuncia obligatoria a los servicios sociales.</i>
⇒ <i>El consentimiento responsable</i>	<i>El médico no puede garantizar nada en relación con la posibilidad de que la familia se vea perjudicada por las organizaciones de bienestar social o la policía.</i>

4.-MODELO EXPLICATIVO DE LOS MALOS TRATOS.

FACTORES SOCIOCULTURALES:

- ⇒ *Valores y normas relativas a la violencia y la fuerza; aceptabilidad del castigo corporal.*
- ⇒ *Estructura social jerárquica y desigualitaria; relaciones interpersonales desequilibradas.*
- ⇒ *Valores relativos a la competición frente a la corporación.*
- ⇒ *Sistema económico alienante y explotador; aceptación y facilitación de la pobreza permanente.*
- ⇒ *Devaluación del niño y otros subordinados.*
- ⇒ *Manifestaciones institucionales de los factores anteriores en la ley, asistencia sanitaria, educación, sistema de bienestar, los deportes y el ocio.*



SITUACIONES DESENCADENANTES:

- ⇒ *Disciplina.*
- ⇒ *Discusiones; conflictos familiares.*
- ⇒ *Alcoholismo-Drogadicción.*
- ⇒ *Problemas ambientales agudos.*



MALTRATO:

- ⇒ *Lesiones.*
- ⇒ *Negligencia; abandono.*
- ⇒ *Intoxicaciones.*
- ⇒ *Abusos sexuales.*
- ⇒ *Maltrato psicológico.*

Fuente: Clínicas de Atención Primaria: Violencia familiar y relaciones abusivas. Vol. 2/1993.

5.-INDICIOS ASOCIADOS A LOS MALOS TRATOS.

Ante la imposibilidad de diagnosticar el maltrato, es a través de la observación directa como nos tenemos que guiar, mediante la anamnesis y exploración física. Aunque no existen lesiones patognomónicas, sí hay una serie de signos inespecíficos y otros específicos, según el tipo de maltrato cuya repetición o combinación nos deben alertar.

5.1.-INDICIOS ESPECÍFICOS SEGÚN EL TIPO DE MALTRATO:

MALTRATO FÍSICO	<p>⇒ Desgarro del frenillo del labio superior o inferior en un lactante que no ha empezado a andar.</p> <p>⇒ Lesión dental inexplicable.</p> <p>⇒ Hematomas oculares bilaterales supuestamente debidos a un único golpe o caída.</p> <p>⇒ Contusiones en el pabellón de la oreja o en diferentes estadios de resolución.</p> <p>⇒ Quemaduras por inmersión en forma de guante o calcetín bien delimitadas, con demarcaciones definidas u objetos (cigarillos, “cuerda”), en dorso de la mano o por derramamiento en la espalda.</p> <p>⇒ Alopecia traumática.</p> <p>⇒ Fracturas de huesos largos, de costillas sin traumatismo mayor o RCP, múltiples o en diversos periodos de curación, espiral o transversal diafisal.</p> <p>⇒ Lesiones en áreas normalmente protegidas (vísceras, muslos, lengua, periné...) o que afectan a múltiples áreas del cuerpo no contiguas.</p> <p>⇒ Laceraciones supuestamente autoinfligidas en un lactante fuera de las áreas de alcance del niño.</p> <p>⇒ Intoxicaciones voluntarias o aspiración de cuerpo extraño.</p> <p>⇒ Mordeduras a una distancia igual o superior a 3 cm. entre los caninos maxilares que sugiere una dentición adulta.</p> <p>⇒ Lesión intrabdominal importante sin muestras externas ni declaración de traumatismo mayor.</p> <p>⇒ Sobredosis.</p> <p>⇒ S. Münchausen por poderes.</p>	<p>* LESIONES EN DIFERENTE NIVEL DE CURACIÓN.</p> <p>* INCOMPATIBLES CON:</p> <p>-LA EDAD</p> <p>-ANAMNESIS</p> <p>* CURAN SIN LA FAMILIA Y REAPARECEN CON ELLA.</p>
------------------------	---	---

<p>SÍNDROME DEL LATIGAZO EN < 2 AÑOS</p>	<p>⇒ Hemorragia subdural o subaracnoidea. ⇒ Hemorragia retiniana. ⇒ Lesión cerebral focal o difusa (pérdida de conocimiento, letargo o convulsiones). ⇒ Normalmente ausencia o presencia mínima de signos de traumatismo externo. ⇒ Lesión de columna cervical. ⇒ Fracturas de costillas o del hueso largo metafásial. ⇒ Fontanela abombada. ⇒ Aumento de la circunferencia de la cabeza > percentil 90.</p>
--	--

<p>MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL</p>	<p>⇒ Desaprobaciones y recriminaciones continuas. ⇒ Situaciones de terror. ⇒ El grito como forma de comunicación. ⇒ Sobreprotección anuladora. ⇒ Carencia afectiva. ⇒ No reconocer el deseo infantil. ⇒ Exigencias o expectativas desproporcionadas con la capacidad del niño.</p>
--	--

<p>CARENCIA DE CUIDADOS (ABANDONO)</p>	<p>⇒ Privación de alimentos: Retraso en el crecimiento. ⇒ Privación de higiene: Eritema de pañal severo. Ropa inapropiada para la estación climática. Infecciones frecuentes (parasitosis). ⇒ Privación de educación: Retraso madurativo. ⇒ Desprotección frente a riesgos: Accidentes frecuentes. ⇒ Privación de atención sanitaria adecuada. ⇒ Abandono. ⇒ Explotación laboral.</p>
---	---

<p>ABUSO SEXUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incesto • Estupro • Masturbación • Vejación • Violación • Exhibicionismo • Paidofilia • Explotación sexual 	<p>⇒ Dolor o lesiones en genitales o recto. ⇒ Disrupción del aspecto posterior del himen. ⇒ E.T.S. ⇒ Chlamidia no perinatal. ⇒ Condiloma acuminado no perinatal. ⇒ Trichomonas vaginales. ⇒ Herpes genital. ⇒ Embarazo.</p>	<p>DIFÍCIL DE DESCUBRIR EN EL AMBIENTE FAMILIAR POR:</p> <ul style="list-style-type: none"> * "CÓDIGO DE SILENCIO" * ESCASOS SIGNOS EXTERNOS DE AGRESIÓN
---	--	---

5.2.-INDICIOS INESPECÍFICOS :

OBSERVACIÓN DEL MENOR	<p>⇒ <i>Aspecto sucio, descuidado.</i></p> <p>⇒ <i>Con o sin lesiones típicas.</i></p> <p>⇒ <i>Retraso estatural y/o ponderal.</i></p> <p>⇒ <i>Retraso psicomotor.</i></p> <p>⇒ <i>Trastornos del lenguaje.</i></p> <p>⇒ <i>Trastornos en el aprendizaje.</i></p>
------------------------------	---

ACTITUD Y COMPORTAMIENTO DEL MENOR	<p>⇒ <i>RELATO DEL NIÑO REFIRIENDO ABUSO O SE QUEJA EXCESIVAMENTE, ESTA INCOMODO.</i></p> <p>⇒ <i>DESORDENES CONDUCTUALES:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Actitud defensiva o de alerta</i> * <i>Retraimiento y timidez</i> * <i>Inseguridad y miedos</i> * <i>Angustia y ansiedad si otro niño llora</i> * <i>Fobias al contacto</i> * <i>Mutismos o indiferencia</i> * <i>Depresión</i> * <i>Hiperactividad para llamar la atención</i> <p>⇒ <i>CONDUCTAS INAPROPIADAS PARA LA EDAD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Conductas sexualizadas (juegos, seducción)</i> * <i>Compresión prematura de la conducta sexual, fantasías</i> <p>⇒ <i>AGRESIVIDAD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Imitación de la conducta seguida con él</i> * <i>Búsqueda del castigo</i> * <i>Intentos de suicidio</i> <p>⇒ <i>BÚSQUEDA DE UNA IDENTIFICACIÓN POSITIVA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Intentan rescatar "aspectos humanos" de la figura agresora</i> * <i>Sentimiento de culpa</i> * <i>Pobre autoestima</i> * <i>El acting como forma de relación. "Merecer" el castigo y así recibir un mensaje de presencia</i> <p>⇒ <i>BAJA INICIATIVA E INTEGRACIÓN SOCIAL.</i></p> <p>⇒ <i>ALTERACIÓN EN LOS PROCESOS DE APRENDIZAJE:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Expresión de motivación negativa: "Aprender significa crecer"</i> * <i>Marco resistencial: "No crecer para no ser como el adulto maltratante"</i> <p>⇒ <i>CONDUCTA ANTISOCIAL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Delincuencia - Mendicidad</i> * <i>Absentismo escolar</i> * <i>Fugas de domicilio</i>
---	--

<p>FAMILIAS Y PADRES DE RIESGO</p>	<p>⇒ <i>Alcoholismo y otro tipo de toxicomanías.</i></p> <p>⇒ <i>Emigración.</i></p> <p>⇒ <i>Familias numerosas, hacinamiento.</i></p> <p>⇒ <i>Bajo nivel económico.</i></p> <p>⇒ <i>Bajo nivel cultural.</i></p> <p>⇒ <i>Paro.</i></p> <p>⇒ <i>Enfermedad mental en padres y/o familia.</i></p> <p>⇒ <i>Padres maltratados en la infancia.</i></p> <p>⇒ <i>Padres solteros.</i></p> <p>⇒ <i>Padres rechazados en el seno familiar.</i></p> <p>⇒ <i>Descompensaciones neuróticas postparto.</i></p>
---	---

<p>CONDUCTA DEL AGRESOR</p>	<p>⇒ <i>No puede explicar la fuente de la lesión.</i></p> <p>⇒ <i>Da explicaciones contradictorias.</i></p> <p>⇒ <i>Retraso injustificado en buscar atención sanitaria.</i></p> <p>⇒ <i>Acusa a otros de las lesiones.</i></p> <p>⇒ <i>No proporciona al niño bienestar ni seguridad.</i></p> <p>⇒ <i>Actitud de "control" o de enojo.</i></p> <p>⇒ <i>Expectativas no realistas sobre su hijo.</i></p>
--	---

<p>AMBIENTE FAMILIAR DE "ENCERRAMIENTO"</p>	<p>⇒ <i>AISLAMIENTO SOCIAL:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>"Aislarse"</i> * <i>"Ser aislado"</i> <p>⇒ <i>ENCAPSULAMIENTO FAMILIAR:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Introversión familiar que niega el mundo externo y la proyección de sus conflictos internos a él</i> <p>⇒ <i>INCREMENTO DE LA AGRESIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL SISTEMA FAMILIAR como consecuencia del aislamiento y encapsulamiento.</i></p> <p>⇒ <i>DOBLE VÍA DE ESCAPE DE LA AGRESIÓN EN EL SISTEMA FAMILIAR:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Externa: "Delincuencia y predelincuencia"</i> * <i>Interna: "Malos tratos"</i>
--	--

6.-PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LOS MALOS TRATOS.

<p>“ACTITUD ANTICIPATORIA”</p>	<p>⇒ Identificando los grupos de riesgo y registrando a la población pediátrica expuesta para conocer su prevalencia.</p> <p>⇒ Actuando sobre situaciones de marginalidad familiar a través unidades de apoyo (servicios sociales, salud mental, etc.) para establecer medidas encaminadas a lograr unas condiciones de vida tanto a nivel socioeconómico y ambiental que favorezcan el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.</p> <p>⇒ Realizando visita domiciliaria de enfermería en el período perinatal a grupos de alto riesgo. Solo existe evidencia científica en cuanto a prevención efectiva de esta actividad atendiendo las necesidades de la familia previo establecimiento de una relación de soporte.</p> <p>⇒ Observando indicios de malos tratos o negligencia en las visitas del programa del niño sano o de prevención y promoción y aumentando las visitas de seguimiento en los grupos de riesgo.</p> <p>⇒ Realizando E.P.S. mediante conversaciones anticipatorias sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> * El normal desarrollo del niño * Los métodos de disciplina y modelos de no violencia para canalizar el estrés. * Seguridad y prevención de accidentes * Alimentación e higiene * “Ataduras” y frustraciones de la paternidad * Recordatorio del calendario vacunal * Sistemas y redes de apoyo en la comunidad
<p>“ACTITUD POSITIVA”</p>	<p>⇒ Las actitudes y reacciones de los profesionales deben evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Los excesos: intervencionismo, acoso a la familia, actitud fiscalizadora, etc. * Los defectos: excesivas cautelas, “escaqueos”, miedos a posibles represalias, etc. <p>⇒ Se debe primar el respeto al niño y su familia, no permitiendo que el menor se sienta culpable y aceptando, en principio, la información emitida por la familia y/o cuidadores contrastándola con la observación y exploración física del menor.</p>
<p>REGISTRO OBJETIVO</p>	<p>⇒ A través de la historia clínica donde se deje constancia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Las lesiones y estado físico del niño, * Citas textuales del posible agresor y del niño * Conductas y actitudes de ambos * Interacciones

7.-ACTUACIÓN ANTE EL HALLAZGO DE MALOS TRATOS.

<p>ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL PROBLEMA</p>	<p>⇒ <i>Profesionales implicados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>De educación</i> * <i>De la salud</i> * <i>De protección de menores</i> * <i>De servicios sociales</i> <p>⇒ <i>Objetivo común:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Evitar la repetición del maltrato y las consecuencias en su desarrollo.</i> * <i>Favorecer la atención en su propia familia. siempre que ello sea posible, procurando la participación de sus padres o familiares más próximos en el proceso de normalización de su vida social. Solo en caso necesario, se utilizarían recursos alternativos que garanticen un medio idóneo para su desarrollo y adecuada evolución de su personalidad y educación.</i>
--	---

<p>NIVELES DE INTERVENCIÓN</p>	<p>⇒ <i>Médico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Tratamiento de lesiones o secuelas, incluidas las psicológicas</i> * <i>Inmunización o tratamiento profiláctico en caso de sospecha de contagio o cuando proceda (abuso sexual, embarazo, etc.)</i> * <i>Atención a los problemas del grupo familiar (alcohol, toxicomanías, psicopatológicas, etc.)</i> <p>⇒ <i>Social:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>La primera medida debe ir dirigida a hacer posible la convivencia en el medio familiar mediante el tratamiento del ambiente familiar sin separación del niño:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Consejo individual</i> - <i>Consejo de pareja y/o familiar</i> - <i>Grupos de ayuda mutua</i> - <i>Ayuda a domicilio mediante visitador entrenado</i> * <i>Cuando la familia no resulta válida por irrecuperabilidad del entorno familiar:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tutela o acogimiento familiar cuando se otorga la custodia a una persona o núcleo familiar temporalmente intentando el no desarraigo del entorno (colegio, amigos, etc.)</i> - <i>Otras alternativas al acogimiento como centros de día, pisos tutelados, residencias de menores</i> - <i>Adopción cuando no existe posibilidad de recuperación familiar</i>
---	--

<p>NIVELES DE INTERVENCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Otros servicios que pueden utilizarse de forma combinada:</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Servicios educativos para niños y adultos</i> – <i>Ayudas económicas</i> – <i>Orientación y consejo legal</i> – <i>Ocio y tiempo libre</i> <p>⇒ <i>Legal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Según la actual legislación (Ley 21/1987) la protección del menor la asume un órgano administrativo que puede automáticamente, y sin intervención jurídica, asumir la tutela del menor, y por los tanto suprimir la patria potestad. En dicha legislación solo los fiscales tienen funciones de protección del menor.</i> * <i>La responsabilidad del personal sanitario en el caso de detección de malos tratos incluye la ELABORACIÓN DE INFORME MÉDICO PRECEPTIVO y notificación a través del PARTE JUDICIAL (DE LESIONES) desde el propio centro o mediante comunicación a los servicios sociales de referencia. EL PROFESIONAL QUE NO DECLARE ESTA SITUACIÓN INCURRE EN MOTIVO DE DELITO.</i> * <i>El informe médico o el parte de lesiones debe incluir el registro objetivo de las lesiones</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Nombre, edad y dirección del niño</i> – <i>Nombre, edad y dirección de los padres</i> – <i>Nombre y dirección de la persona que acompaña al menor</i> – <i>Exploración física exhaustiva, pruebas complementarias fotografía de las lesiones, estado físico del niño y todo dato clínico relevante.</i> – <i>Citas textuales del posible agresor y del niño</i> – <i>Conductas y actitudes de ambos</i> – <i>Interacciones</i> – <i>Descripción del suceso o situación del maltrato</i> – <i>Intervenciones en relación al problema</i>
---------------------------------------	---

<p>ACTITUD ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA O ALTO RIESGO PARA EL MENOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ <i>Asegurar el ingreso urgente en un centro hospitalario.</i> ⇒ <i>Informar a los padres de las razones clínicas del ingreso, en caso de negativa se puede avisar a la policía.</i> ⇒ <i>Comunicar directamente al hospital el ingreso.</i> ⇒ <i>Tramitación del parte judicial de lesiones.</i> ⇒ <i>Mantener el ingreso hasta garantizar la protección del menor fuera del hospital.</i> ⇒ <i>Seguimiento en coordinación con las instituciones y profesionales implicados.</i>
--	--

<p>ACTITUD ANTE SITUACIONES DE RIESGO NO INMEDIATO</p>	<p>⇒ Comunicación verbal o a través de impresos normalizados al trabajador social del centro de salud o servicios sociales de la zona, que se encargará de notificar la situación a los servicios de protección del menor de la CC.AA. u organismo competente junto al informe médico</p> <p>⇒ Aumentar los controles periódicos a nivel sanitario y social y apoyo en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Mejorar las habilidades de manejo de las situaciones conflictivas con el niño * Mejorar el nivel de tolerancia y control de la agresión * Enseñar las necesidades físicas y psíquicas del niño * Tratamiento de los problemas familiares <p>⇒ Mantener contactos y coordinación con los profesionales e instituciones implicadas</p> <p>⇒ Registro sistemático y objetivo en historia clínica, y en caso de confirmación de malos tratos, la notificación y emisión del informe médico y parte judicial preceptivos.</p>
---	---

<p>DIRECCIONES DE INTERÉS</p>	<p>⇒ SERVICIO DE PROTECCIÓN DEL MENOR DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Nombre: Servicio de Protección del Menor * Dirección: Mariano Supervía, 27. 50006 Zaragoza * Teléfonos: 976.71.50.04 (secretaría del servicio) 976.71.52.89 (recepción) 976.55.65.65 (atención 24 horas) * Titular: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón <p>⇒ FISCALÍA DE MENORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Teléfono: 976.22.95.70 <p>⇒ INFORMACIÓN DE JUZGADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Teléfono: 976.20.81.00
--------------------------------------	--

8.-BIBLIOGRAFÍA.

1. **Carreras Manchado C.** Detección de malos tratos y/o falta de cuidados en el niño. En: *Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria. Módulo 4. Papps & Semfyc eds. Renart. Barcelona 1997; 217-222.*
2. **Violencia familiar y relaciones abusivas.** *Clinicas de Atención Primaria. Volumen 2/1993. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid. 1993.*

MODELO DE PARTE DE JUZGADO (ÁREA 3)



INSALUD  ZARAGOZA

CENTRO DE SALUD:

.....

Parte nº

PARTE AL JUZGADO

Ilmo.

Señor:

Siendo las _____ horas del día _____ ha sido asistido por el médico D/Dª _____

_____ colegiado nº _____ **EL/LA LESIONADO/A** quien refiere

llamarse D/Dª _____ domiciliado/a

en _____ calle _____ nº _____ DNI _____ Estado

Civil _____ teléfono _____ y que presenta a la exploración las siguientes **LESIONES**.

Descripción detallada y localizaciones:

.....
.....
.....
.....
.....

de pronóstico _____ salvo complicaciones, aconsejándole _____

HECHOS: según nos manifiesta el lesionado/a el suceso ocurrió en _____

_____ a las _____ del día _____

a causa de _____

fortuito trabajo tráfico agresión intoxicación

otros (especificar) _____

OBSERVACIONES: _____

Lo que participo a Ud. Para su conocimiento y efectos oportunos:

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo: _____
EL MÉDICO DE GUARDIA

ILMO SR. JUEZ _____

MODELO DE PARTE DE JUZGADO (ÁREA 2 Y 5)

 <p>INSALUD ATENCIÓN PRIMARIA Áreas 2 y 5.- ZARAGOZA</p> <hr style="width: 20%; margin: 10px auto;"/> <p>C/. Condes de Aragón, 30 50009 ZARAGOZA</p>	<p style="text-align: right;">Parte Nº</p>
PARTE AL JUZGADO	
<p style="text-align: center;">Ilmo. Señor:</p> <p style="text-align: center;">Siendo las.....horas del día.....ha sido asistido en este Centro, por médico asistente Dr. D....., Colegiado núm..... Especialidad</p> <p>LESIONADO D.....de años domiciliado encallenúm. D.N.I., estado civil, teléfono</p> <p>LESIONES presenta..... pronosticadas de el tratamiento ha consistido en..... el lesionado ha pasado a</p> <p>HECHOS Según manifiesta..... las lesiones se produjeron a las horas del día en ocasión de..... En la localidad deen</p> <p style="text-align: center;">Fortuito Trabajo Tráfico Agresión Intoxicación</p> <p>OBSERVACIONES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Significando al juzgado que, tan pronto se conozcan los datos de los gastos habidos, serán remitidos para su unión a las actuaciones, a los debidos efectos.</p> <p style="text-align: center;">Zaragoza, a de El Médico de 19.....</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: Dr.</p> <p>ILMO. SR. JUEZ CIUDAD</p>	

A.P.1.

ANEXO XIII

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

La incidencia de cardiopatías congénitas viene a ser de 8 a lo casos por cada 1000 nacidos vivos. A nivel de Asistencia Primaria con una buena exploración, radiografía y ECG, estamos en disposición de realizar una buena valoración inicial del problema, separando los llamados soplos funcionales o inocentes que pueden ser controlados ambulatoriamente, de las posibles cardiopatías que deberán ser remitidas al Cardiólogo Infantil para su posterior estudio.

1.-EXPLORACIÓN CARDIOLOGÍA.

1.1.-ANAMNESIS FAMILIAR Y GESTACIONAL:

* Valorar:

- *Consanguinidad entre los padres (mayor frecuencia de c. congénitas).*
- *Familiares próximos con cardiopatías, sobre todo a nivel de hermanos.*
- *Incidencias durante el embarazo: Exposición a infecciones y/o agentes teratógenos en el curso de la gestación.*
- *Existencia de diabetes materna. Mayor incidencia de Miocardiopatía Hipertrófica.*
- *Antecedentes de Mortalidad Perinatal.*
- *Edad gestacional. Mayor incidencia de Ductus en Prematuros.*

1.2.-ANAMNESIS PERSONAL:

* *Existencia de soplo cardiaco y momento de su detección.*

* *Sintomatología sugerente de Cardiopatía:*

- En lactantes:
 - *Disnea en las tomas*
 - *Rechazo de la tomas*
 - *Hipersudoración*
 - *Hipodesarrollo*
 - *Oliguria*
 - *Palidez o cianosis periférica*
 - *Aumento de peso por retención hídrica (Edemas)*
 - *Infecciones broncopulmonares de repetición*
- *Sugerentes de shunt I-D*

- En niños mayores:
 - Disnea
 - Cianosis
 - Oliguria
 - Edemas
 - Artralgias
 - Síncope. Lipotimias
 - Dolor Precordial
 - Palpitaciones

1.3.-EXPLORACIÓN:

1.3.1.- Inspección: Con especial atención a:

- * *Fenotipo: Típica la asociación de cardiopatías específicas en determinados síndromes. Así S. de Down (canal atrioventricular), Turner (Coartación Aórtica), Marfan (Aneurisma Ao), etc.*
- * *Coloración de la piel: Valorar siempre con luz natural.*
- * *Existencia de Distres respiratorio.*
- * *Hábito Corporal: En Asténicos son más frecuentes los soplos inocentes.*
- * *Deformidades Torácicas. Aumento de diámetro antero-posterior de tórax, descartar cardiopatía con hipertensión pulmonar.*
- * *Existencia de otras malformaciones congénitas.*

1.3.2.- Palpación:

- * *Palpación precordial, determinado el latido de la punta.*
 - *En lactantes normales se palpa en el 3-4 espacio intercostal izquierdo, línea medioclavicular.*
 - *En niños de 2.5 años, se palpa en 4 EII y en mayores de 5 años en 5 EII.*
 - *En casos de Hipertrofia Ventricular derecha se palpa en hueco xifoideo y en casos de HVI en línea mamilar.*
- * *Presencia de Frémitos, indicativa de soplos de gran intensidad.*
- * *Palpación de pulsos periféricos, comparando ambos lados (Carotideos, braquiales y femorales).*
- * *Palpitación abdominal: Descartando existencia de Hepatomegalia. Recordar que hepatomegalias de hasta 3 cms. de bordes blandos pueden ser normales en lactantes.*

1.3.3.- Auscultación:

- * *Indispensable que el niño esté tranquilo, aprovechar mientras duerme o auscultar en brazos de la madre, o utilizar el chupete.*
- * *Auscultar todos los focos, para posteriormente auscultar cuello, axilas, y dorso del tórax, buscando posibles irradiaciones del soplo.*
- * *Valorar en primer lugar la Frecuencia Cardíaca.*

- *Cifras normales: R.N. ..70-170 x*
Menores de 1 año ..80-160 x
Mayores de 1 año ..70-110 x

* *Tonos cardiacos:*

El primer tono se oye único, mientras que el segundo tiene dos componentes correspondientes al cierre de la válvula aórtica y al cierre de la pulmonar.

Habitualmente el segundo tono se oye desdoblado en la inspiración, unificándose en la espiración.

Si el desdoblamiento es fijo (persiste durante la espiración), suele ser patológico.

Así en casos de desdoblamiento fijo del segundo tono, siendo los dos componentes de igual intensidad, pensar en CIA-OS.

Si hay desdoblamiento amplio y fijo, con disminución del segundo componente, pensar en E.P. con septo íntegro.

Si el segundo ruido está ampliamente desdoblado con los dos componentes de igual intensidad, pensar en bloqueo de rama derecha.

Si hay desdoblamiento paradójico (es decir, que disminuye en la inspiración) pensar en sobrecarga ventricular izquierda (estenosis aórtica, luctus, enfermedad miocárdica).

A veces puede oírse un tercer tono y hasta un cuarto que puede ser fisiológico en los primeros años de vida.

La intensidad de los tonos está aumentada al aumentar el volumen de expulsión (fiebre, anemia, ejercicio físico). Si hay disminución en la intensidad de los tonos pensar en una miocarditis.

* *Existencia de soplos:*

Los más frecuentes son los sistólicos aunque la mayoría son inocentes. Los diastólicos son casi siempre patológicos.

Los soplos continuos ocupan tanto la sístole como la diástole. Son típicos del Ductus o puede corresponder a un murmullo venoso (fisiológico).

La intensidad del soplo se cataloga de 1 a 6, por encima de 4 se palpa frémito.

* *Existencia de clics o chasquidos:*

Son ruidos anormales que se producen tanto en la sístole como en la diástole.

Los más frecuentes en la infancia son los protosistólicos (cerca del primer tono), son típicos de la válvula aórtica bicúspide y de la Estenosis aórtica. Los clics diastólicos son más frecuentes en adultos.

* *Existencia de alteraciones del ritmo:*

Descartando la presencia de: Extrasístoles, latidos ectópicos, etc.

1.3.4.- Tensión arterial:

Para poder valorarla hay que tomarla siempre en ausencia de cualquier proceso infeccioso agudo.

Utilizar manguito adecuado, tiene que cubrir las dos terceras partes del brazo. Si las cifras son patológicas, asegurar el diagnóstico tomándola tres días seguidos y a ser posible por la misma persona. Existen tablas de cifras normales según edad y sexo. La cardiopatía que más frecuentemente causa hipertensión es la Coartación Aórtica.

1.4.-EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

1.4.1.- Radiografía del tórax:

* *Conviene valorar:*

- *Tamaño del corazón. Descartando existencia de cardiomegalia. Recordar el índice Cardiotorácico debe ser inferior a 0,5.*
- *Vascularización pulmonar:*
 - *Si este aumentada, pensar en Cortocircuito I-D (CIV, Ductus, etc.).*
 - *Si este disminuida, pensar en obstrucción tracto de salida de VD, (Estenosis pulmonar más frecuente).*

1.4.2.- E.C.G.:

* *Valorar:*

- *Eje cardíaco:*
 - *Normal: En R.N... 135° (60°-+180°)*
1° año... 60° (0°-+100°)
De 2 a 10 años... 65° (30°-+90°)
 - *Si el eje está desviado a la derecha (90°-180°)... Signo de HVD.*
 - *Si está desviado a la izquierda (0-90°), pensar en CIA-OP, A. Tricúspide.*

1.4.3.- Signos de Hipertrofia ventricular:

Hipertrofia ventricular Derecha (HVD):

* *En el recién nacido:*

- *Signos de Orientación:*
 - *Eje derecho*
 - *Crecimiento de Aurícula derecha*
 - *R exclusiva en VI*
- *Signos de confirmación:*
 - *T positiva en VI después del 4° día de vida*
 - *qR en VI*
 - *R en VI mayor de 20 mm.*
 - *S en V6 mayor de 10 mm.*

- * *En el niño mayor:*
 - *Signos de orientación:*
 - *Eje derecho, mayor de lo correspondiente a su edad*
 - *Crecimiento de Aurícula derecha*
 - *Signos de confirmación:*
 - *S en D1 mayor de 10 mm.*
 - *R en D3/R en D2 mayor de 1.4*
 - *R o R' en V1 mayor de lo correspondiente a su edad*
 - *R o R' en V1 más T negativa en V1... HVD grave*
 - *R o R' en V1 más T negativa desde V1 a V5... HVD muy grave*
 - *S en V6 mayor de su edad*
 - *Relación R/S mayor de 1 con T positiva en V1... HVD moderada*

Hipertrofia ventricular izquierda:

- * *En el recién nacido:*
 - *R en V6 mayor de 15 mm.*
 - *S en V1 mayor de 20 mm.*
 - *q en V6 mayor de 3 mm.*
- * *En el niño mayor:*
 - *Signos de orientación:*
 - *Eje izquierdo, mayor de lo correspondiente a su edad*
 - *Crecimiento de la aurícula izquierda*
 - *Signos de confirmación:*
 - *R en V6 mayor de su edad*
 - *S en V1 mayor de su edad*
 - *S en V1 más R en V5 o V6 (la más alta) mayor de 30 mm. en menores de 1 año o mayor de 40 mm. en mayores de 1 año*
 - *Cualquier de las tres anteriores más:*
 - T plana en V5-V6...HVI moderada*
 - T negativa en V5-V6...HVI grave*
 - *q en V6 mayor de su edad con T altas en V6*
 - *Relación R/S en V6 mayor de su edad*
 - *Relación R/S en V1 menor de su edad*

Hipertrofia Biventricular:

- * *En el recién nacido:*
 - *Signos directos de HVD más HVI*
 - *HVD más ... q mayor de 2 mm. en V6*
 - R en V6 normal con T alta y positiva*
 - T negativa en V6*
 - *HVI más R o R' en V1 de buen tamaño o R/S en V1 mayor de 1*
 - *ECG normal en un R.N. con cardiomegalia*

- * *En el niño mayor:*
 - *Signos directos de HVI más HVD*
 - *HVD más q mayor de 3 mm. en V5-V6*
 - R en V6 buena*
 - T negativa en V6 con T positiva en V1*
 - *HVI más R o R' en V1 de buen tamaño o R/S en V1 mayor de 1*
 - *R altas y S profundas en V3-V4, si R más S superior a 50 mm.*

Con esta pauta podemos seleccionar perfectamente aquellos niños que deben ser derivados al Cardiólogo Infantil para exploraciones más sofisticadas (ECO bidimensional, cateterismo, etc), de aquellos niños con soplos funcionales o inocentes que pueden ser controlados ambulatoriamente.

Soplos funcionales:

Son aquellos que no se acompañan de anomalías cardíacas. Suelen ser un hallazgo casual, no se acompañan de sintomatología y la Rx y el ECG son normales.

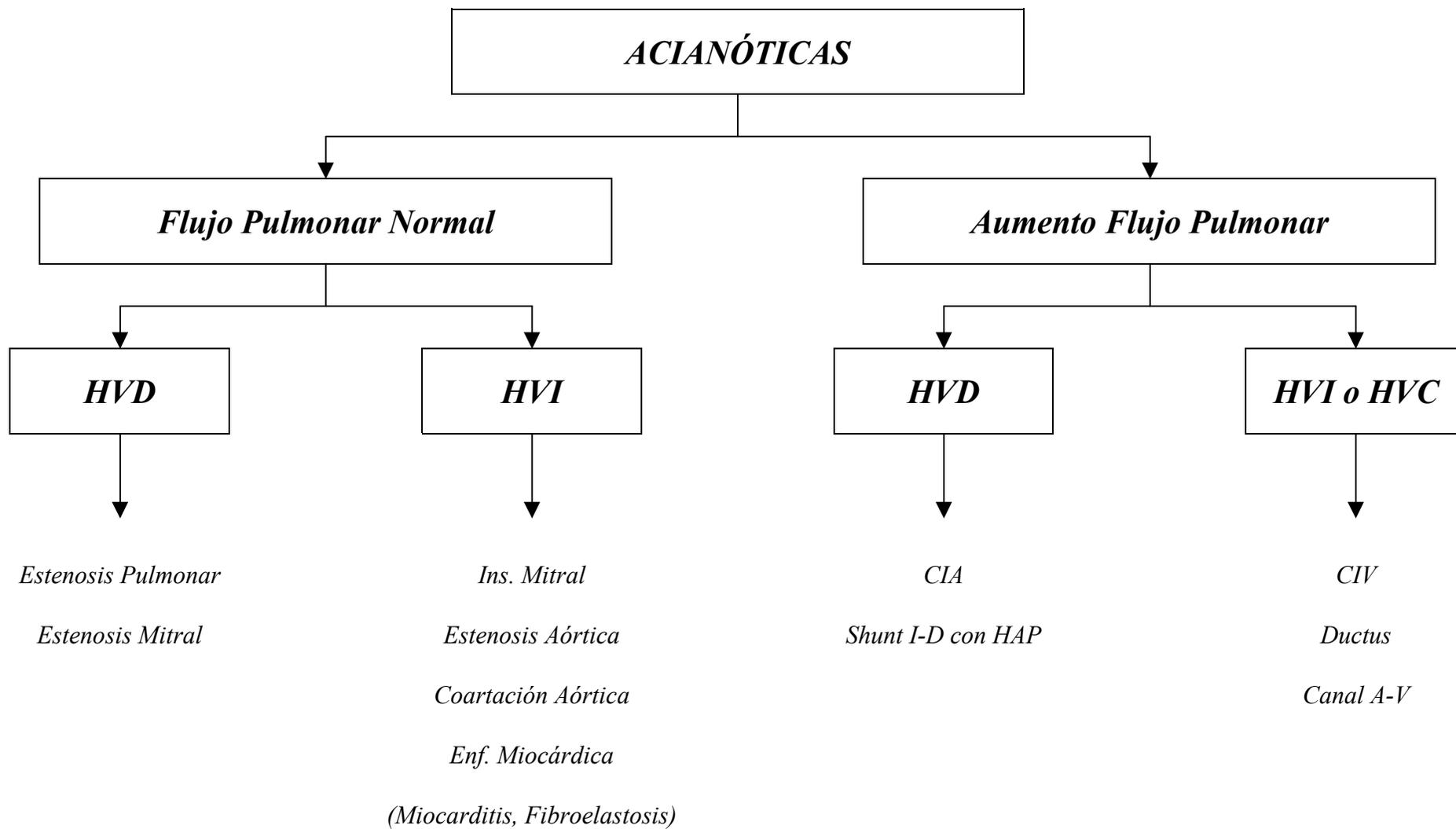
Afectan al 30-50% de la población y desaparecen en buena parte con el crecimiento. La máxima frecuencia se da entre los 3-6 años.

- * *Características generales:*
 - *Niño Asintomático*
 - *Localización preferente en borde esternal izquierdo*
 - *Tonos Cardíacos Normales*
 - *Son casi siempre sistólicos, ocupando solo una parte de la sístole*
 - *Intensidad no superior a 2 sobre 6*
 - *Suelen tener un timbre musical y vibratorio*
 - *La Rx. y el ECG son normales*

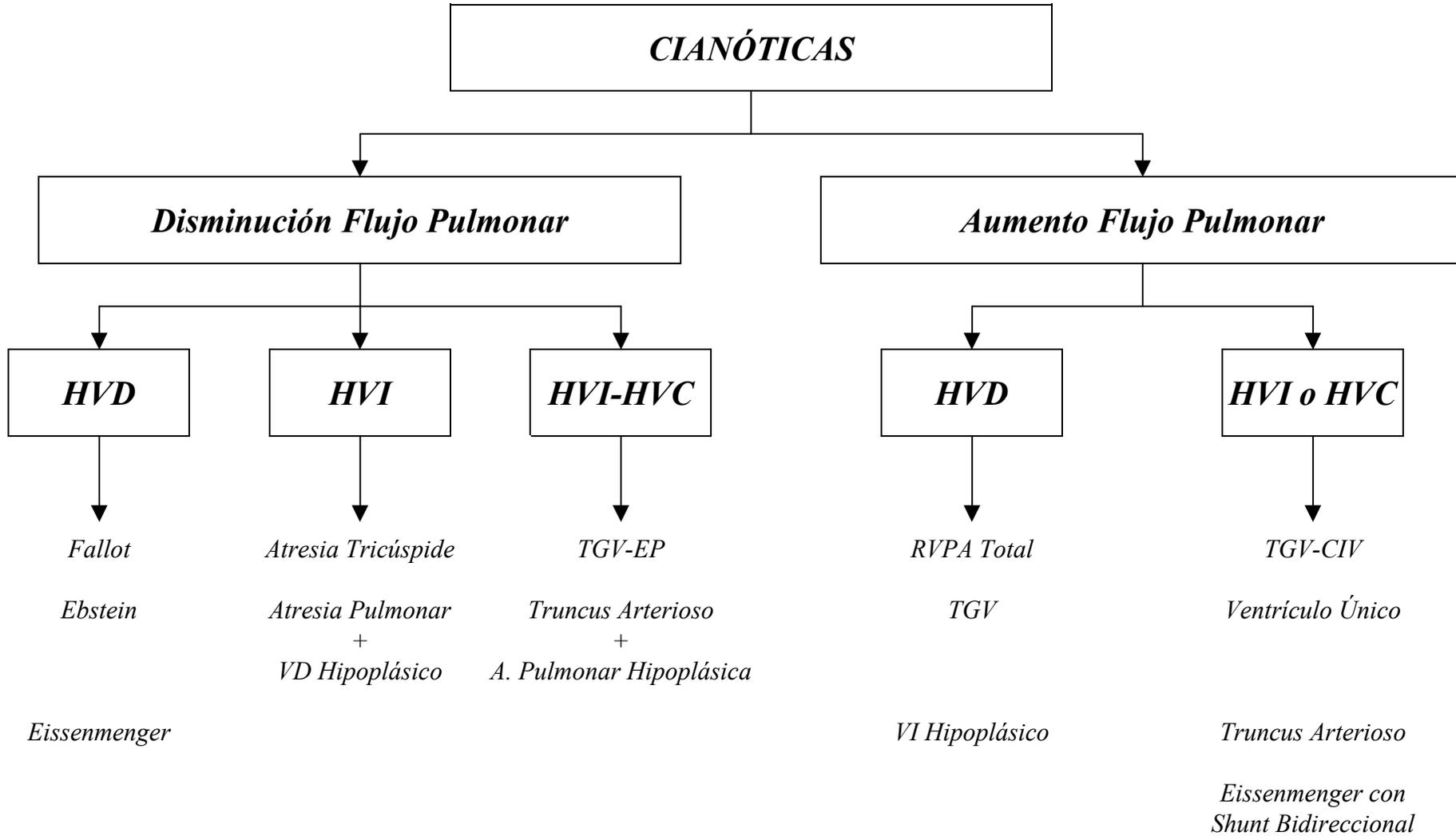
Soplos funcionales más frecuentes:

- * *Soplo Vibratorio de Still:*
 - *Es el más frecuente. Recuerda el zumbido de una abeja*
 - *Se ausculta en Apex y borde esternal*
 - *Corto, se sitúa a mitad de la sístole. Intensidad 1.2/6*
 - *Se oye mejor en decúbito supino, menos en posición sentada*
 - *Aumenta con la fiebre y el ejercicio*
- * *Soplo Sistólico Pulmonar:*
 - Frecuente en sujetos Asténicos*
 - *Soplo suave, se ausculta en segundo espacio intercostal izquierdo, cerca del esternón y se propaga a la región infraclavicular*
 - *Diferenciarlo de la Estenosis Pulmonar ligera*
- * *Murmullo o Zumbido Venoso:*
 - *Soplo continuo, grado 1/6, se intensifica en la diástole*
 - *Se ausculta en fosa supraclavicular derecha e infraclavicular*
 - *Se oye mejor sentado. Se atenúa o desaparece al comprimir la vena yugular interna del mismo lado, o al estirar el cuello, en posición de decúbito o realizando una maniobra de Valsalva.*

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS



CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS



ANEXO XIV

ALTERACIONES MÁS FRECUENTES EN ORTOPEDIA INFANTIL

1.-ALTERACIONES CONGÉNITAS DE LOS PIES.

1.1.-PIE ZAMBO CONGÉNITO:

Término genérico que se usa para aquellas malposiciones del pie respecto a la pierna desarrolladas durante la vida intrauterina y presentes en el momento del nacimiento.

Al principio se aplicaba este término solo a las deformidades del pie que hacían que el paciente caminara sobre los tobillos. Pero hoy en día el pie zambo engloba varias malformaciones.

Hay cuatro deformidades fundamentales del pie y tobillo:

- * Deformidad en Varo: El talón esta invertido (mira hacia dentro) y la parte distal del pie se encuentra en abducción e inversión.*
- * Deformidad en Valgo: Talón en eversión (mirando hacia fuera) y la parte distal del pie se encuentra en abducción y eversión.*
- * Deformidad en Equino: Pie en flexión plantar y los dedos a nivel más bajo que el talón.*
- * Deformidad en Calcáneo: Pie en dorsiflexión y el talón a un nivel más bajo que los dedos.*

La combinación de estas deformidades provoca las siguientes anomalías:

- Equino - Varo*
- Equino - Valgo*
- Metatarso Varo*

1.1.1.- Pie Equino - Varo:

Es la anomalía más frecuente. Incidencia de 1-4,5/1000. Es más frecuente en varones. En el 50% de casos puede ser bilateral.

Clinica: Hay una forma leve, reducible en la que los pies tocan el lado interno de la parte inferior de la pierna.

En la forma grave, no reducible, el talón es pequeño, está en posición equina (muy notable) y en inversión. La piel es delgada y estirada en la superficie dorsoexterna del tobillo y plegada en el lado interno del tobillo y a nivel del empeine. Se acompaña de atrofia moderada de la pierna.

En la forma leve la deformidad se puede reducir con facilidad mediante manipulación pasiva. Hay pliegues cutáneos en la superficie dorso externa del tobillo y pie. El talón es de tamaño normal y la pierna o es normal o a lo sumo tiene una pequeña atrofia.

El tratamiento es fundamental que sea lo más precoz posible, ya que de ello depende el resultado final. Por ello estos casos deben ser remitidos rápidamente al Ortopeda infantil.

1.1.2.- Pie Calcáneo-Valgo:

Se caracteriza por dorsiflexión y eversión (planta del pie hacia fuera) de todo el pie.

Los tejidos blandos del dorso del pie se encuentran en contractura y limitan la flexión plantar.

Es importante distinguir esta anomalía del pie plano valgo convexo congénito.

El tratamiento debe iniciarse al nacer, puesto que todo retraso en el diagnóstico producirá una deformidad incapacitante del pie.

Por ello una vez diagnosticado, remitir al Ortopeda Infantil.

1.1.3.- Metatarso Varo:

Pie en inversión (planta del pie hacia dentro) y abducción. Los metatarsianos y los dedos miran hacia dentro.

El borde interno del pie es cóncavo y el borde externo es convexo.

El dedo gordo del pie está muy separado del segundo dedo.

Por maniobras pasivas no es posible producir la abducción de la parte distal (metatarso) del pie.

El tratamiento debe iniciarse en la primera semana de vida, por ello no demorar la derivación al especialista.

1.2.-PIE PLANO:

Es la anomalía más frecuente en la práctica diaria. Consiste en una deformidad en valgo del retropie asociado a un hundimiento de la bóveda plantar.

Causas:

1.2.1.- Pie plano por alteraciones óseas:

- Congénitas
- Postraumática
- Secundario a enfermedades óseas
- Yatrogénicas

1.2.2.- Por alteraciones musculoligamentosas:

- Pie plano LAXO INFANTIL
- Por sobrecarga ponderal
- Por alts. endocrinológicas
- Secundario a Artritis reumatoide

1.2.3.- Por alteraciones Neuromusculares:

- *Retracción del Tendón de Aquiles*
- *Secuelas Poliomiélticas*
- *Parálisis Cerebral Infantil*
- *Miopatías*
- *Traumatismos del Tibial posterior*
- *Pies zambos corregidos*

Hablaremos únicamente del PIE PLANO LAXO INFANTIL; que es la causa más frecuente de consulta, por parte de las madres.

Hasta la edad de dos o tres años, no es preciso actuar.

En muchos casos se trata de falsos pies planos, debidos a un aumento del pániculo adiposo de la planta del pie. En ocasiones los padres refieren una "marcha de puntillas", que es motivo de alarma familiar y que constituye un método espontáneo de corrección y tonificación de la musculatura del pie.

A partir de los tres años y hasta los 10 años, se trata de niños hiperlaxos, generalmente con genu valgo acompañante.

A la exploración, el niño en bipedestación, tiene los pies en eversión y rotación externa. Durante la deambulación, el niño desvía el pie hacia dentro, realizando una marcha en Rotación Interna de carácter compensador y que puede verse favorecida por un aumento fisiológico hasta los 9 años de edad de la Anteversión del cuello femoral.

En los niños son raros el dolor y la impotencia funcional típico en los adultos, siendo solo manifiesta la deformidad.

El diagnóstico se establece por la exploración clínica, podoscopia y fotopodograma.

Tratamiento:

Prevención: Práctica de deportes. Marchas sobre terrenos naturales (playas, montaña, etc.). Colocación de un calzado adecuado, que reúna dos características:

Que deje libres las articulaciones del tobillo y metatarso falángicas y mantener el talón vertical, evitando la desviación en valgo.

Tratamiento incruento:

- *Rehabilitación a base de marcha de puntillas y talones, intentar coger objetos con los dedos de los pies, andar descalzo por terreno natural.*
- *Calzado adecuado, es suficiente con un zapato con un contrafuerte rígido que evite las desviaciones en valgo. No se recomiendan botas.*

Es importante cambiar con frecuencia el calzado de los niños, ya que se desgasta y el pie crece rápidamente.

- *Plantillas, cuya prescripción debe estar a cargo del Ortopeda.*

2.-DISPLASIA DE CADERA.

2.1.-IMPORTANCIA:

Un 20% de los recién nacidos presenta diversas deformidades posturales. Entre el 2,7 y el 17% presenta una cadera luxable o luxada. El futuro de esa cadera dependerá de la precocidad de su detección. Es una entidad que no se ve y se descubrirá tras exploración minuciosa. Su evolución a incapacidad grave es muy probable y muy fácil de evitar. Si se detecta en el primer mes de vida, suele solucionarse sin problemas pero, a pesar de que la mayoría de ellas se aprecian ya al nacimiento, hay algunas caderas que no darán suficientes signos clínicos de luxación hasta más tarde, los 6-7 meses. Por esta razón, hay que repetir sistemáticamente la exploración durante todo el primer año de vida.

Si no se tratan, al año de vida un 1,5/1.000 tendrá una Luxación Congénita de Cadera. Además, un 3,5% de los adultos mayores de 55 años tienen artrosis de cadera, el 50% de ellos debido a displasias congénitas.

Es más frecuente en niñas (9/1), partos de nalgas y en presencia de otras deformidades visibles.

Se considera displasia de cadera, luxación congénita de cadera o enfermedad luxante de cadera, toda alteración en la relación anatómica normal entre la cabeza femoral y el cotilo, desde una excentración discreta hasta una completa falta de contacto.

2.2.-MÉTODO DE EXPLORACIÓN:

El diagnóstico es clínico, ya que la Radiología, si bien puede confirmar la presencia de una luxación, puede dar falsos negativos. La ecografía tiene mayor fiabilidad, especialmente antes de los 6 meses.

Podemos encontrar:

- * una cadera normal*
- * una cadera inestable o luxable*
- * una cadera luxada, reductible o irreductible*

2.2.1.- En el Recién Nacido, se realizarán las maniobras de Barlow y Ortolani:

⇒ Maniobra de Barlow:

Sirve para valorar la estabilidad de la cadera. Con el niño en decúbito supino y relajado, se colocan las caderas y rodillas en flexión de 90° y abducción de 45° (Fig. 1).

Se fija la pelvis con una mano, y con la otra se sujeta el muslo a explorar, con el pulgar en la ingle y los dedos índice y medio en el trocánter mayor.

Alternando la presión podremos apreciar si la cabeza femoral sale y entra en el cotilo y con qué grado de facilidad.

*En caso positivo, traduce una **cadera inestable o luxable**.*

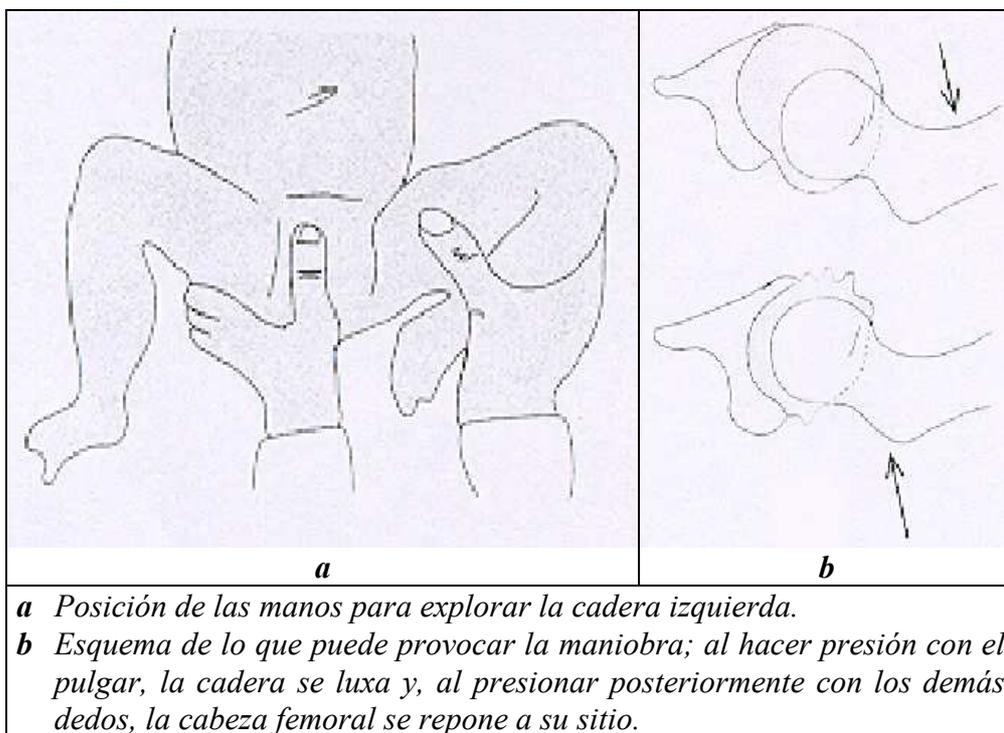


Figura 1

⇒ Maniobra de Ortolani:

*Con el niño en decúbito supino y relajado, le flexionamos nosotros las caderas y rodillas 90° pinzándole el muslo entre nuestro pulgar por la cara interna y los dedos 2° y 3°, que empujan el trocánter mayor a nivel de la nalga (Fig. 2), a la vez que forzamos la abducción de la cadera, hasta que la cadera luxada se reduce produciendo un resalte característico, a veces acompañado de un “click” audible. Esta prueba indica una **luxación reductible**.*

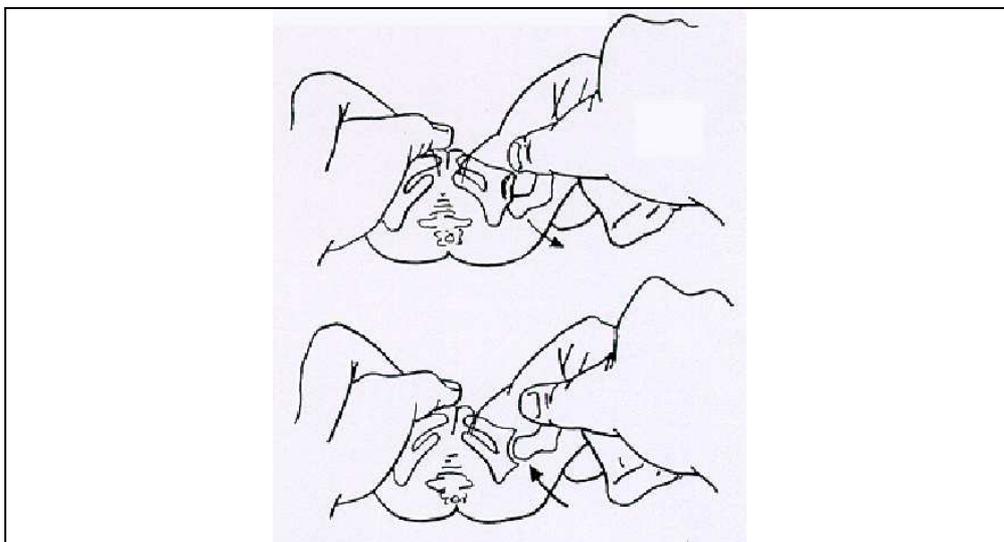


Figura 2

2.2.2.- Pasado el período neonatal precoz, las maniobras de Barlow y Ortolani ya no están indicadas y debemos explorar en todos los controles de salud ulteriores hasta el año:

⇒ La desigual longitud de los muslos y asimetría de los pliegues de la grasa del muslo y del relieve de la parte de la nalga (Fig. 3).



Figura 3

⇒ La abducción forzada de los muslos más alta de 60°, explorando cada lado por separado. Estará limitada si existe luxación.

2.2.3.- En niños mayores que ya caminan, la cojera, marcha de pato, aumento de la lordosis lumbar, marcha de puntillas y discrepancia de longitud de las extremidades inferiores, puede ser indicio de displasia de cadera no diagnosticada.

2.3.- VALIDEZ DE LA PRUEBA:

Las maniobras de Ortolani y Barlow diagnostican el 50% de los casos de displasia de cadera (otro 50% no). A pesar de ello, su aplicación sistemática ha disminuido sensiblemente la incidencia de su principal complicación: la luxación persistente de cadera.

2.4.- POBLACIÓN DE RIESGO:

El examen clínico continua siendo el elemento fundamental del despistaje pero, debido a que pasan inadvertidas un significativo número de caderas anormales, se hará una ecografía al mes de vida en **grupos de riesgo**:

2.4.1.- Indicaciones estrictas:

- ⇒ *Historia familiar positiva en primer grado.*
- ⇒ *Presentación de nalgas.*
- ⇒ *Deformidades posturales: * pies zambos, talos, metatarso abducto rígido*
** deformidades faciales y plagiocefalia*
** escoliosis postural neonatal*
- ⇒ *Exploración anormal de la cadera.*

2.4.2.- *Indicaciones recomendables:*

- ⇒ *Prematuridad.*
- ⇒ *Bajo peso al nacimiento.*
- ⇒ *Parto por cesárea.*

Pasado el primer mes, ante una exploración anormal, se solicitará ecografía y/o radiología (a partir de 4-5 meses). Habrá que tener en cuenta que hacer una radiografía de caderas en un lactante es muy difícil; la presencia de gran cantidad de cartílago hace que su valoración sea por signos indirectos, por lo que hay que ser muy cautos en su interpretación.

2.5.- *TRATAMIENTO:*

Es ortopédico y debe comenzar tan pronto como se diagnostica.

La posición óptima de reducción es: caderas en flexión de algo más de 90° y abducción de unos 60°.

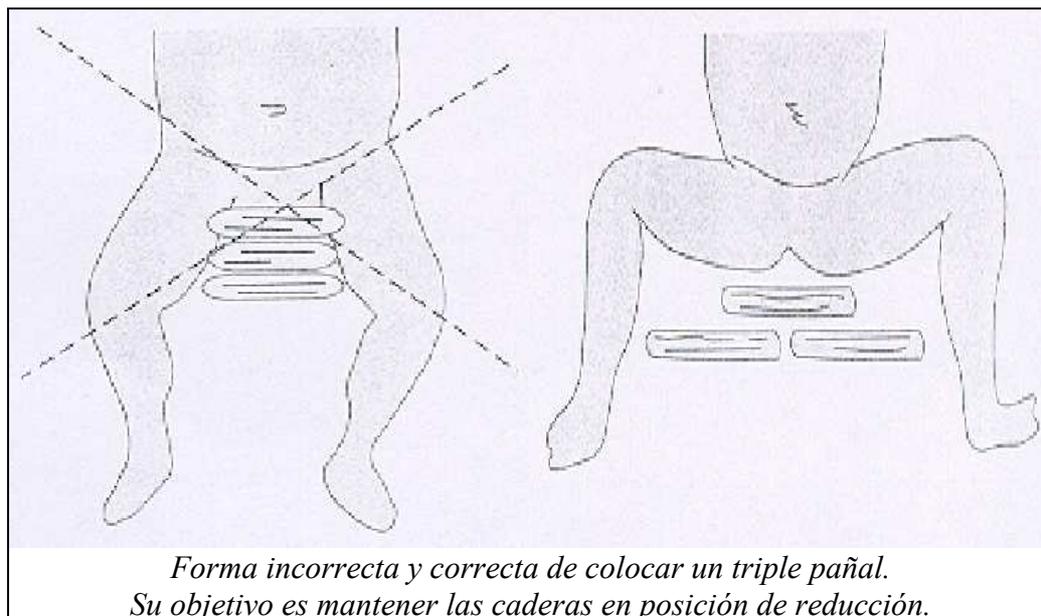
2.5.1.- *En caderas con luxación irreductible: Arnés de Pavlik o tracción continua con abducción progresiva, con yeso, a cargo del Cirujano Ortopeda.*

2.5.2.- *En caderas con luxación reductible (Ortolani +): Arnés de Pavlik que mantiene la cadera en flexión de 100° y abducción. Si persiste 3 semanas, se ha de instaurar una tracción continua con yeso y en Hospital, previa vigilancia por parte del Cirujano Ortopeda.*

Evitar la reducción manual que puede provocar una osteocondritis femoral, complicación muy grave.

2.5.3.- *En caderas inestables o luxables (Barlow +), dada su tendencia a la resolución espontánea, se puede tratar inicialmente con un triple pañal o muletón. Es importante conocer lo que pretende este método: ni más ni menos que el niño adopte una postura de reducción, por tanto no es válido colocar un pañal encima de otro, ya que con ello no mantendremos las caderas ni flexionadas ni abducidas (Fig. 4); hay que conseguir un soporte lo suficientemente ancho que abarque de rodilla a rodilla y mantenga la posición de reducción.*

Si persiste la inestabilidad a las 3 semanas, se sustituye por el Arnés de Pavlik hasta la estabilidad clínica.



Entre los 6 y 18 meses, si fracasan los métodos anteriores, tratamiento quirúrgico.

2.6.-RESUMEN:

- 2.6.1.- *El diagnóstico precoz de la luxación de cadera es fundamental para conseguir una cadera normal.*
- 2.6.2.- *El diagnóstico es, ante todo clínico, no tiene sentido la ecografía sistemática.*
- 2.6.3.- *La maniobra de Barlow indica una cadera inestable.*
- 2.6.4.- *La maniobra de Ortolani positiva traduce la existencia de una luxación de cadera reductible.*
- 2.6.5.- *Ambas situaciones precisan tratamiento.*
- 2.6.6.- *Hay que cambiar el tratamiento cuando, a las 3 semanas, el Arnés de Pavlik no ha conseguido reducir la cadera.*

2.7.-BIBLIOGRAFÍA:

1. **Bras I.** *Displasia evolutiva de cadera. En PAPPS. SEMFYC, eds. Actividades Preventivas propias de la infancia y la adolescencia. Curso a distancia de prevención en Atención Primaria. Módulo C. Barcelona 1997; 105-108.*
2. **PAPPS.** *Cribado de enfermedad luxante de cadera (actualización 1995). En PAPPS. SEMFYC, eds. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Barcelona 1996.*
3. *Protocolos de Medicina Preventiva a L'edat pediàtrica. Programa de seguiment del nens. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1995; 78-81.*
4. **Minguele, Joon.** *Conceptos básicos de Ortopedia Infantil. Cps. 4. Luxación congénita de cadera. Madrid 1995; pgs. 35-43.*

ANEXO XV

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL LACTANTE

1.-INTRODUCCIÓN.

Los accidentes constituyen la primera causa de muerte entre 1 y 40 años. A esta mortalidad, hay que añadir la morbilidad aguda.

Los accidente, o mejor dicho, las lesiones traumáticas accidentales (es decir, las no intencionadas), se destacan como la primera causa en años potenciales de vida perdidos (mayor que la suma de cáncer, cardiopatías, y accidentes vasculares cerebrales). A esto habrá que añadir las invalideces, con el sufrimiento humano que comportan.

Estos datos resultan impactantes para cualquier profesional sanitario que reconoce los accidentes como un problema de salud prevenible. Su cadena epidemiológica básica (agente causal, vector y huésped) es similar a la de las enfermedades aunque, en muchos casos, es menos conocida.

La O.M.S., entre los objetivos de salud para todos en el año 2000 en el área europea, incluye la disminución en un 25% de la mortalidad por accidentes.

2.-MAGNITUD DEL PROBLEMA. PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS, GRUPOS DE ALTO RIESGO, MORBIMORTALIDAD, TENDENCIAS TEMPORALES.

En el lactante y preescolar, predominan los accidentes domésticos, sobre todo contusiones, heridas, quemaduras e ingestas.

La edad más frecuente de consulta hospitalaria urgente por este motivo es de 2 a 3 años y se describen dos picos de frecuentación, uno entre los 1 y 3 años y otro entre los 11 y 14 años.

Los accidentes son más frecuentes en los niños (60%) que en las niñas (40%). Según citan múltiples trabajos, los accidentes que más ingresos ocasionan en términos absolutos son los traumatismos y las quemaduras.

Por su relevancia actual añadiremos capítulo aparte para conocimiento y prevención de accidentes de tráfico.

3.- TIPOS BÁSICOS DE LESIONES ACCIDENTES.

3.1.- TRAUMATISMOS:

3.1.1.- *Más del 90% de las lesiones accidentales son traumatismos, la gran mayoría leves, del tipo de contusiones, heridas o esguinces. Las fracturas constituyen alrededor del 10% de las consultas por golpes y los traumatismos craneales entre el 10% y el 15%, más en niños pequeños.*

3.2.- LESIONES POR CUERPO EXTRAÑO:

3.2.1.- *Representa el 4% y el 7% de las consultas de urgencia por accidente.*

3.3.- QUEMADURAS (NO CÁUSTICAS):

3.3.1.- *No llegan al 2%. La mayoría ocurre en niños de 4 años. El 70% se producen en menores de 2 años.*

3.4.- MORDEDURAS, ARAÑAZOS Y PICADURAS:

3.4.1.- *Se concentran en las estaciones de primavera y verano. Pueden ocurrir a cualquier edad. Las mordeduras son mucho más frecuentes por animales domésticos que por animales en libertad.*

3.5.- AHOGAMIENTOS:

3.5.1.- *Constituyen una causa poco frecuente de consulta (menos del 1%), pero tienen una elevada morbimortalidad.*

3.6.- ACCIDENTES POR INGESTA:

3.6.1.- *Las ingestas accidentales de tóxicos y cuerpos extraños constituyen una importante causa de morbimortalidad en niño menor 5 años.*

3.7.- ACCIDENTES DE TRÁFICO:

3.7.1.- *Hoy por hoy, es necesario informar correctamente a los padres y a la sociedad en general, sobre los dispositivos de retención, las edades más convenientes para cada uno de ellos, así como la importancia y significado de éstos estén o no homologados.*

4.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES CON ARREGLO A SU EDAD Y DESARROLLO.

4.1.- NACIMIENTO - 4 MESES:

4.1.1.- Desarrollo:

⇒ *El gateo o reflejo de moro pueden impulsar al lactante hacia delante.*

⇒ *Puede rodar sobre sí mismo y aumentan la coordinación de manos y ojos y el reflejo de prensión voluntario.*

4.1.2.- Prevención de accidentes:

⇒ *Aspiración:*

* *No es un riesgo considerable en este grupo de edad, pero deben ponerse en práctica las medidas de seguridad desde este momento (véase la edad de cuatro a siete meses).*

* *Informar a los padres sobre los riesgos del talco para bebés y alentar su uso y almacenamiento apropiados, en caso de que lo empleen.*

⇒ *Asfixia:*

- * *Mantener todas las bolsas de plástico almacenadas fuera del alcance del lactante. Desechar las bolsas de plástico de gran tamaño después de anudarlas.*
- * *No cubrir los colchones o las almohadas con plástico.*
- * *Usar un colchón firme y sin almohadas.*
- * *Verificar que el diseño de la cuna no entrañe riesgos y que el colchón se ajuste exactamente.*
- * *Colocar la cuna lejos de otros muebles.*
- * *No dormir en la misma cama que un lactante.*
- * *No anudar el chupete con un cordón alrededor del cuello del lactante.*
- * *Quitar los baberos cuando se vaya a dormir el niño.*
- * *Ahogamiento: nunca dejar solo al niño cuando se le está bañando.*

⇒ *Caidas:*

- * *Levantar siempre los barandales de la cuna; amarrarlos a la cuna si no funcionan apropiadamente.*
- * *Nunca dejar solo a un lactante en una superficie elevada de la cual se pueda caer.*
- * *Cuando se tenga duda al respecto de dónde colocar al niño, usar el suelo.*
- * *Sujetar al lactante en el asiento de seguridad infantil y nunca dejarlo solo cuando el asiento está sobre una superficie elevada.*
- * *Evitar el uso de una silla alta hasta que el niño tenga edad suficiente para sentarse en la forma correcta.*

⇒ *Intoxicaciones:*

- * *No son un riesgo considerable en este grupo de edad, pero debe iniciarse cuanto antes la práctica de las medidas de seguridad (véase la edad de cuatro a siete meses).*

⇒ *Quemaduras:*

- * *Instalar detectores de incendio en el hogar.*
- * *Verificar la temperatura del agua de baño y de los alimentos y líquidos que ingiere el lactante.*
- * *No vaciar líquidos calientes de un recipiente a otro si está cerca el lactante, por ejemplo cuando está sentado en el regazo.*
- * *Percatarse de que la ceniza de cigarrillos puede caer sobre el lactante.*
- * *No dejar al lactante expuesto a la luz del sol más de unos cuantos minutos.*
- * *Lavar la ropa hecha de telas resistentes al fuego según las instrucciones que correspondan.*
- * *Usar humidificadores de agua fría.*
- * *No dejar al niño en un automóvil estacionado.*
- * *Verificar la temperatura superficial de los dispositivos de seguridad infantil para automóviles.*

⇒ *Lesiones corporales:*

- * *Evitar objetos afilados o de bordes aserrados.*
- * *Mantener cerrados los alfileres de seguridad y fuera del alcance del lactante.*

4.2.-4 - 7 MESES:

4.2.1.- Desarrollo:

- ⇒ *Rueda sobre sí mismo.*
- ⇒ *Se sienta momentáneamente.*
- ⇒ *Sujeta y manipula objetos pequeños.*
- ⇒ *Toma de nuevo un objeto caído.*
- ⇒ *Tiene coordinación de manos y ojos satisfactoria.*
- ⇒ *Puede fijar la vista y localizar objetos muy pequeños.*
- ⇒ *La gesticulación es notable.*

4.2.2.- Prevención de accidentes:

⇒ *Aspiración:*

- * *Mantener los botones, las cuentas y otros objetos pequeños similares fuera del alcance del lactante.*
- * *Usar chupetes tranquilizadores de una sola pieza y con mango de asa.*
- * *Verificar que no haya objetos pequeños en el suelo.*
- * *No dar al lactante dulces duros, nueces, alimentos con semillas o salchichas enteras.*
- * *Inspeccionar los juguetes en busca de partes desarmables.*
- * *Evitar el uso de globos como juguetes.*
- * *Desechar las baterías miniatura usadas y almacenar las nuevas en un área segura.*

⇒ *Asfixia:*

- * *Puede iniciarse el adiestramiento en el nado como parte de las medidas de seguridad acuática.*

⇒ *Caidas:*

- * *Sujetarlo cuando esté en una silla alta.*
- * *Mantener los barandales de la cuna en la posición más elevada.*

⇒ *Intoxicaciones:*

- * *Verificar que la pintura para muebles o juguetes no contenga plomo.*
- * *Colocar las sustancias tóxicas en repisas altas o gabinetes con cerradura.*
- * *Colgar las plantas o colocarlas en una superficie elevada, y no sobre el suelo.*
- * *Evitar el almacenamiento de grandes volúmenes de líquidos de limpieza, pinturas, plaguicidas y sustancias tóxicas.*
- * *Desechar los recipientes usados de sustancias venenosas.*
- * *No almacenar sustancias tóxicas en recipientes para alimentos.*
- * *Averiguar el número telefónico de cualquier institución de control de intoxicaciones de la localidad, si la hay.*

⇒ *Quemaduras:*

- * *Mantener las llaves de la estufa fuera del alcance del niño.*
- * *Colocar los objetos calientes (cigarrillos, velas, incienso) en superficies elevadas.*

4.3.-8 - 12 MESES:

4.3.1.- Desarrollo:

- ⇒ Gatea.
- ⇒ Se pone de pie apoyándose en los muebles.
- ⇒ Se mantiene en pie por sí solo.
- ⇒ Hace recorridos apoyándose en los muebles.
- ⇒ Camina.
- ⇒ Trepa.
- ⇒ Tira de objetos.
- ⇒ Arroja objetos.
- ⇒ Sujeta objetos pequeños entre los dedos índice y pulgar.
- ⇒ La gesticulación es muy prominente.
- ⇒ Le desagrada que lo mantengan sujeto.
- ⇒ Explora los alrededores sin necesidad de que esté presente la madre.
- ⇒ Aumenta su comprensión de instrucciones y frases sencillas.

4.3.2.- Prevención de accidentes:

- ⇒ Intoxicaciones:
 - * Administrar los medicamentos indicándole que son tales, y no diciéndole que son dulces.
 - * No administrar fármacos a menos que los prescriba un médico.
 - * Colocar medicamentos y venenos en el lugar debido inmediatamente después de su uso; ponerles de nuevo las tapas, en especial si son a prueba de niños.
 - * Aconsejar a los padres sobre el uso apropiado del jarabe de ipecacuana.
- ⇒ Quemaduras:
 - * Colocar protectores al frente y los alrededores de cualquier dispositivo de calentamiento, chimenea u horno.
 - * Ocultar o mantener fuera del alcance del niño los cables eléctricos.
 - * Colocar protectores de plástico sobre los enchufes eléctricos de la pared; poner muebles al frente de tales enchufes.
 - * Colocar los manteles en la mesa de tal modo que queden fuera del alcance del lactante.
 - * No permitir que el lactante juegue con aparatos eléctricos.
 - * Aplicar una sustancia protectora contra el sol cuando el lactante sea expuesto a la luz solar.
- ⇒ Lesiones corporales:
 - * No permitir que el lactante use un tenedor para alimentarse por sí solo.
 - * Usar tazas o platos de plástico.
 - * Verificar la seguridad de los juguetes y las cajas que los contienen.
 - * Proteger al lactante contra niños de corta edad y animales, en especial perros.

4.4.-12 - 24 MESES:

4.4.1.- Desarrollo:

- ⇒ *Camina, corre y trepa.*
- ⇒ *Puede abrir puertas y rejas.*
- ⇒ *Puede conducir un triciclo.*
- ⇒ *Puede arrojar una pelota u otros objetos.*
- ⇒ *Puede explorar si no se le vigila.*
- ⇒ *Tiene una gran curiosidad.*
- ⇒ *Indefenso en el agua e inconsciente del riesgo que ésta entraña; no tiene significado para él la profundidad del agua.*
- ⇒ *Puede alcanzar sitios altos trepando, estirándose y parándose sobre las puntas de los pies.*
- ⇒ *Tira de objetos.*
- ⇒ *Explora cualquier orificio o abertura.*
- ⇒ *Puede abrir cajones y armarios y la mayor parte de los recipientes.*
- ⇒ *No puede leer etiquetas.*
- ⇒ *Puede abrir puertas y ventanas.*
- ⇒ *Sube y baja escaleras.*
- ⇒ *No está afinada la percepción de la profundidad.*
- ⇒ *Llevarse objetos a la boca.*
- ⇒ *Puede deglutir partes duras o no comestibles de los alimentos.*
- ⇒ *Todavía es torpe en muchas habilidades.*

4.4.2.- Prevención de accidentes:

- ⇒ *Ahogamiento:*
 - * *Vigilar estrechamente cuando haya cerca cualquier depósito de agua.*
 - * *Enseñarlo a nadar e instruirlo sobre normas de seguridad acuática.*
- ⇒ *Quemaduras:*
 - * *Voltear los mangos de los utensilios de cocina hacia la parte posterior de la estufa.*
 - * *Colocar protectores en la parte frontal de radiadores, chimeneas y otros calentadores.*
 - * *Almacenar las cerillas y encendedores en áreas cerradas con llave o a las que no tenga acceso el niño.*
 - * *Colocar las velas encendidas, el incienso ardiente, los alimentos calientes y los cigarrillos fuera del alcance del niño.*
 - * *No dejar que un mantel cuelgue al alcance del niño.*
 - * *No dejar que el cable de una plancha u otros aparatos eléctricos cuelguen al alcance del niño.*
 - * *Cubrir las tomas de corriente con protectores plásticos.*
 - * *Mantener los cables eléctricos ocultos o fuera del alcance del niño.*
 - * *No permitir que el niño juegue con aparatos eléctricos.*
 - * *Hacer hincapié en el riesgo de las llamas; enseñar lo que significa "caliente".*
 - * *Verificar siempre la temperatura del agua de baño; ajustar la temperatura del agua caliente a 35 °C o menos, y no permitir que el niño juegue con las llaves del agua.*

⇒ *Intoxicaciones:*

- * *Colocar todas las sustancias potencialmente tóxicas fuera del alcance o en un gabinete cerrado con llave.*
- * *Colocar los medicamentos y las sustancias tóxicas en su lugar inmediatamente después de usarlos; poner apropiadamente las tapas a prueba de niños.*
- * *Administrar los medicamentos como tales, y no como dulce.*
- * *No tener grandes reservas de sustancias tóxicas.*
- * *Desechar de inmediato los recipientes vacíos de sustancias tóxicas; nunca usar un recipiente de alimentos para almacenar una sustancia tóxica.*
- * *No quitar las etiquetas de los recipientes de sustancias tóxicas.*
- * *Saber cuándo y cómo usar el jarabe de ipecacuana.*
- * *Conocer el número telefónico y la dirección del centro de control de intoxicaciones más cercano.*

⇒ *Caídas:*

- * *Colocar protectores en las ventanas, cerrar éstas de manera segura y poner un barandal que no permita el acceso al niño.*
- * *Colocar rejas en los extremos superior e inferior de escaleras.*
- * *Mantener cerradas con la llave las puertas cuando haya riesgos de caídas.*
- * *Colocar los barandales de la cuna en su posición más alta y el colchón en la más baja posible.*
- * *Alfombrar el cuarto del niño y el baño.*
- * *Nunca dejar al niño solo en un carrito de supermercado.*
- * *Vigilar al niño en el área en que juega; seleccionar áreas de juego seguras con terreno blando.*
- * *Verificar los zapatos y calcetines del niño.*

⇒ *Aspiración y asfixia:*

- * *Evitar darle trozos grandes de carne, como salchichas enteras.*
- * *Evitar frutas con semillas, pescado con espinas, guisantes secos, dulces duros, goma de mascar y nueces.*
- * *Elegir juguetes resistentes y de gran tamaño, sin bordes afilados o partes pequeñas que se les puedan desprender.*
- * *Desechar refrigeradores, hornos, etc. viejos y que no se usen.*
- * *Si se guarda un aparato eléctrico para el hogar, quitarle las puertas.*
- * *Tener el control remoto de la puerta de estacionamiento en un lugar al que no tenga acceso el niño.*
- * *Elegir jugueteros seguros que no tengan tapas pesadas y de bisagras.*

⇒ *Lesiones corporales:*

- * *Evitar dar al niño objetos afilados o puntiagudos, especialmente cuando camina o corre.*
- * *No dejar que el niño tenga paletas u objetos similares en la boca cuando camina o corre.*
- * *Instruir sobre precauciones de seguridad, como llevar las tijeras o los cuchillos con extremo puntiagudo alejados de la cara.*
- * *Almacenar todas las herramientas y el equipo de jardinería riesgoso, así como las armas de fuego, en un gabinete cerrado con llave.*
- * *Alertar a los padres sobre el riesgo que entrañan los animales y las mascotas domésticas si no se las vigila.*

5.-ACCIDENTES POR INGESTA.

Una actitud preventiva desde la atención primaria puede disminuir su incidencia. Cuando el accidente se ha producido, el médico ha de saber evaluar su gravedad, así como tomar las medidas de soporte vital, descontaminación gastrointestinal o derivación a centros especializados que convengan en cada caso.

Las ingestas accidentales contribuyen, de manera importante, a la morbimortalidad global por accidentes en el grupo de menor edad, por lo que deberían ser especialmente susceptibles de prevención. Múltiples sustancias pueden ser ingeridas por el niño, aunque no todas serán tóxicas. Los cuerpos extraños se comportan benignamente en el tubo digestivo, pero pueden tener un efecto catastrófico en las vías aéreas. Muchos casos consultarán al médico o pediatra de atención primaria, especialmente ante ingestas leves o en lugares apartados del hospital, por lo que resulta conveniente tener un esquema adecuado de actuación ante cada caso.

- **CUERPOS EXTRAÑOS EN TRACTO DIGESTIVO:**

Principalmente son monedas, aunque pueden ser muy variados. Un inicio agudo de disfagia, salivación, estridor o sibilantes debe sugerir siempre esta eventualidad. Se debe practicar estudio radiológico, pudiendo ser útil una pequeña cantidad de bario para los objetos radiolucentes. El punto más estrecho se sitúa en el esfínter cricofaríngeo, de donde deberán ser extraídos bajo anestesia general. Los cuerpos extraños en esófago pueden ser observados durante 24 horas y retirarse por endoscopia si no progresan o si se trata de objetos puntiagudos o afilados. Los objetos que alcanzan el estómago generalmente progresan sin problemas. Ante objetos afilados o grandes, o con sintomatología de lesión gastrointestinal, debe derivarse al paciente para tratamiento especializado.

- **INGESTA DE PILAS DE BOTÓN:**

La ingesta de pequeñas pilas de botón es un problema emergente en los últimos 15 años, como se desprende de la literatura internacional, que comienza a observarse en nuestro país. Pueden resultar lesivas por impactación esofágica, causticación (contenido alcalino), intoxicación (mercurio contenido en algunas de ellas) y quemadura eléctrica. Los datos acumulados en grandes series de casos han permitido establecer protocolos provisionales para su manejo. El primer paso sería el de realizar radiografías para determinar la localización. Si la pila se aloja en el esófago se impone su inspección y extracción urgente por vía endoscópica. Si la pila ha llegado al estómago, la actitud general consistirá en esperar su eliminación por heces debiéndose reevaluar clínica y/o radiológicamente si aparecen signos de lesión intestinal (dolor, sangrado, etc.) o en una semana si no se hubiera expulsado. La única excepción es la de las pilas de más de 15 mm. de diámetro en niños menores de 6 años, en los que se debe practicar una segunda radiografía a las 48 horas para comprobar el paso del píloro. Si no fuera así, deben extraerse por vía endoscópica o con sonda magnética. Algunas de estas pilas mayores contienen óxido de mercurio, pero no es necesario determinar los niveles sanguíneos o urinarios de este tóxico salvo evidencia de apertura de la pila o de gotas radiopacas en el intestino.

5.1.-RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES INFANTILES POR INGESTA SEGÚN EDADES:

5.1.1.- 0 - 6 Meses:

- ⇒ *No poner objetos pequeños, fáciles de ingerir, cerca del niño.*
- ⇒ *Explicar a los padres la técnica de evacuación de cuerpos extraños de las vías aéreas superiores.*

5.1.2.- 7 - 12 meses (recordar normas anteriores):

- ⇒ *Recordar que todo lo que el niño coge tiende a llevarse a la boca.*
- ⇒ *Ningún producto tóxico o medicamentoso debe estar visible.*

5.1.3.- 1 - 2 años (recordar normas anteriores):

- ⇒ *Explicar maniobra de Heimlich.*
- ⇒ *No ofrecer al niño pipas, frutos secos, palomitas de maíz o chicle.*
- ⇒ *Procurar que no corra, ría, lllore o hable con la boca llena.*
- ⇒ *Enseñarle a que no se ponga objetos en la boca.*
- ⇒ *Evitar juguetes con partes o pilas pequeñas que se puedan soltar.*
- ⇒ *Recordar que inicia la época de máximo riesgo de intoxicación.*
- ⇒ *Tener todos los tóxicos y medicamentos bajo llave.*
- ⇒ *¡Cuidado con los jarabes y otros medicamentos guardados en la nevera o en la mesita de noche!.*
- ⇒ *No llamar a los medicamentos caramelos.*
- ⇒ *Evitar tomar medicamentos en presencia del niño.*
- ⇒ *Leer el prospecto del medicamento antes de usarlo.*
- ⇒ *Guardar los productos tóxicos en su envase original con la etiqueta bien visible, nunca en envases de bebidas.*
- ⇒ *Controlar los productos de limpieza mientras se están utilizando.*
- ⇒ *Disponer del número telefónico del centro de atención primaria y del servicio de información toxicológica.*

5.2.-TRATAMIENTO DE URGENCIA PARA LA SOFOCACIÓN POR OBSTRUCCIÓN AGUDA DE LA VÍA AÉREA:

5.2.1.- Lactante (menor de un año):

Sujetando al niño en prono sobre el antebrazo, con la cabeza más baja que el cuerpo, dar cinco golpes secos entre las escápulas, con el talón de la mano. A continuación girar al lactante a la posición supina y realizar cinco compresiones en la mitad inferior del esternón.

5.2.2.- Niño mayor de un año:

En el paciente consciente, de pie o sentado, practicar la maniobra de Heimlich en cinco intentos. Ha de evitarse la presión directa sobre el apéndice xifoides o los bordes inferiores de la parrilla costal.

Si el paciente está inconsciente o tumbado, girar la cabeza del paciente a un lado y despejar la vía aérea.

Practicar series de cinco compresiones abdominales con el talón de una mano y la otra sobre ella en la línea media, algo por encima del ombligo.

5.2.3.- Barrido digital:

Nunca manipular a ciegas con los dedos. Tras practicar las compresiones en el esternón o en el abdomen en el paciente inconsciente, abrir la boca de la víctima tirando de la lengua y la mandíbula entre el pulgar y los dedos. Esta acción puede aliviar parcialmente la obstrucción. Si se observa el cuerpo extraño, retirarlo con el dedo índice en gancho o con pinzas de Magill.

Esquema simplificado, basado en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría. Es aconsejable el conocimiento de estas recomendaciones que tienen riesgos potenciales y no deben practicarse si el paciente puede toser, respirar o hablar. Repetir cuantas veces sea preciso, intentando la respiración artificial.

5.3.-SUSTANCIAS COMÚNMENTE INGERIDAS NO TÓXICAS:

Aceite de motor	Detergentes (aniónicos)	Paquetes secantes de sílice o carbón
Aceite lubricante	Edulcorantes (sacarina, ciclamatos)	Pasta de dientes
Aceite mineral	Fertilizantes (sin insecticidas ni herbicidas)	Pegamentos y engrudos
Aceite para el baño	Gel de baño de espuma	Pegamento para plásticos
Adhesivos	Goma de borrar	Perfumes*
Aditivos de peceras	Grasa	Periódico
Agua de colonia	Incienso	Peróxido de hidrógeno (al 3% de uso medicinal)
Agua de la taza del baño*	Jabón y sus derivados	Pilas secas
Anillos para la dentición	Lápices (grafito, de colores)	Pintura (de látex o de agua)
Antiácidos	Lápices de cera (marcados con la leyenda: no tóxicos)	Plastilina
Antibióticos	Lápiz de labios	Productos de bebé
Anticonceptivos orales*	Lápiz de ojos	Productos para el cabello (tintes, laca en aerosol y tónicos)
Arcilla (de moldear)	Laxantes	Protectores solares
Azul de prusia	Loción de calamina	Rotuladores indelebles*
Betún de zapatos (sin anilinas)	Loción y crema para las manos	Suavizantes para la ropa*
Blanqueadores (menos del 5% de hipoclorito sódico)	Loción* y crema de afeitar	Tinta (azul, negra, roja)
Bronceadores*	Lubricantes	Tintes para el cabello*
Cajas de cerillas (más de 20*)	Maquillaje (de párpados, facial, líquido)	Tiza
Cigarrillos o puros	Mercurio de termómetro	Tónicos para el cabello
Colonias*	Óxido de cinc	Vaselina
Cosméticos, colorete	Óxido de circonio	Vela
Corticoides		Vitaminas (sin hierro)
Champús		
Desodorantes*		

* Sustancias que han de ser evacuadas si se ingieren en gran cantidad.

5.4.-TELÉFONOS DE CONSULTA TOXICOLÓGICA:

Servicio de información toxicológica. Instituto nacional de Toxicología	
Madrid	91.562.04.20 (servicio las 24 horas del día)
Barcelona	93.317.44.00 (servicio de 8 a 15 horas)
Sevilla	95.437.12.33 (servicio de 8 a 15 horas)

6.-PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO.

6.1.-SOLUCIONES APLICABLES A CADA GRUPO:

6.1.1.- Grupo 0.- 10 Kg. (0-9 meses):

- ⇒ *Cuco para prematuros y recién nacidos (asientos traseros, posición transversal).*
- ⇒ *Arnés de seguridad en posición contraria al sentido de la marcha del vehículo (asiento delantero o trasero).*
- ⇒ *Silla en sentido de la marcha (asiento delantero o trasero).*

6.1.2.- Grupo I.- 9-18 Kg. (9 meses-3 años):

- ⇒ *Silla de seguridad en posición contraria al sentido de la marcha del vehículo (asiento delantero o trasero).*
- ⇒ *Silla en sentido de la marcha (asiento delantero o trasero).*

6.2.-NORMATIVA DE CIRCULACIÓN:

6.2.1.- Ley de Seguridad Vial, Artículo 11.4, aprobada por Real Decreto Legislativo 339/1990 de 2 de marzo (B.O.E. núm. 63 de 14-3-90).

6.2.2.- Reglamento General de Circulación, Art. 10.1, aprobado por Real Decreto 13/1992, de 17 de enero (B.O.E. núm. 27 de 31-1-92).

6.2.3.- Orden del Ministerio del Interior de 8 de Febrero de 1993 (B.O.E. núm. 39 de 15-2-93).

Esta legislación establece lo siguiente:

- ⇒ *En el asiento delantero de vehículo, sólo pueden viajar menores de 12 años, si utilizan dispositivos de retención homologados.*
- ⇒ *En los asientos traseros habría que distinguir entre:*
 - * *Niños de 3 a 12 años: Deberán utilizar sistemas de sujeción homologados si el vehículo que ocupan dispone de ellos, y si no, utilizar los cinturones de seguridad, igualmente sólo si el vehículo dispone de ello.*
 - * *Niños menores de 3 años: Deberán utilizar sistemas de sujeción homologados, siempre que el vehículo disponga de ellos.*

6.3.-CÓMO DEBEMOS TRANSPORTAR A LOS NIÑOS CORRECTAMENTE:

En 1981, el Organismo de Naciones Unidas (Ginebra), publica la Norma R-44 de fabricación de dispositivos de seguridad infantil para el automóvil, actualmente asumida por la Unión Europea –ECER 44-.

6.3.1.- DISPOSITIVOS POR GRUPOS:

⇒ Grupo O.- 0-10 Kg. (0-9 meses):

- * Cuco para recién nacidos: Son totalmente rígidos y van provistos de una red antiproyección o de un cinturón de tres puntos de anclaje.

Se colocan en el asiento trasero y en posición transversal.

Se sujetan con los cinturones del propio vehículo o con cinturones suplementarios que se venden con el cuco.

Su principal ventaja es la comodidad del niño, al ir tumbado en su habitáculo normal, y la desventaja, que ocupa todo el asiento trasero.



- * Arnés de seguridad para capazo: Es una estructura que se vende aparte, normalmente en tiendas de equipamientos infantiles, y sirve para anclar el capazo del cochecito de paseo.

Tiene las mismas ventajas y desventajas que el anterior.

- * Silla-cesta de seguridad: Es una sillita pequeña y bastante inclinada, que recoge todo el cuerpo del bebé.

Se puede colocar tanto en el asiento delantero como en el trasero, aunque es preferible, si sólo va el conductor, situarla en el delantero para evitar distracciones, **salvo que dicho asiento tenga dispositivo air-bag, EN CUYO CASO NO DEBERÁ COLOCARSE EN ESE ASIENTO.**

Se coloca SIEMPRE en posición contraria al sentido de la marcha, acoplándose con el propio cinturón de seguridad del automóvil, para evitar lesiones en la parte superior del cuerpo, ya que si va en sentido de la marcha la cabeza quedaría sin apenas sujeción.

Tiene la ventaja de que ocupa poco espacio, y es aprovechable como porta-bebé en general y la desventaja es que el niño recién nacido, de hasta dos-tres meses aproximadamente, no va del todo cómodo en viajes largos.



⇒ Grupo I.- 9-18 Kg. (9 meses–3 años):

- * Silla en sentido contrario la marcha del vehículo. Se colocan en sentido contrario a la marcha, acoplándose al propio cinturón del automóvil, para evitar en caso de choque frontal que la parte superior del cuerpo – cuello, cabeza y tronco- queden sin sujeción, evitándose lesiones, sobre todo cervicales.

Se pueden situar tanto en el asiento delantero como en el trasero.

El inconveniente de esta silla es que el niño, a partir del año aproximadamente, sobre todo los más altos, no tienen espacio para las piernas entre la silla y el respaldo del asiento del automóvil.

NO SE COLOCARÁN EN LOS ASIENTOS CON AIR-BAG.

- * Silla en el sentido de la marcha: Van situadas siempre en sentido de la marcha, utilizando el cinturón del vehículo que trae la propia silla.

La desventaja, en caso de colisión es que el impacto no se reparte de forma uniforme por toda la espalda; en contrapartida, tienen la ventaja de que el niño va más cómodo, tanto por espacio para las piernas, como porque se evitan posibles mareos.

Éstas llevan incorporado un arnés de cuatro o cinco puntos de anclaje.

Gran parte de las sillas de este grupo, y las combinadas del grupo 0 y I, se pueden colocar en las dos posiciones indistintamente.

NO SE COLOCARÁN EN LOS ASIENTOS CON AIR-BAG.

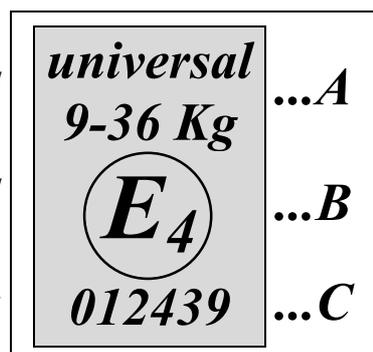
	GRUPO 0	GRUPO I
PESO	Hasta 10 Kg.	9 a 18 Kg.
EDAD	Hasta 9 meses	De 9 meses a 3 años
DISPOSITIVO DE RETENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Cuco de seguridad para recién nacidos. • Arnés de seguridad para capazo. • Silla-cesta de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Silla de seguridad en posición contraria al sentido de la marcha. • Silla en sentido de la marcha.

6.4.-ETIQUETA DE HOMOLOGACIÓN:

Es fundamental señalar que siempre que se busque un producto de seguridad infantil para el automóvil debe comprobarse que tiene una ETIQUETA DE HOMOLOGACIÓN, perfectamente cosida o pegada, en la que se ofrece toda la información de manera clara y fácilmente localizable.

A continuación reproducimos una con todos los datos a tener en cuenta:

- A. Categoría del dispositivo:** (Universal, Semiuniversal, Específico). En este caso, **universal**, indica que el dispositivo es válido para todos los vehículos.
9-36 Kg: Peso del bebé a que se adecua el dispositivo.
- B. E₄:** La E mayúscula es el distintivo de homologación, y el número de subíndice se refiere al país que la ha otorgado, en nuestro ejemplo el 4 corresponde a Holanda.
- C. 012439:** Es el número de identificación de la homologación.



SIEMPRE que se busque un producto de seguridad infantil para el automóvil, debe comprobarse que, en una etiqueta perfectamente cosida o pegada, se ofrece toda esta información. De manera clara, legible y fácilmente localizable.

NUNCA debemos olvidar que al tratarse de un artículo de seguridad, el montaje o uso incorrecto del mismo puede traer consecuencias irreparables, hay que seguir fielmente las instrucciones de montaje y utilización que facilita el fabricante.

6.5.-REGLAS A TENER EN CUENTA:

- 6.5.1.- *Nunca llevar al bebé en brazos ya que se ha demostrado que, en caso de accidente, la energía cinética transforma a un niño de, por ejemplo, 25 Kg. en una masa de una tonelada.*
- 6.5.2.- *Elegir el sistema o dispositivo, en función del peso y tamaño del niño, no por la edad.*
- 6.5.3.- *Instalar el dispositivo correctamente en el vehículo, siguiendo las instrucciones que acompañan, y colocar siempre al niño con los cinturones u otros elementos de seguridad ajustados y abrochados.*
- 6.5.4.- *En las sillas, es preferible el arnés de cinco puntos de ajuste al de cuatro.*
- 6.5.5.- *Los niños menores de cuatro años deben, o al menos deberían utilizar, dispositivos “espalda hacia delante”, es decir en sentido contrario a la marcha.*
- 6.5.6.- *Si el coche dispone de air-bag en el asiento delantero y la silla va de espaldas a la marcha, colocar siempre al niño en el asiento trasero.*
- 6.5.7.- *No dejar al niño ir de pie entre los asientos ni tocando botones o manillas de ventanas o puertas, que además han de ir con seguro.*
- 6.5.8.- *Predicar con el ejemplo, poniéndose siempre el cinturón de seguridad y no infringiendo las normas de Tráfico, para no perder la autoridad moral frente al niño.*

Y la regla de oro por excelencia:

Comprar un dispositivo homologado, colocarlo y utilizarlo correctamente.

6.6.-CONCLUSIONES:

- 6.6.1.- *Los niños en edades comprendidas entre 0 y 12 años, deben utilizar sistemas de retención específicos (sillitas, cucos, cojines elevadores, ...).*
- 6.6.2.- *El peso del niño, así como sus características biodinámicas, son unos aspectos a la hora de escoger un sistema u otro de retención específico.*
- 6.6.3.- *Los dispositivos de retención que se adquieran, tienen que ser siempre **homologados**.*
- 6.6.4.- *Nunca se debe transportar en brazos a un niño, ya que a más de 5 Km./h., no podrá retener al niño si se produce un accidente.*

- 6.6.5.- Si el coche dispone de air-bag para el acompañante del conductor y la silla va en sentido contrario a la marcha, colocar al niño en el asiento trasero.
- 6.6.6.- En el caso de no disponer de un sistema de retención específico, es preferible usar el propio cinturón del vehículo.
- 6.6.7.- Debemos ponernos en todo momento el cinturón de seguridad, ya que siempre hay que dar ejemplo a los niños.

6.7.-BIBLIOGRAFÍA:

1. Tratado enfermería pediátrica. 2ª edición. **WHALEY WUNG**.
2. **Carol J., Arnau J., Salvador X.** Mortalidad por accidentes en pediatría. Causas y frecuencia. *An Esp Pediatr* 1992, 36 Supl. 48: 157-159.
3. **Horna R., Alvarez J.L., Lozano M.J., Torcida I., Zubieta J.C., García M.** Estudio de la morbilidad por accidentes en la población infantil de Cantabria. *An Esp Pediatr* 1989; 31: 302-306.
4. **Abad I., Colmenar J., Gascón E., Colmenar C.** ¿Qué se investiga en España sobre accidentes e intoxicaciones infantiles?. Estudio descriptivo de los últimos once años. *An Esp Pediatr* 1987; 26: 225-257.
5. **Instituto Nacional de Estadística.** Defunciones según la causa de muerte 1990. Tomo I. Resultados básicos. Madrid: Instituto Nacional de Estadística 1993.
6. **Escorihuela R., Mestre J.L., Escribano M.J.** Accidentes infantiles y asistencia hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1988; 29 Supl. 33: 28-31.
7. **Mintegui S., Velasco J.V., Villate A., Escudero F., Pocheville I., Mendía M.I. et al.** Valoración sobre aspectos epidemiológicos de las intoxicaciones en un servicio de urgencias pediátrico. *An Esp Pediatr* 1990; 33: 385-388.
8. **Elías J., García C., Buñuel C., Cenarro T., Castillo J.A., Labarta J.I. et al.** Accidentes en la infancia: a propósito de los 14.301 casos atendidos durante 1 año. *An Esp Pediatr* 1991, 35:385-388.
9. **Consell assessor sobre accidents en la infancia.** Guía per a la prevenció dels accidents infantils. Barcelona: **Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya**, 1992.
10. **Arcas R.** Accidentes e intoxicaciones. En: Crux M., editor. *Tratado de Pediatría*. Barcelona: Expaxs 1993; 2.030-2.048.
11. **Bedoya R., Andrés A., Fijo J., Sánchez A., Luna S., Gómerz de Terreros I. et al.** Estudio epidemiológico de las intoxicaciones accidentales atendidas en un hospital pediátrico. *An Esp Pediatr* 1993; 38:38-42.
12. **Pascoe.** Ej. Cuerpos extraños. En: Pascoe Ej., Grossman M., editores. *Guía de urgencias pediátricas*. Barcelona: Labor 1987; 222-228.
13. **Sheikh A.** Button battery ingestions in children. *Pediatr Emerg Care* 1993; 9: 224-229.
14. *Guía de la Dirección general de Tráfico. Ministerio del Interior. Centro Superior de Educación Vial.* 1996.

ANEXO XVI

SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (AUTOR DE ESTE ANEXO: D. GERARDO BUSTOS LOZANO)

1.-INTRODUCCIÓN.

El síndrome de la muerte súbita del lactante (S.M.S.L.), se define como "la muerte súbita de un niño menor de un año de edad, a la cual no se encuentra explicación después de una investigación minuciosa del caso, incluyendo la realización de una autopsia completa, el examen de la escena del fallecimiento y la revisión de la historia clínica" (grupo de expertos del National Institute of Child Health and Human Development, 1991. Ver Hoffman 1992). Se trata de un diagnóstico sindrómico, al que se llega por exclusión, y que es probable que tenga diferentes etiologías.

Aunque recientemente se ha invocado un defecto en la autorresucitación durante el sueño y la reinhalación del aire espirado como posibles causas, no hay aún evidencia suficiente para admitirlas definitivamente. Otras posibles causas, como la presencia de toxinas bacterianas o fúngicas y la presencia de productos tóxicos de las sustancias ignífugas que tienen los colchones, no han podido ser probadas.

2.-MAGNITUD DEL PROBLEMA.

El S.M.S.L. es la primera causa de muerte postneonatal (entre el mes y el año de vida) en los países desarrollados, suponiendo un 40-50% de dicha mortalidad. La frecuencia varía geográficamente. Entre los países con tasa alta (3 a 7 por mil nacidos vivos), se encontraban (actualmente su tasa ha disminuido) Australia (especialmente Tasmania), Nueva Zelanda e Irlanda del Norte. Los países occidentales tienen, en general, una tasa intermedia (1 a 3 por mil nacidos vivos), mientras que Hong Kong, Japón y Suecia presentan una tasa baja (0,05 a 1 por mil nacidos vivos). En España no hay estudios de incidencia válidos, pero se asume una tasa intermedia aproximada del 2 por mil.

Hay un predominio del sexo masculino en la mayoría de los estudios, con aproximadamente un 50% de sobretasa respecto al femenino. La máxima incidencia se produce entre los 2 y 3 meses de edad, siendo poco frecuentes los casos antes de las 2 semanas y después de los 6 meses.

La gran mayoría de los casos ocurren entre la medianoche y las 9 de la mañana, por lo que se ha supuesto que acontecen durante el sueño. También predominan los casos ocurridos en los meses fríos y húmedos (doble incidencia), respecto a los cálidos y secos, tendencia que también presenta en menor grado el resto de la mortalidad postneonatal. El frío ambiental aumenta el riesgo de S.M.S.L.

Se desconoce por qué, pero la incidencia y la importancia de cada factor de riesgo varían según la raza. Por ejemplo, el bajo peso tiene un riesgo relativo menor en negros que en blancos americanos.

Además del hecho mismo del fallecimiento, lo inesperado del mismo y las circunstancias en que se produce, ocasionan un tremendo impacto en las familias, que con frecuencia deja secuelas importantes.

3.-FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL S.M.S.L.

3.1.-FACTORES RELACIONADOS CON LA MADRE:

3.1.1.- Tabaquismo materno:

Es un factor de riesgo mayor, confirmado en múltiples estudios de casos y controles. Implica al tabaquismo durante la gestación y después del parto. Se ha comprobado el aumento del riesgo en relación con la intensidad del consumo y con la presencia de otros fumadores en el hogar. También se han aportado pruebas en favor de la asociación causal del tabaquismo materno con el S.M.S.L. (relación temporal, consistencia de los hallazgos, potencia de la asociación, gradiente biológico y verosimilitud biológica).

En un estudio neozelandés (Mitchell 1994), se encontró un riesgo relativo de 4 (IC 3,28 - 5,11) en las madres fumadoras. En otro estudio realizado en Estados Unidos (Taylor 1995) se vio que, de las múltiples variables estudiadas en el National Maternal and Infant Health Survey (estudio de cohortes en el que no se registró la postura durante la noche), sólo el tabaquismo materno durante la gestación se asoció independientemente con al S.M.S.L. (OR ajustada 2,92).

3.1.2.- Lactancia artificial:

La lactancia natural se asocia a un riesgo levemente menor, sin que se conozca si esta asociación es causal o se debe a otras variables de confusión.

3.1.3.- *La paridad y el intervalo entre gestaciones, el consumo de drogas psicótropas y alcohol, y la ausencia de pareja estable, se asocian ligeramente con mayor riesgo en algunos estudios. Esta asociación parece no ser independiente de otras variables socioeconómicas relacionadas, como el nivel de educación, la calidad de la vivienda, la edad materna y otras que se acumulan en determinados grupos de población, en los que la falta de cuidados y el maltrato pueden ser más frecuentes.*

3.2.-FACTORES RELACIONADOS CON EL NIÑO:

3.2.1.- Antecedente de hermano fallecido por S.M.S.L.:

El riesgo de recurrencia en hijos posteriores se ha estimado que es 5 veces (entre 2 y 10 veces) la incidencia en la población general. En caso de

abuso, abandono, de privación afectiva o pobreza, el riesgo de recurrencia es mayor. En los gemelos existe un riesgo de hasta el 4% en las primeras 24 horas después del fallecimiento del hermano. Pasado ese tiempo, el riesgo es igual que el de los hermanos en general.

3.2.2.- Prematuridad y bajo peso al nacer:

Aunque la mayoría de las víctimas del S.M.S.L. no fueron recién nacidos de bajo peso o prematuros (éstos sólo representan el 18% de los casos), se confirma en todos los estudios una asociación inversa muy significativa entre el S.M.S.L. y el peso al nacer. Se han postulado causas directas, indirectas o causas comunes para ambas situaciones.

3.3.-FACTORES AMBIENTALES:

3.3.1.- Factores socioeconómicos y demográficos:

El bajo nivel socioeconómico es uno de los factores de riesgo más establecidos. En las sociedades occidentales, las madres con un primer hijo en la adolescencia y las madres sin pareja estable o solteras también tienen mayor riesgo.

3.3.2.- Postura del lactante en la cuna:

El decúbito prono durante el sueño se ha asociado fuertemente con el S.M.S.L. en múltiples estudios de casos y controles, de análisis pre y post intervención y en un estudio prospectivo, tanto en Europa como en Australia, Nueva Zelanda y últimamente en Estados Unidos. Los hallazgos son muy consistentes y se repiten independientemente del tiempo y la situación geográfica.

No hay evidencia suficiente actualmente que apoye que la composición de los colchones influya en la incidencia del S.M.S.L.

3.3.3.- Arropamiento excesivo y sobrecalentamiento en la cuna:

El sobrecalentamiento se ha asociado con mayor riesgo, especialmente si se cubre la cabeza y si el niño tiene una enfermedad febril.

3.3.4.- No se ha encontrado relación con el reflujo gastroesofágico, las alteraciones neurológicas, los tratamientos médicos ni la realización de analítica. No se han encontrado tampoco más episodios de apnea ni peor control de la temperatura corporal en los prematuros víctimas del S.M.S.L., que en el resto de los prematuros. La vacunación DTP y la de la polio, no sólo no suponen un riesgo, sino que la vacunación correcta es un factor levemente protector. Tampoco se ha encontrado asociación con la hipoxia intrauterina, la alimentación materna ni los antecedentes obstétricos. No se ha encontrado asociación con infecciones respiratorias en las dos semanas previas, diarrea o vómitos. Los estudios que relacionan el crecimiento postnatal lento con el S.M.S.L., han sido criticados por deficiencias metodológicas.

4.-ACTIVIDADES PREVENTIVAS.

La imposibilidad de identificar prospectivamente a las futuras víctimas del S.M.S.L., nos obliga a actuar sobre aquellos factores de riesgo que sean vulnerables a la acción preventiva. Con los conocimientos que actualmente tenemos sobre el problema, pueden recomendarse lo siguiente:

4.1.-CONSEJOS PREVENTIVOS PARA LA POBLACIÓN GENERAL:

4.1.1.- Consejo sobre la postura del lactante durante el sueño: evitar la posición en prono durante el sueño hasta los 6 meses de edad. Son adecuadas tanto la posición en supino como el decúbito lateral. El decúbito lateral es inestable y muchos de los niños colocados así acaban en prono. Sólo por una indicación médica específica (reflujo gastroesofágico grave, malformaciones craneofaciales que afectan a la vía aérea superior) puede recomendarse el decúbito prono. Es conveniente que la madre conozca esta recomendación antes del parto. Es posible que algunos niños se despierten menos por la noche o duerman más en la posición de prono. El profesional que lleve a cabo el consejo, debe preguntar por los problemas del sueño del lactante e intentar convencer a los padres, dentro de lo posible, de la pertinencia del consejo. No está indicado forzar la postura en los niños que se dan la vuelta espontáneamente, una vez colocados en supino para dormir.

4.1.2.- Evitar los colchones muy blandos o de lana, los almohadones y cojines, los colgantes al cuello y cualquier otro objeto que pueda provocar asfixia durante el sueño, como cintas o cordones en las inmediaciones de la cuna.

4.1.3.- Mantener en la habitación una temperatura de 20 a 22 °C y evitar el arropamiento excesivo, especialmente si el niño tiene fiebre.

4.1.4.- Desaconsejar fuertemente el tabaquismo, muy especialmente a la madre desde el comienzo de la gestación. Se debe insistir también en el consejo antitabáquico a ambos padres desde la primera visita de control del recién nacido. La minimización de la exposición supone desaconsejar cualquier exposición al humo del tabaco.

4.1.5.- Promover la lactancia materna.

4.2.-MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO:

4.2.1.- Monitorización a domicilio: las indicaciones comúnmente aceptadas figuran en la Tabla 1.

Los monitores domiciliarios son aparatos de diseño y manejo sencillo. El sistema más utilizado es el de la impedancia torácica, que sin embargo tiene el inconveniente de no registrar la primera fase de la apnea obstructiva, ya que el niño en esta fase continúa haciendo movimientos respiratorios, aunque sin intercambio gaseoso. La alarma de frecuencia cardíaca debe estar en 80 p.p.m. (para la bradicardia) y 240 p.p.m. (para la taquicardia) y la de apnea

en 20 segundos. Una alternativa la constituirían los pulsioxímetros, que detectarían precozmente la hipoxia, pero que pitan frecuentemente al perder el sensor la señal del pulso con los movimientos del niño.

Antes de iniciarse la monitorización, es necesario explicar detalladamente todos los pormenores de la misma a los padres y motivarles positivamente para que, una vez superada la adaptación inicial, adquieran la seguridad y confianza necesarias en la técnica. La respuesta correcta frente a una alarma debe ser el objetivo principal del plan de enseñanza, debiendo aprender los padres, desde la estimulación ligera hasta la resucitación cardiopulmonar, en función de cómo esté el niño.

Un programa de monitorización en domicilio requiere la colaboración estrecha del pediatra, la enfermera de asistencia a domicilio, los técnicos y el responsable del programa en el hospital de referencia. La instauración de un monitor en domicilio sin seguimiento adecuado, difícilmente conseguirá sus objetivos y creará graves dificultades a la familia.

Los problemas más comunes son la incapacidad para distinguir las alarmas reales de las falsas, el aumento de la frecuencia de falsas alarmas al madurar el lactante y adquirir más movilidad, la irritación de la piel por los electrodos y la dependencia familiar del monitor. La supresión de la monitorización origina gran ansiedad en la familia, por lo que hay que ir preparándola a lo largo del seguimiento. En la mayoría de los casos se puede suspender entre los 6 y 9 meses, si en los 2 meses previos no hubo apneas reales. En los hermanos de víctimas del S.M.S.L., se retirará siempre al menos un mes después de la edad a la que falleció el hermano. La necesidad infrecuente de continuar la monitorización más allá del año, suele relacionarse con una apnea obstructiva o con psicopatología de importancia en la familia.

Tabla 1

INDICACIONES DE LA MONITORIZACIÓN A DOMICILIO POR RIESGO DE MUERTE SÚBITA EN LACTANTES

A.-Por riesgo de S.M.S.L. propiamente dicho

- ⇒ E.A.L. * previo idiopático.
- ⇒ Pausas de apnea idiopáticas en un recién nacido a término.
- ⇒ Pausas de apnea idiopáticas graves en un prematuro.
- ⇒ Respiración periódica superior al 5% del tiempo de sueño.
- ⇒ Hermanos de niños víctimas del S.M.S.L.

B.-Por riesgo de muerte repentina de causa conocida

- ⇒ Traqueostomía y malformaciones de la vía aérea de riesgo elevado.
- ⇒ Displasia broncopulmonar grave.
- ⇒ Problemas neurológicos o cardiológicos que cursen con apnea o arritmias graves.
- ⇒ Reflujo gastroesofágico grave asociado a patología pulmonar o neurológica.
- ⇒ Dificultad importante en la alimentación que produzca apnea o bradicardia.
- ⇒ Síndrome de hipoventilación central primaria (Sdr. de Ondina).
- ⇒ Hijos de madres drogadictas, sólo si se han detectado previamente apneas y el entorno familiar es aceptable.

* E.A.L.: Episodio Aparentemente Letal. Episodio caracterizado por una combinación de apnea (central o más raramente obstructiva), cambio de color (generalmente cianosis o palidez y raramente enrojecimiento o plétora), cambios notables en el tono muscular (generalmente hipotonía) y sofocación, que produce en el observador la impresión de muerte inminente.

5.-EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN.

5.1.-CONSEJOS PREVENTIVOS:

Las campañas para evitar el decúbito prono durante el sueño en los lactantes, producen una disminución del 30 al 50% en la tasa de mortalidad por S.M.S.L. en todos los países donde se ha conseguido disminuir drásticamente la prevalencia de esta postura. Por otra parte, el decúbito supino o lateral no han mostrado ningún peligro (muertes por aspiración u otras causas), lo que ha hecho que se extendiera la recomendación de evitar el prono en los países de alta tasa de mortalidad por S.M.S.L. En EE.UU., la Academia Americana de Pediatría hizo la recomendación formal en junio de 1992.

El único inconveniente del decúbito supino parece ser que los lactantes duermen algo menos y tienen más despertares y más prolongados durante la noche.

En Nueva Zelanda, la posición en prono, el tabaquismo materno y la lactancia artificial, son responsables en conjunto del 79% de los casos de S.M.S.L.

No se conoce la efectividad preventiva del consejo antitabáquico a la madre.

5.2.-MONITORIZACIÓN A DOMICILIO:

No hay datos concluyentes que prueben la efectividad de los programas de monitorización a domicilio para prevenir el S.M.S.L., incluso con una utilización óptima de la técnica. Tampoco se dispone de ningún método suficientemente discriminativo para identificar a los lactantes que realmente son de alto riesgo y todas las recomendaciones se basan en la opinión de expertos.

5.3.-ACEPTABILIDAD:

5.3.1.- Aceptabilidad de los consejos:

El problema fundamental en este caso ha sido la reticencia de los profesionales (de medicina y enfermería) a recomendar lo contrario a lo previamente aceptado, en parte por miedo a potenciales riesgos que ya se han demostrado inexistentes. Esta situación ha sido especialmente llamativa en los Estados Unidos donde, a pesar de las recomendaciones, sólo se ha conseguido disminuir modestamente la prevalencia del prono. En este país muchos profesionales siguen recomendándolo o admiten sólo el decúbito lateral, que como se ha comentado, es inestable.

La aceptabilidad del consejo antitabáquico, en este caso concreto, no está establecida en nuestra población.

5.3.2.- Aceptabilidad de la monitorización a domicilio:

En general la monitorización domiciliaria es conflictiva. Puede generar ansiedad y dependencia del monitor. Nunca debe imponerse en contra del criterio familiar.

5.4.-ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Los consejos pueden ser efectuados por profesionales de medicina o enfermería, o por ambos.

El consejo antitabáquico debe efectuarse desde la primera visita de la embarazada. El resto pueden llevarse a cabo desde la visita perinatal o la primera visita del recién nacido. Se repetirán posteriormente en los controles periódicos de salud del lactante, hasta los 6 meses de vida.

5.5.-RECOMENDACIONES DE LOS GRUPOS DE EXPERTOS:

Las recomendaciones anteriormente citadas están incluidas en las establecidas por los siguientes grupos de expertos:

⇒ PAPPS.

⇒ Academia Americana de Pediatría.

⇒ Grupo de trabajo de estudio y prevención la muerte súbita infantil de la Asociación Española de Pediatría.

Además de los reseñados, otros muchos grupos y las autoridades sanitarias de múltiples países han apoyado explícitamente estas recomendaciones.

6.-PUNTOS A DESTACAR.

6.1.-*El S.M.S.L. es la primera causa de mortalidad postneonatal (entre el mes y el año de vida).*

6.2.-*La postura en prono durante el sueño está claramente asociada con mayor riesgo. En los países donde la prevalencia de esta postura ha disminuido dramáticamente, la tasa de S.M.S.L. ha descendido entre el 30 y el 50%.*

6.3.-*La exposición del feto y del lactante al humo del tabaco es un factor de riesgo muy claramente establecido.*

6.4.-*Los grupos de expertos más importantes del mundo en el campo del S.M.S.L. han incluido en sus recomendaciones el consejo de evitación del prono durante el sueño y el consejo antitabáquico a la embarazada y a la madre.*

7.-BIBLIOGRAFÍA.

7.1.-BIBLIOGRAFÍA COMENTADA:

- 1. Guntheroth W.G., Spiers P.S.** *Sleeping prone and the risk of sudden infant death syndrome. JAMA 1992; 267: 2359-2362.*

Excelente revisión de todos los estudios publicados hasta 1992 sobre la relación entre la postura durante el sueño y el S.M.S.L. En todos se asocia el prono con mayor riesgo. Los riesgos relativos u odds ratios oscilaron entre 3,5 y 9,5. Las campañas contra el prono disminuyeron la incidencia entre el 20 y el 67% en cuatro países diferentes.

- 2. Mitchell E.A., Ford R.P.K., Stewart A.W., Taylor B.J., Becroft D.M.O., Thompson J.M.D., et al.** *Hábito de fumar y síndrome de la muerte súbita del lactante. Pediatrics (ed. Esp.) 1993; 35: 266-270.*

Estudio prospectivo de 3 años de casos y controles (485 S.M.S.L. y 1800 controles) en Nueva Zelanda. Los hijos de madres que fumaron durante la gestación presentaron un riesgo relativo de 4,09 (IC del 95% 3,28 - 5,11). También aumentó el riesgo con el tabaquismo postnatal; fue mayor con niveles crecientes de consumo materno y con el hábito tabáquico de otros convivientes. Estas asociaciones se mantuvieron después de controlar múltiples variables de confusión. Los autores concluyen que el hábito tabáquico materno y de otros convivientes está relacionado causalmente con el S.M.S.L.

- 3. Kemp J.S., Kowalski R.M., Burch P.M., Graham M.A., Thach B.T.** *Unintentional suffocation by rebreathing: A death scene and physiologic investigation of a possible cause of sudden infant death. J Pediatr 1993; 122: 874-880.*

En este estudio se colocaron en la cuna donde habían fallecido siete lactantes en prono con la cabeza hacia abajo, a siete conejos respirando a través de un mecanismo nasal similar a la nariz de los lactantes, en la posición en que estos fueron hallados. La baja resistencia al flujo de aire del colchón produjo reinhalación del aire espirado por los conejos que fue tan importante, que causó la muerte de cinco de los siete. Los autores concluyeron que la sofocación por reinhalación de aire espirado es una de las causas del S.M.S.L.

- 4. Taylor J.A., Krieger J.W., Reay D.T., Davis R.L., Harruff R., Cheney L.K.** *Prone sleep position and the sudden infant death syndrome in King Country, Washington: A case-control study. J Pediatr 1996; 128: 626-630.*

Estudio de casos y controles (47 S.M.S.L. y 142 controles). Encontraron en los S.M.S.L. menor peso al nacimiento, peor nivel de vivienda, madres más jóvenes, más frecuentemente solteras y fumadoras. La posición en prono durante el sueño fue más frecuente en los S.M.S.L. (57% versus 24%; $p < 0,00001$) con una OR de 4,69 (IC al 95% 2,17 a 10,17).

5. **Waters K.A., González A., Jean C., Morielli A., Brouillette R.T.** *Face-straight-down and face-near-straight-down positions in healthy prone sleeping infants. J Pediatr* 1996; 128: 616-625.

Durante el sueño en decúbito prono estos autores demuestran, mediante grabación en vídeo, cómo los lactantes adoptan posturas que producen obstrucción de la vía aérea cuando la cabeza no está de lado. Esta situación ocurre más frecuentemente si existen almohadones u otros objetos que puedan obstruir la vía aérea. Los episodios obstructivos terminaron siempre con un despertar.

7.2.-OTRA BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS:

1. **Taylor J.A., Sanderson M.** *A reexamination of the risk factors for the sudden infant death syndrome. J Pediatr* 1995; 126: 887-891.
2. **Howarson A.G., Patrick W.J.A., Fell G.S., Lyon T.D.B., Gibson A.A.M.** *Cot mattresses and sudden infant death syndrome. Lancet (letter)* 1995; 345: 1044-1045.
3. **Mitchell E.A., Scragg L., Clements M.** *Cot mattresses and sudden infant death syndrome. Lancet (letter)* 1995; 345: 1045-1046.
4. **Blair P., Fleming P., Bensley D., Smith I., Bacon Ch., Taylor E.** *Plastic mattresses and sudden infant death syndrome. Lancet (letter)* 1995; 345: 720.
5. **Hunt C.E., CHIME Steering Committee.** *Síndrome de la muerte súbita del lactante y hermanos subsiguientes. Pediatrics (ed. Esp.)* 1995; 39: 145-147.
6. **National Institutes of Health Consensus Development Conference on Infantile Apnea and Home Monitoring, Sept 29 to Oct 1, 1986.** *Pediatrics* 1987; 79: 292-299.
7. **Douglas A.S., Allan T.M., Helms P.J.** *Seasonality and the sudden infant death syndrome during 1987-9 and 1991-3 in Australia and Britain. BMJ* 1996; 312: 1381-1383.
8. **Hoffman J.H., Hilman L.S.** *Epidemiology of the sudden infant death syndrome: maternal, neonatal and postneonatal risk factors. Clin Perinatol* 1992; 19: 717-737.

ANEXO XVII

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

1.-REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA.

1.1.-COMPROBAR LA INCONSCIENCIA pellizcando o moviendo al niño con suavidad, hablarle alto y colocar en decúbito supino.

1.2.-PEDIR AYUDA al personal del centro o del entorno.

1.3.-VÍA AÉREA: MANIOBRA FRENTE-MENTÓN O TRIPLE MANIOBRA (cuidado con posibles lesiones cervicales). Una vez hecho esto, comprobar si entra y sale aire por la boca del niño y si el tórax se mueve espontáneamente.

1.4.-VENTILAR si no hay ventilación espontánea. Técnica boca-boca en mayores de 1 año y boca nariz en mayores. 5 insuflaciones.

1.5.-TOMAR PULSOS: Braquial en menores de 1 año, Carotídeo en mayores e iniciar masaje si la frecuencia cardíaca es menor de 60 en menores de 1 año o no hubiera pulso.

1.6.-COMPRESIONES TORÁCICAS (ver figuras). Se darán 100 por minuto y ciclos repetidos de 5 compresiones seguido de 1 ventilación.

1.7.-Tras 1 minuto solicitar ayuda a los sistemas DE EMERGENCIA VITAL: UVI MÓVIL, BOMBEROS, POLICÍA, ETC.

2.-REANIMACIÓN AVANZADA.

2.1.-Introducir cánula de GUEDEL Y ASPIRAR SECRECIONES.

2.2.-Ventilación con BOLSA-MASCARILLA y Oxígeno a 15 lpm y mantener la vía aérea permeable.

2.3.-INTUBACIÓN (si es posible, pero NO DEBE PERDERSE TIEMPO EN ELLO SI NO SE PUEDE O NO SE SABE HACER).

2.4.-Continuar con masaje y oxigenoterapia.

2.5.-Canalizar una VÍA VENOSA (VER FIGURAS) y poner fluidos.

2.6.-DROGAS:

Adrenalina al 1:1000. 1ª dosis 0,01 ml./Kg. (I.V. o intraósea o intratraqueal. En este último caso la dosis se multiplica por 10).

Adrenalina 1:1000 siguientes dosis a 0,1 ml./Kg. Después se repite el ciclo masaje ventilación 3 minutos.

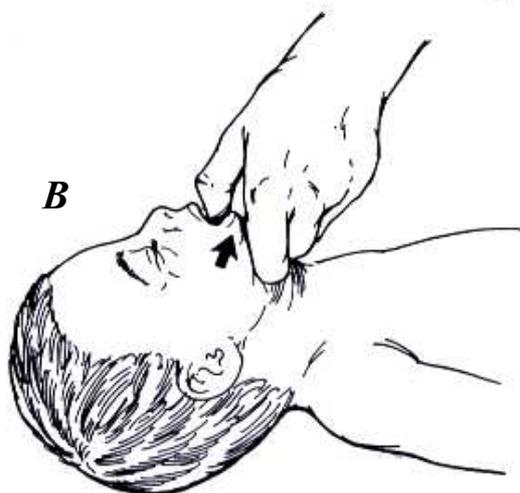
Bicarbonato: Debe ponerse tras 10 minutos de reanimación sin resultados o con un pH < 7,1.

2.7.-Fibrilación o Taquiarritmia sin pulso:

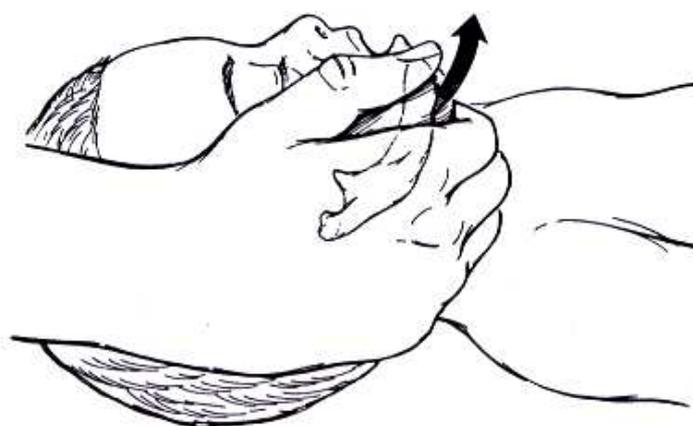
DESFIBRILACIÓN dosis Ciclo: 2-2-4 Jul./Kg. Ventilar-Masaje-02. Si no hay resultados poner adrenalina a 0,01 mgr./Kg. Nuevo ciclo de reanimación 1 minuto y, si no hay resultados, repetir desfibrilación: 4-4-4 Jul./Kg., y si no hay resultado, valora bicarbonato.

3.-BIBLIOGRAFÍA.

- 1. Casado Flores J.** Urgencias vitales en pediatría. Pfizer. eds. 1998.
- 2. Zafra M.A. et al.** Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 3ª edición. Madrid 1997.
- 3. Nichol D.G., Yaster M., Lappe D., Buck J.** Manual de urgencias en pediatría. Italfarmacos eds. Madrid. 1992.
- 4. Bell Ch., Hughes C., Tae Hee O.** Manual de Anestesia pediátrica. Mosby/Doyma. Madrid. 1994.



(A) Inclinación de la cabeza/elevación del cuello. (B) Elevación de la barbilla.

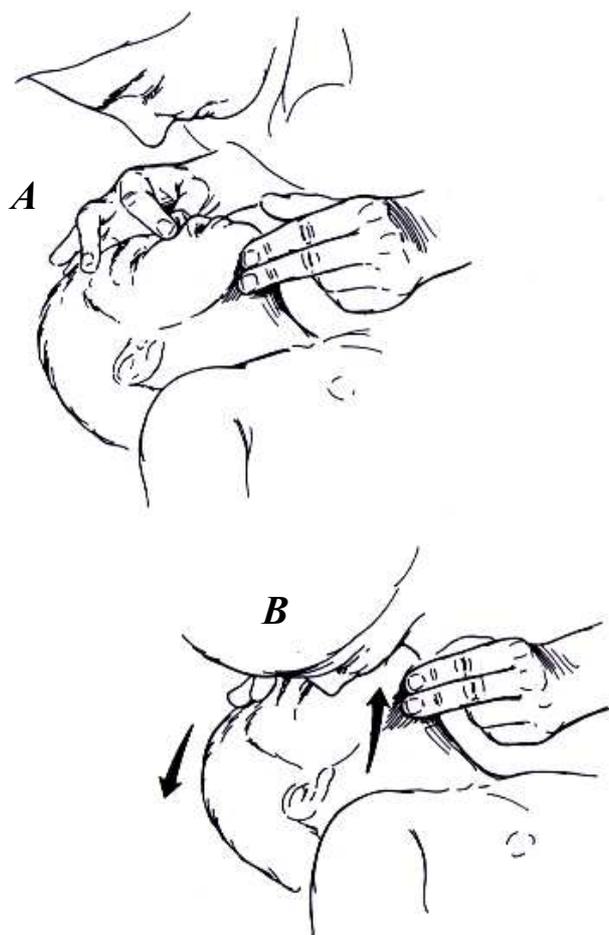


*Empuje mandibular.
Se abre la boca con el pulgar y se eleva la mandíbula con los dedos medios.*



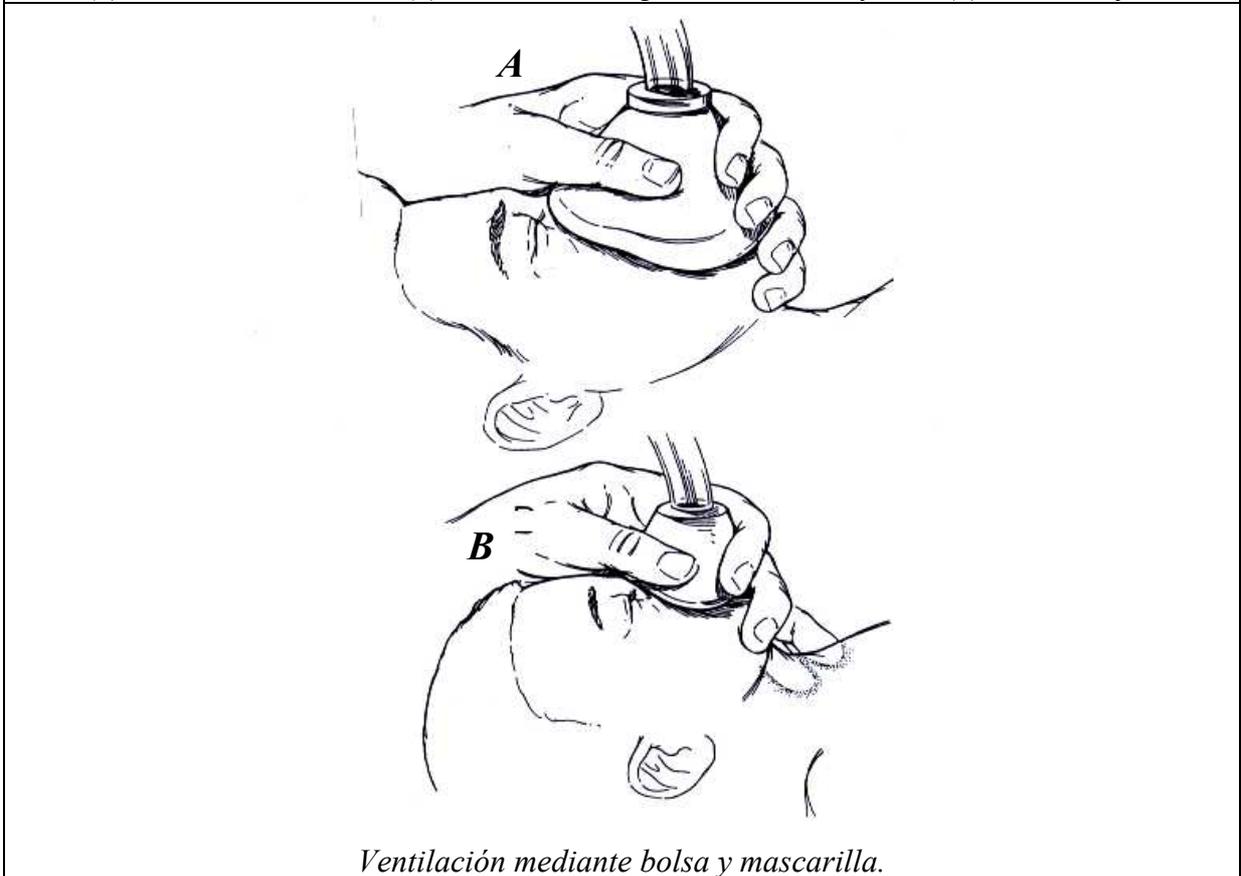
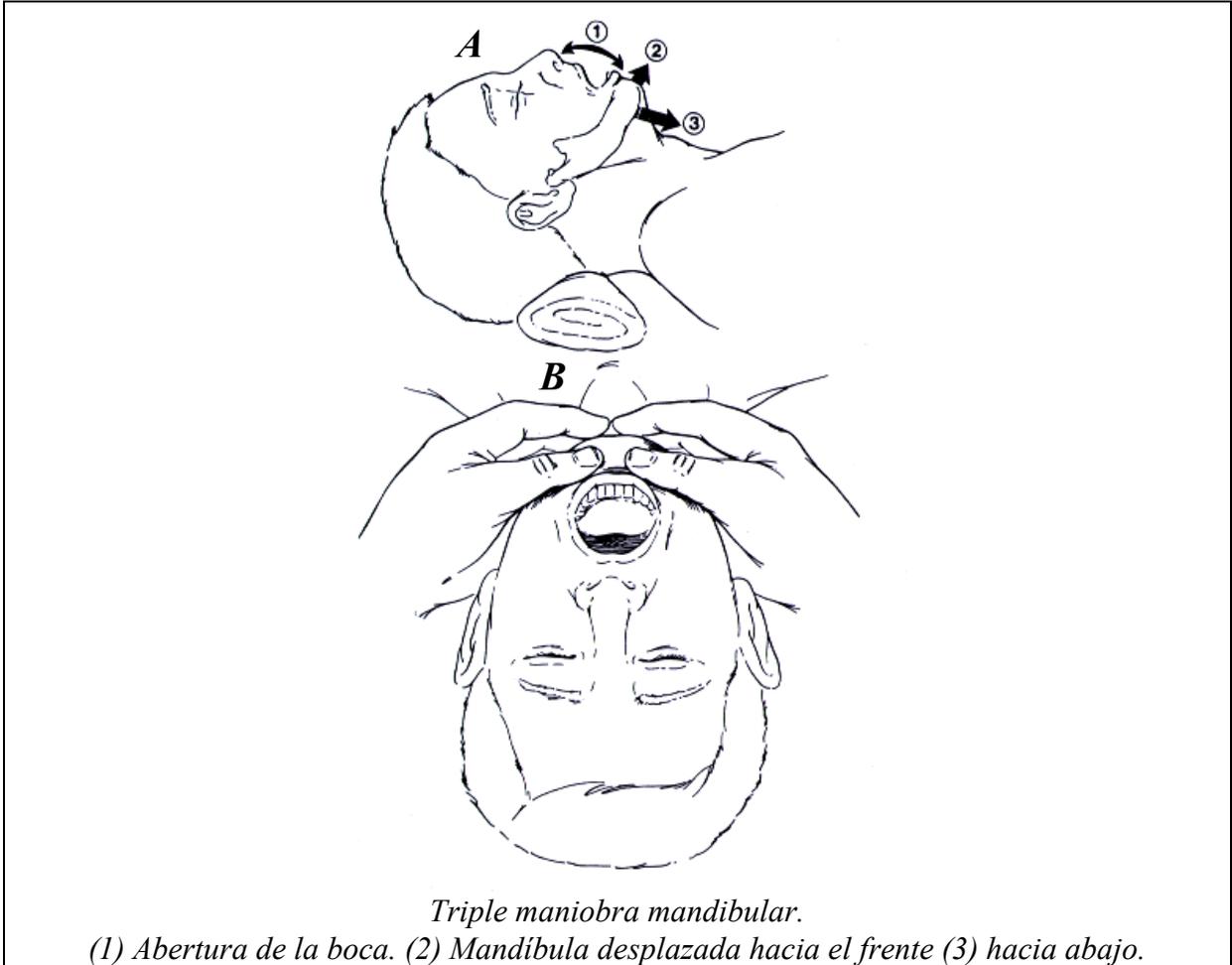
Reanimación boca a boca en lactantes.

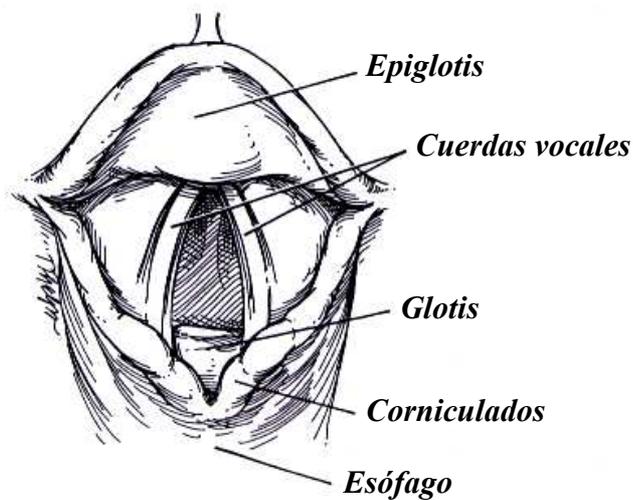
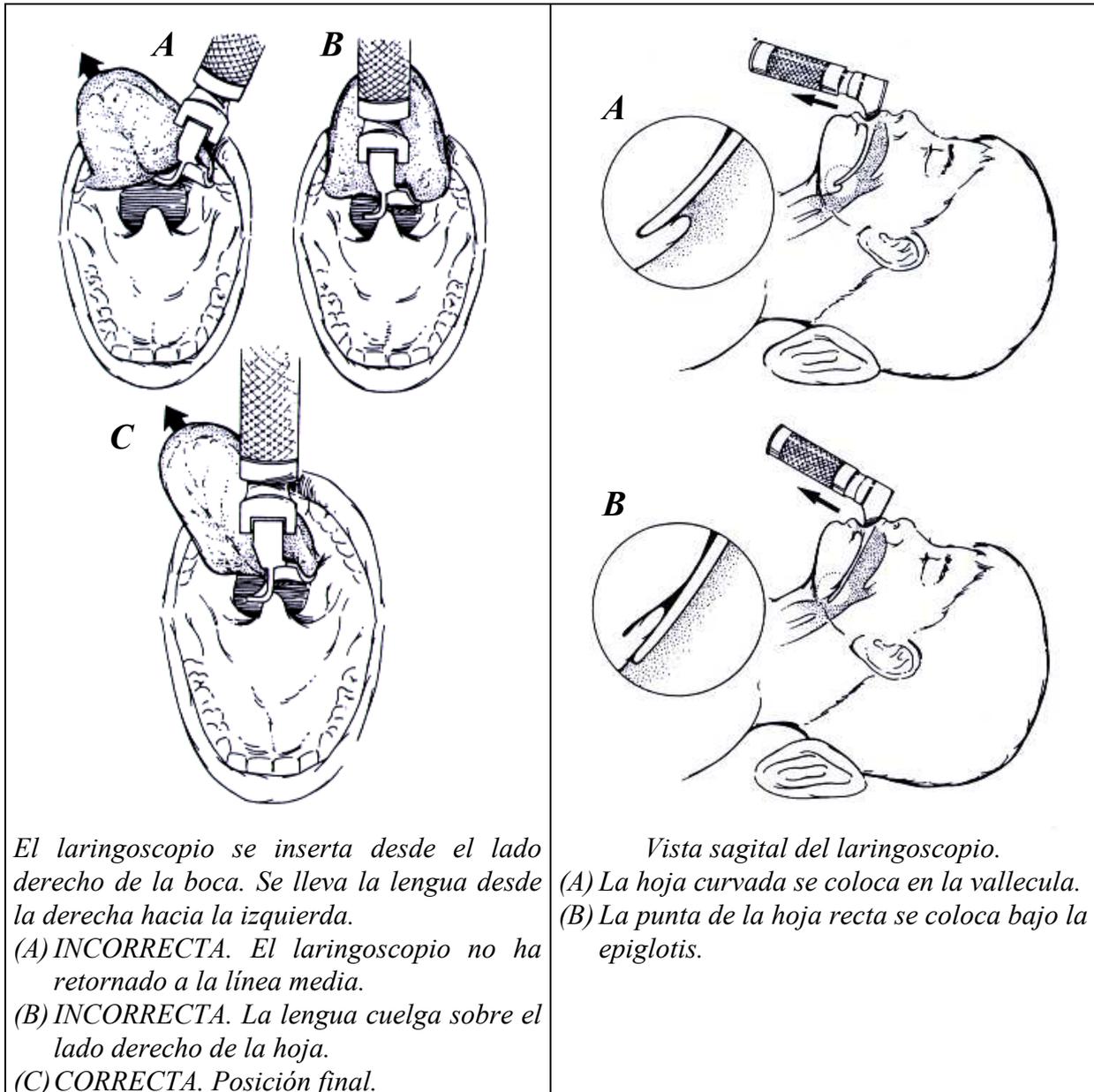
El reanimador coloca la boca sobre la nariz y la boca del paciente al tiempo que eleva la mandíbula.



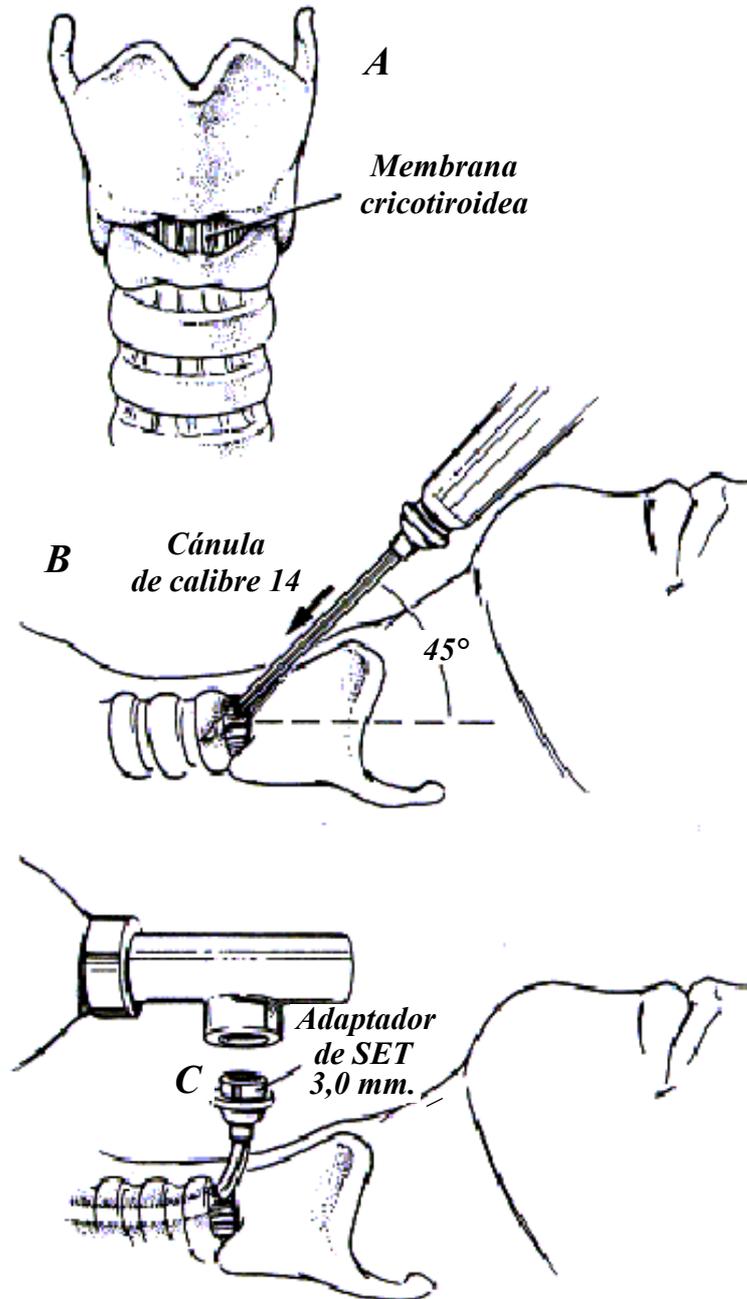
Reanimación boca a boca en niños.

(A) Se tapa la nariz. (B) El reanimador coloca la boca sobre la boca del paciente al tiempo que eleva la mandíbula.



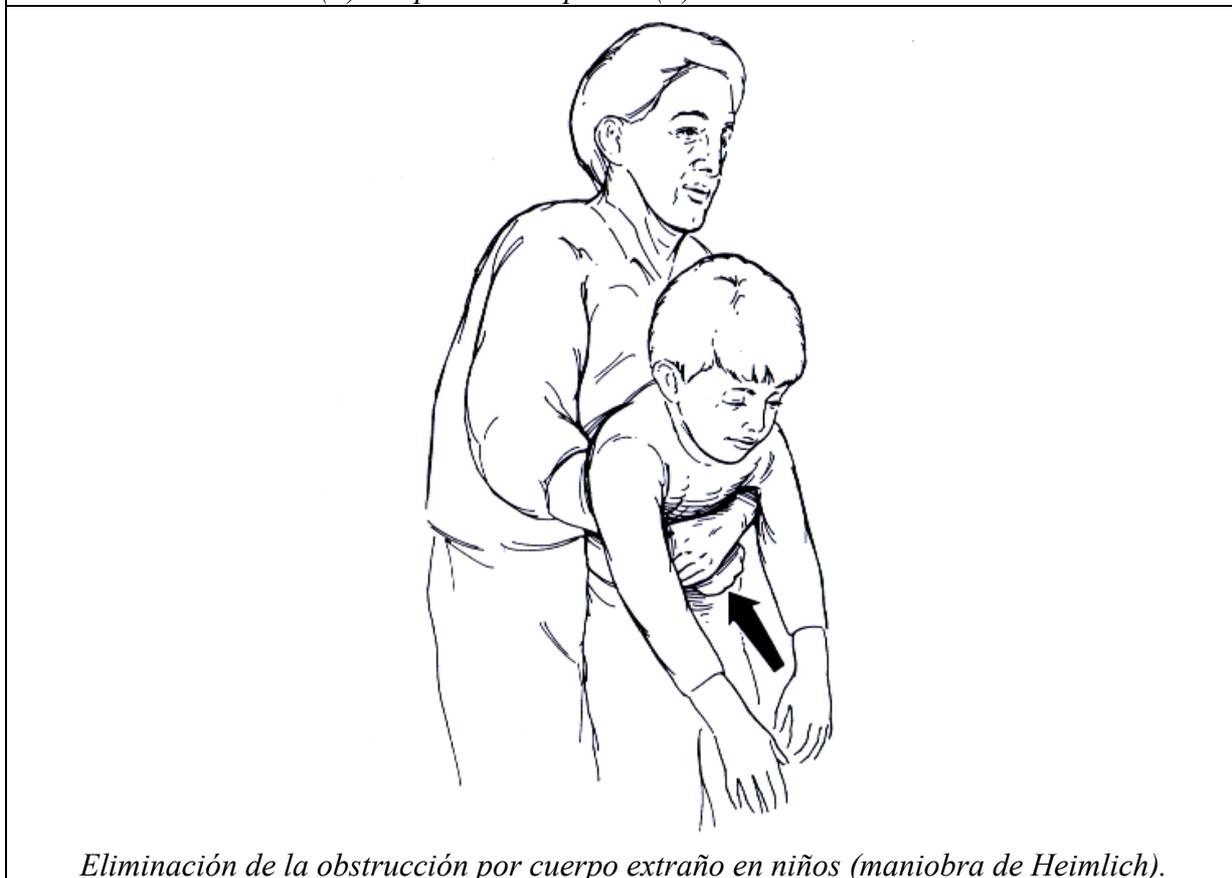
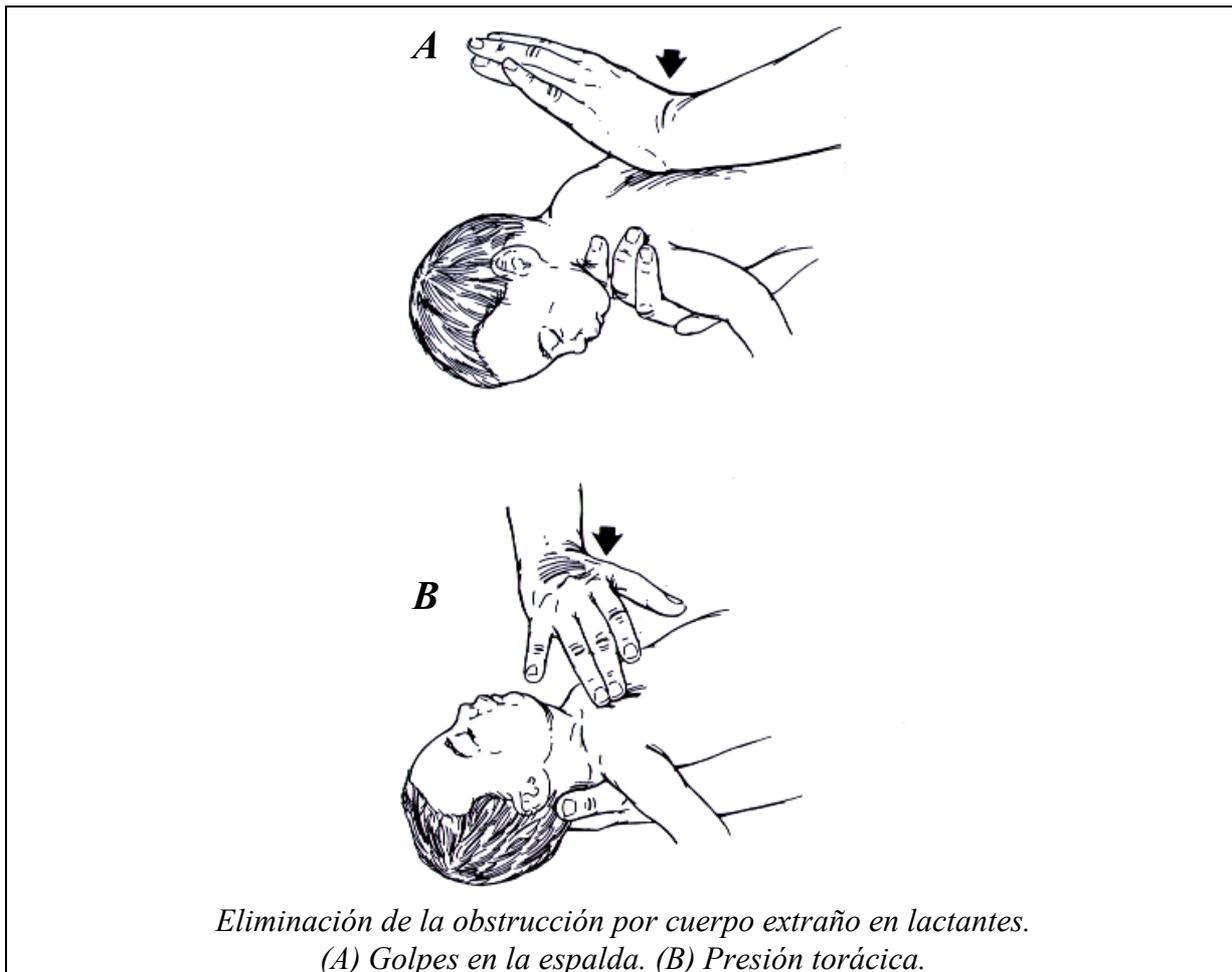


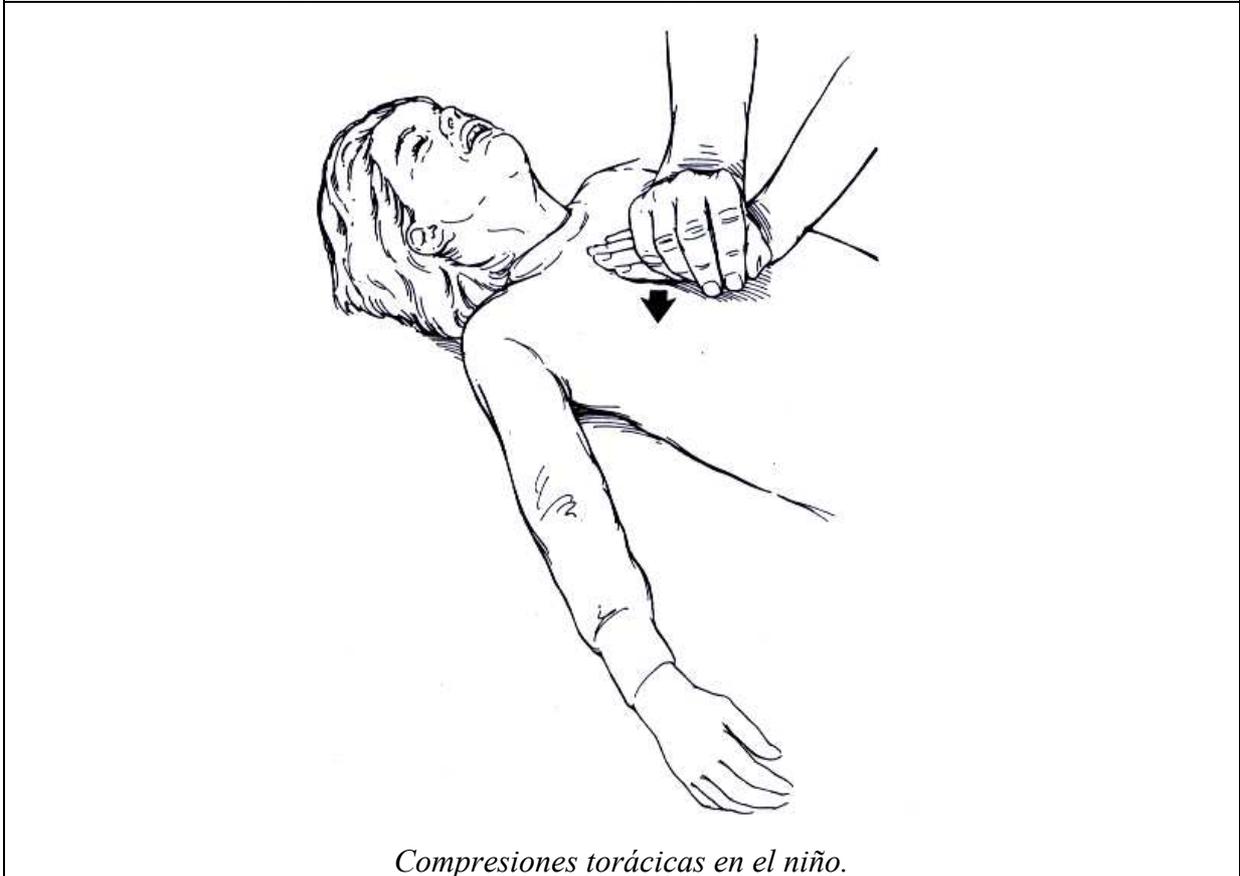
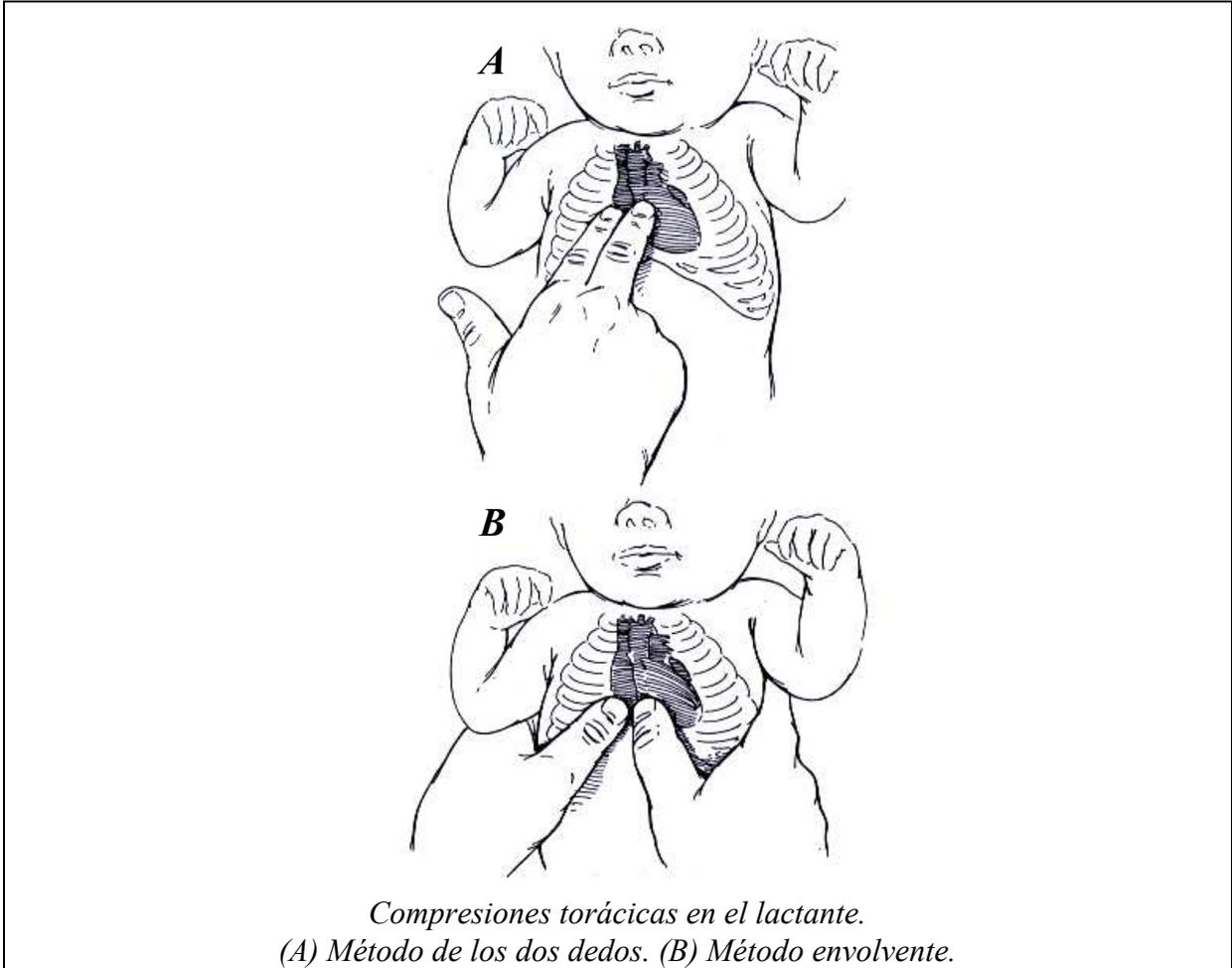
Laringe.

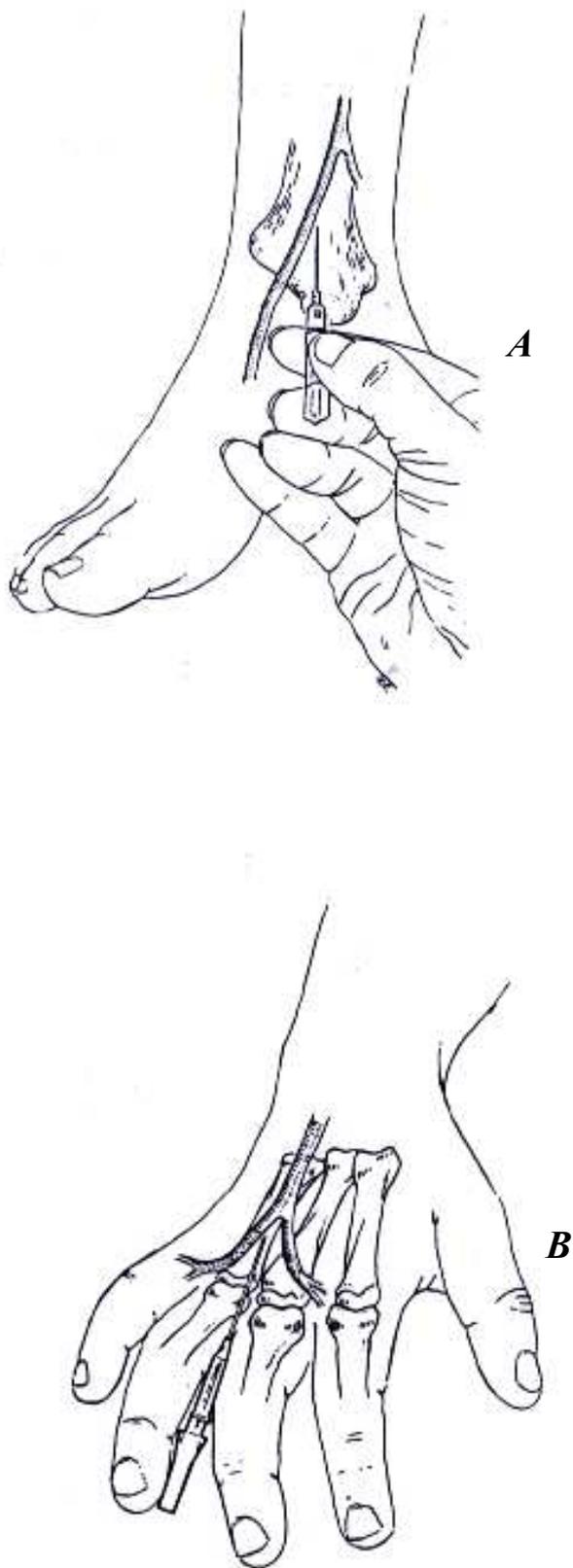


Cricotirotomía.

(A) Vista anatómica. (B) Inserción de una cánula IV de calibre 14. (C) Bolsa fijada a un adaptador de sonda endotraqueal (SET) conectado a la cánula IV.

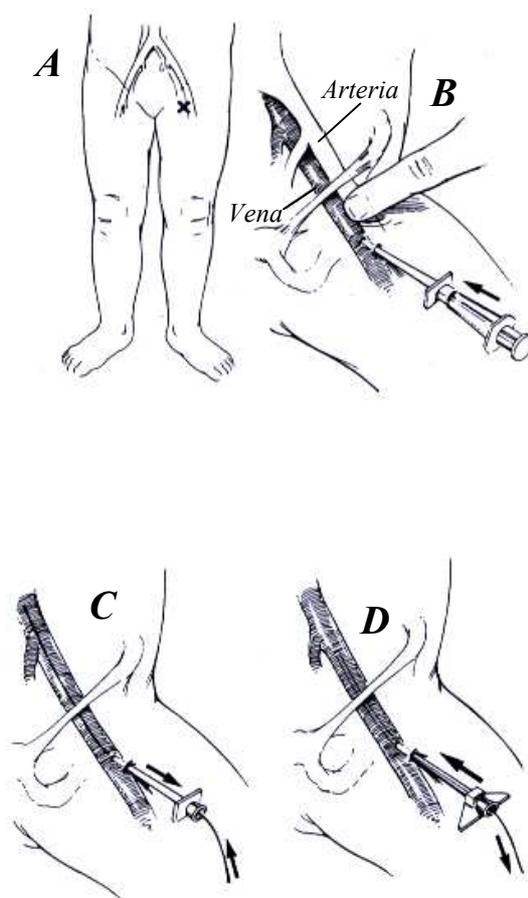






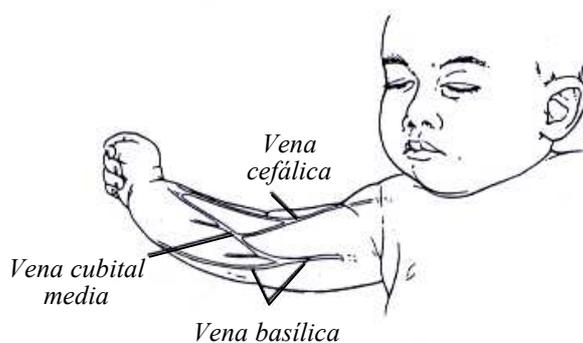
Acceso intravenoso.

Conociendo la anatomía venosa, puede asegurarse aún cuando la vena no se visualiza. La safena puede canularse, casi siempre, de 0,5-1 cm. por encima y por delante del maléolo interno, en su trayectoria paralela a la tibia (A). También suele encontrarse una vena en el dorso medio de la mano entre los metacarpianos mediano y anular (B).

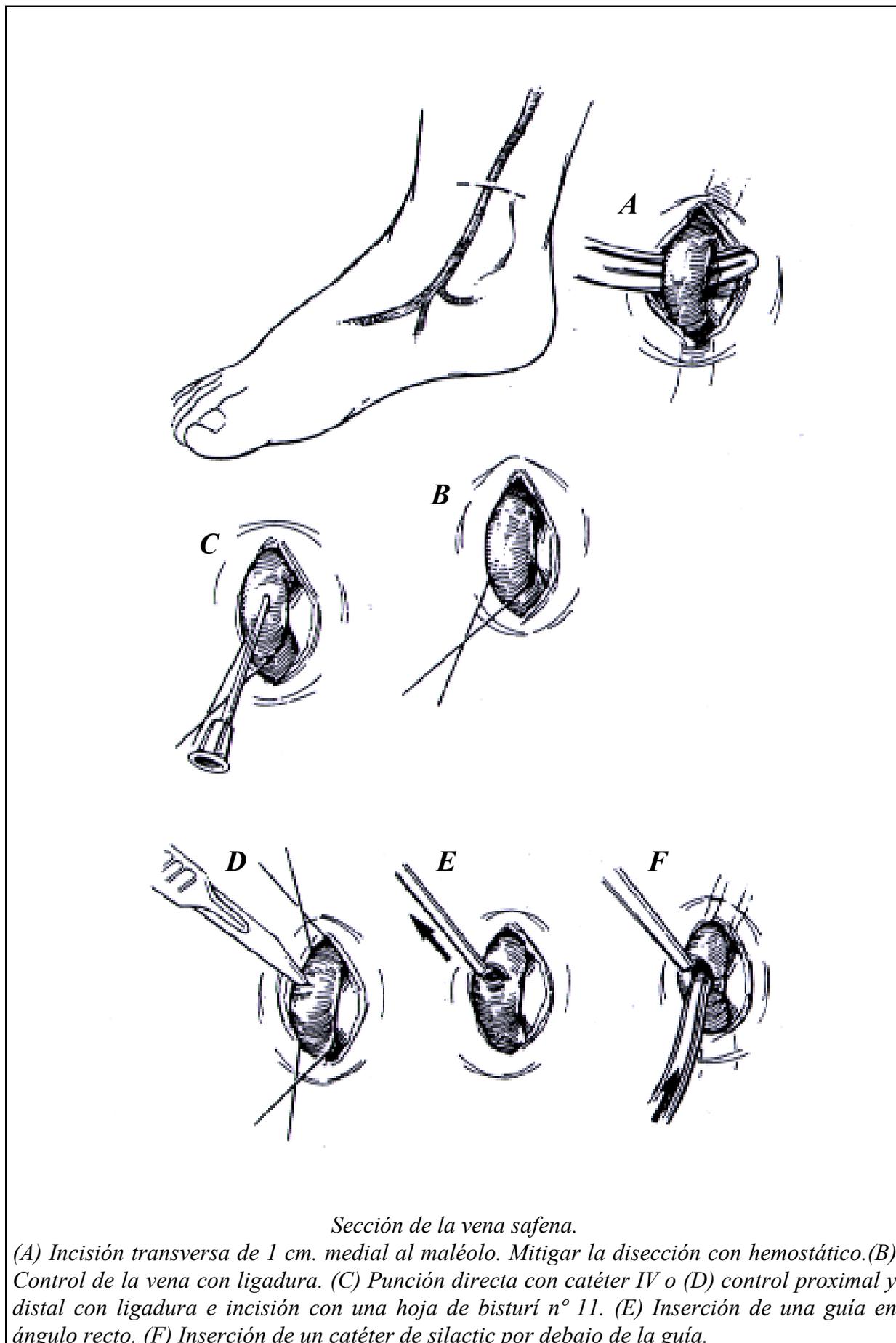


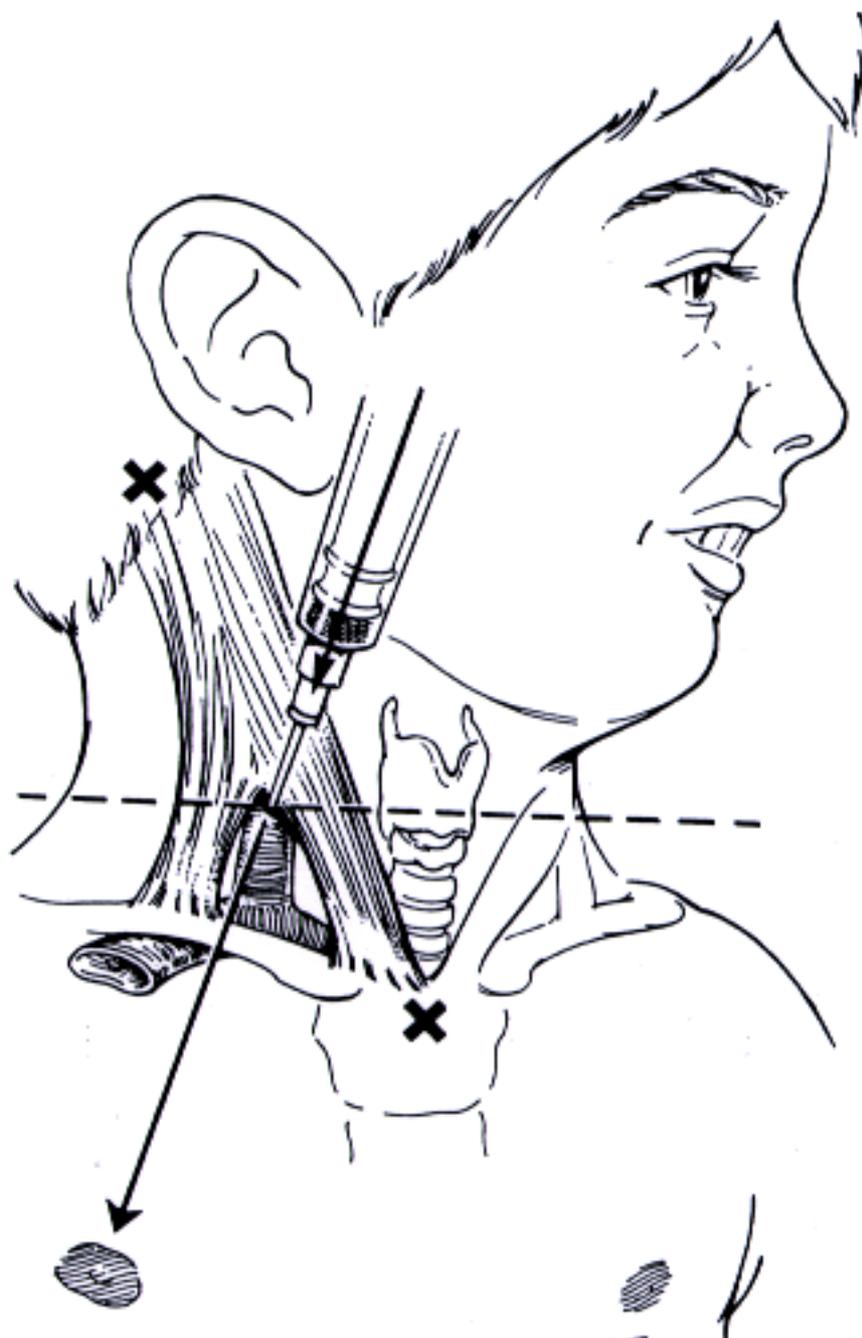
Colocación de una vía femoral (técnica de Seldinger).

(A) Vena femoral intermedia entre la cresta iliaca anterior superior y la sínfisis del pubis. (B) Inserción de la aguja en la vena femoral justo medial al pulso femoral arterial. (C) Inserción de una guía a través de la aguja en la vena. Una vez colocada, se extrae la aguja. (D) El catéter de infusión se avanza sobre la guía en la vena. Retirar ésta una vez que se ha colocado el catéter.



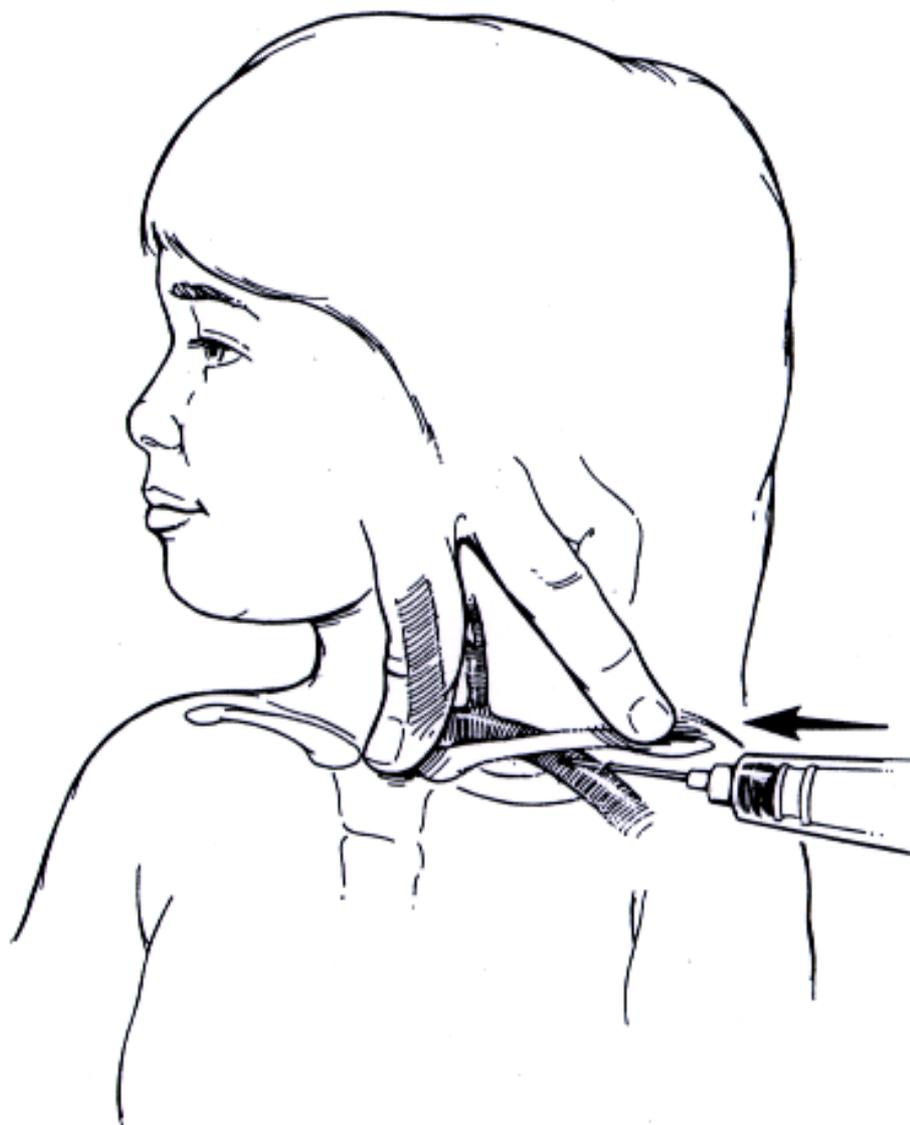
Venas de la extremidad superior que se utilizan con frecuencia para acceso venoso.





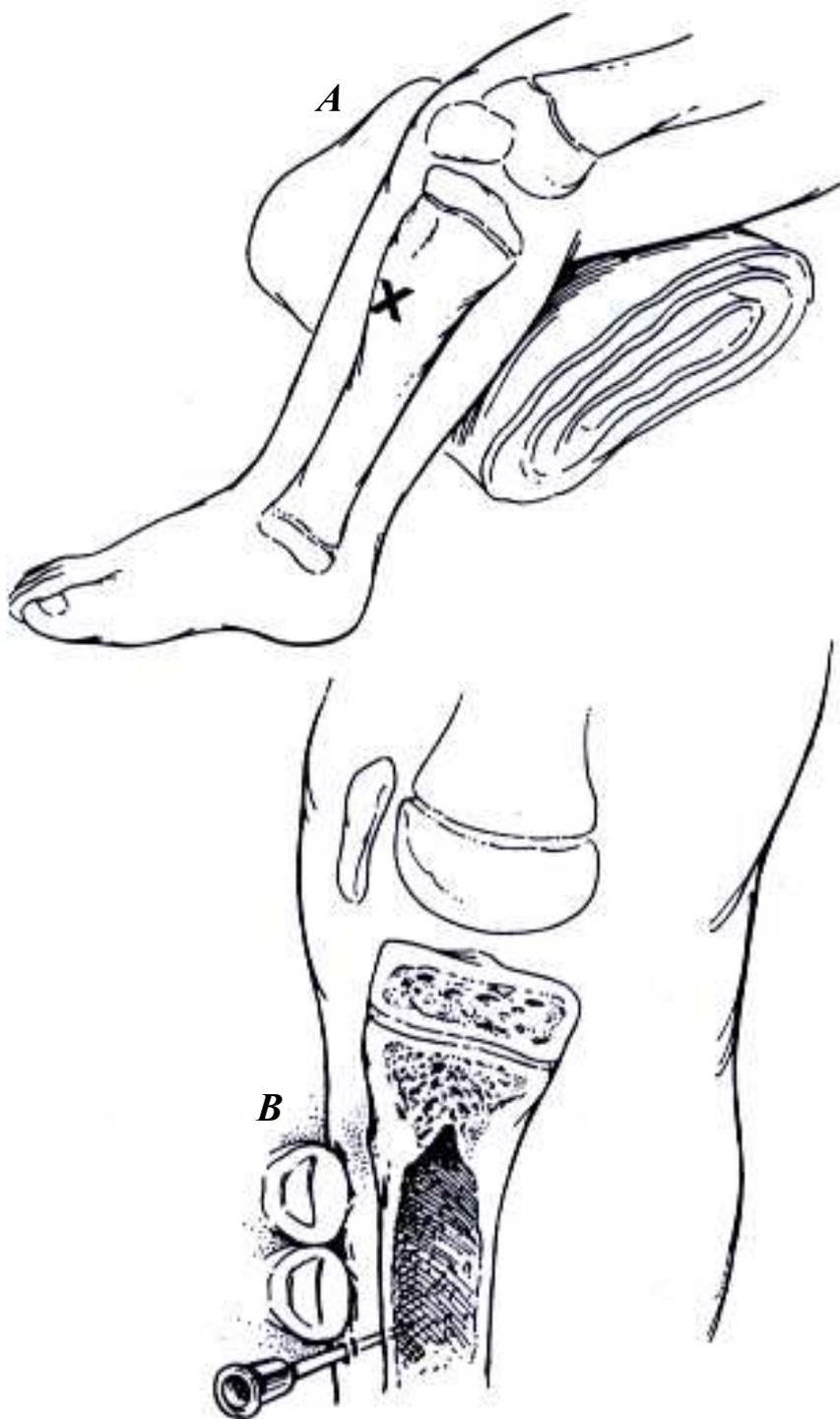
Colocación de un catéter en la vena yugular interna.

Se vuelve la cabeza hacia el lado opuesto y la aguja pincha en el vértice del triángulo formado por las puntas del músculo esternocleidomastoideo (en posición intermedia entre la muesca esternal y la apófisis mastoides). La aguja se dirige hacia el pezón ipsilateral. Utilizar la técnica de Seldinger, como muestra la figura de la página 271.



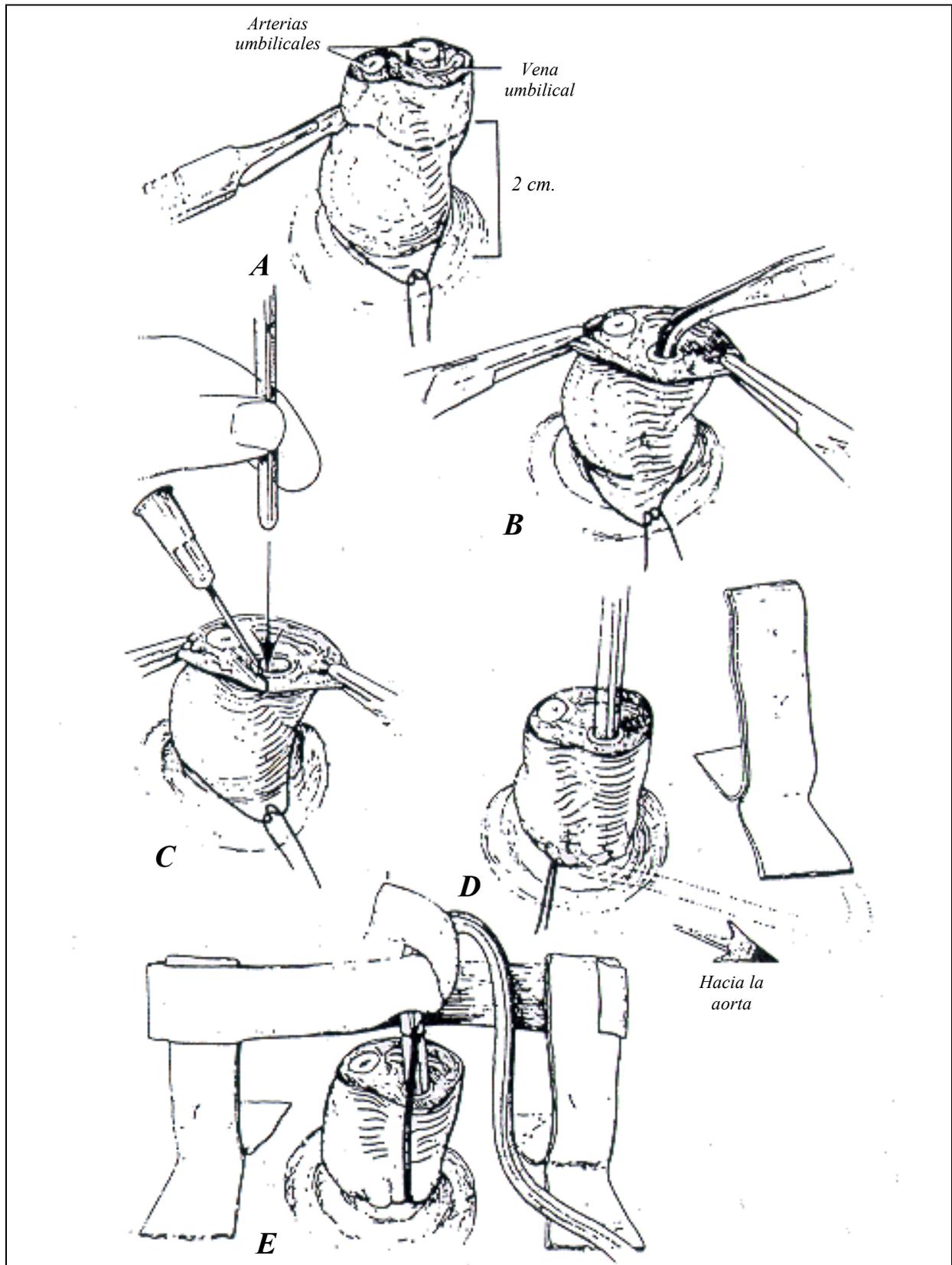
Colocación de la vena subclavia.

Marcas identificadas al colocar el pulgar el cirujano en la muesca esternal y el dedo índice en la unión de la clavícula con la primera costilla. La aguja pincha 1 cm. lateral y 1 cm. inferior a la unión clavícula-costilla dirigiéndose hacia la muesca esternal. Emplear después la técnica de Seldinger (como muestra la figura de la página 271) para colocar la vía.



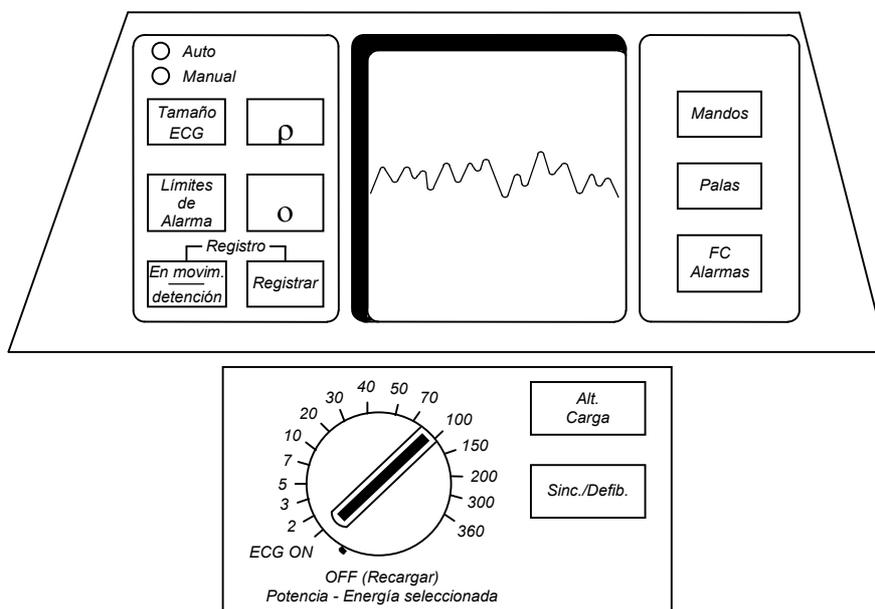
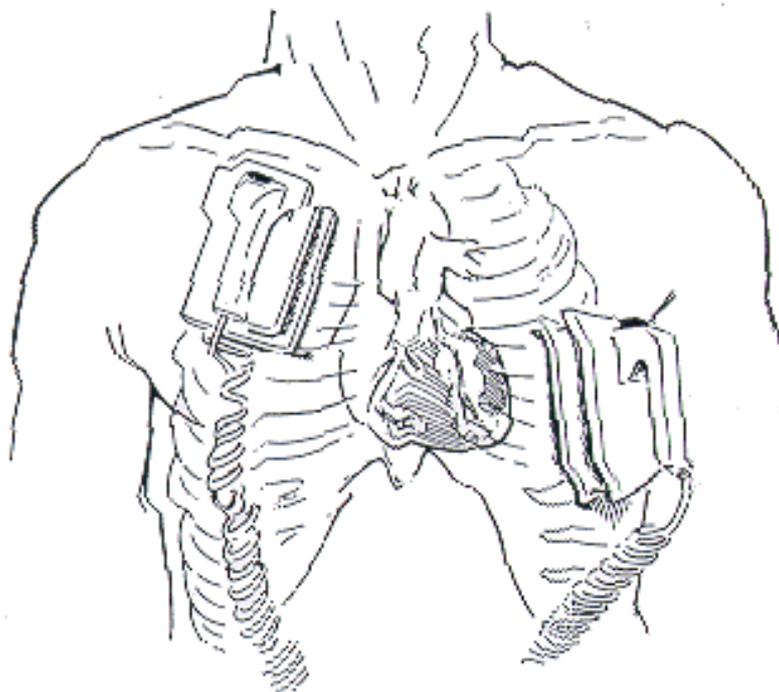
Colocación de una aguja intraósea.

Insertar la aguja a nivel del tubérculo tibial, en la porción medial de la tibia. La aguja se dirige caudal y lateralmente.



Técnica de canulación de vaso umbilical (arteria umbilical).

(A) Se corta el conducto con un nudo oclusor colocado. (B) Dilatación del vaso. (C) Inserción de una aguja calibre 22 que estabiliza la luz del vaso y la sostiene abierta. (D) Avance del catéter. (E) Aseguramiento del catéter con cinta y puntos de sutura.



Técnica de desfibrilación.

(1) Dosis de energía a 2 julios/kg. (2) Aplicar gel a las palas y cargar el desfibrilador. (3) Colocar una pala en la parte superior derecha del tórax y la segunda pala entre el pezón izquierdo y la línea axilar anterior izquierda. (4) Despejar la cama. (5) Presionar los interruptores de descarga de las palas.