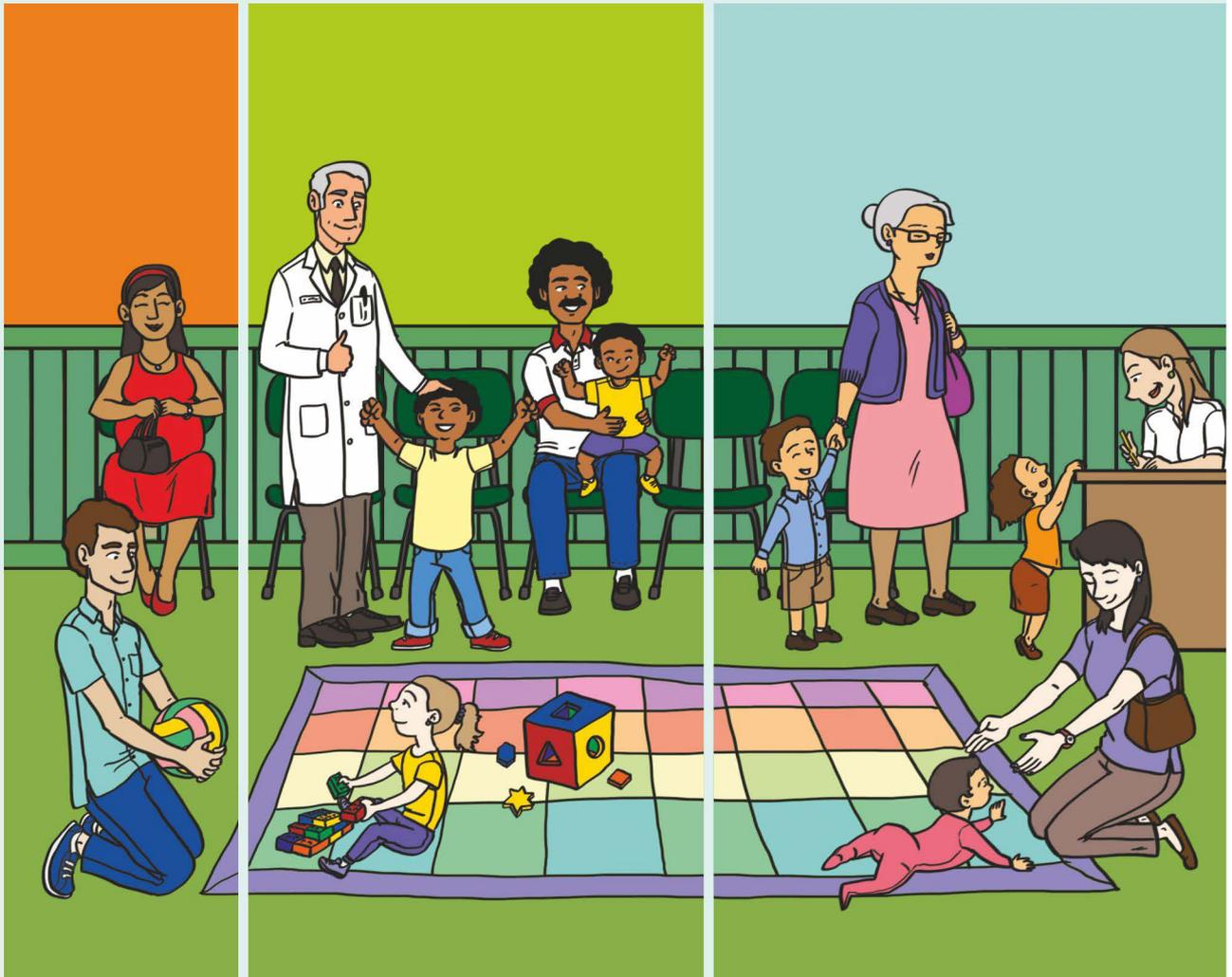


# MANUAL DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE 5 AÑOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD





# MANUAL DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE 5 AÑOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

La presente publicación es parte de las acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera infancia 2011-2020.

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Este documento no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

#### ESPECIALISTAS QUE COLABORARON EN LOS COMPONENTES DE ESTE DOCUMENTO:

- Dra. Sonia Avalos, DIRSINA.
- Dra. Nathalia Meza, DIRSINA.
- Abog. Claudia Sanabria, DIRSINA.
- Dra. Mirian Ortigoza, DIRSINA.
- Lic. María de los Ángeles Acosta, DIRSINA.
- Lic. Julio Fernández, Viceministerio, MSPyBS.
- Dr. Pio Alfieri, Hospital General Niños de Acosta Ñu.
- Dr. Marco Casartelli, Neuropediatra Hospital General Niños de Acosta Ñu.
- Dra. María Mercedes Da Silva Guerreros, DGAPS.
- Lic. Cindy Leticia López Benítez, DGAPS.
- Lic. Damián Ariel Sedliak, DGAPS.
- Mg. Hivalia Rodríguez B., DGAPS.
- Cristina Baruja, MSPyBS.
- Zenaída Rotela, MSPyBS.
- Dra. Karen Díaz, Salud sexual y reproductiva del MSPyBS.
- Dra. Fanny Corrales, Salud sexual y reproductiva del MSPyBS.
- Lic. Liz Sanabria, MSPyBS.
- Lic. Claudia Arzamendia, MSPyBS.
- Lic. Maura Duarte, MSPyBS.
- Lic. Noelia Cardozo, MSPyBS.
- Lic. Estela Rivas Flores, INEPEO.
- Lic. Gladys Benítez, INEPEO.
- Lic. María Julia Garcete, Coordinación de Primera Infancia de la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.
- Lic. Yamile Casim, Coordinación de Primera Infancia de la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.
- Lic. Nélide Villasanti, Coordinación de Inclusión Social de la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.
- Lic. Nancy Penayo, Dirección General de Educación Inicial y Escolar Básica, Ministerio de Educación y Cultura.
- Lic. María Lourdes Romei, Dirección General de Educación Inicial y Escolar Básica, Ministerio de Educación y Cultura.
- Zulma Beatriz Franco, Ministerio de Educación y Culto.
- Zulma Roa, Fundación DEQUENI.
- Noemí Cabrera, Fundación DEQUENI.
- Diego Martínez, Fundación Canadiense para la niñez.
- Silva Barambilla, Fundación Canadiense para la niñez.
- Sofía Barranco, Fundación Teletón.
- Livia González, Fundación Teletón.

- Fabio Franco, Fundación Teletón.
- Ricardo Derene, Fundación Teletón.
- Paola Kolher, Enfoque Niñez.
- Rossana Tolces, Corazones por la Infancia.
- Elizabeth Gavilán, Fundación Vida Plena / Liga de la Leche Materna del Paraguay.
- Nancy Vega Daher, Liga de la Leche Materna del Paraguay.
- Blanca González de Gómez, Fundación Alegría para la Educación.
- Ana María Moreira, Asociación Santa Lucía.
- Justa Beatriz Melgarejo, Centro de Recursos para la Inclusión Santa Lucía.
- María Esther Candia, Centro de Recursos para la Inclusión Santa Lucía.
- Celia Taboada, Centro de Recursos para la Inclusión Santa Lucía.
- María Gloria Montórfano, Plan Internacional Paraguay.
- Daily de Domínguez, Fundación Vida Plena.
- Heriberta Arzamendia Espinola, Hospital Regional San Juan Bautista, Misiones.
- Lucía Paulo, Fundación Alda.
- Ingrid Molas, SENADIS.
- Carla Garcete, SENADIS.
- Ilda Sierich, Aldeas SOS.

#### ESPECIALISTAS DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO:

- Nohora Alvarado, Especialista de Protección Social.
- Lesley O'Connell, Especialista de Protección Social.
- Claudia Pacheco.

#### EQUIPO CONSULTOR DE FLACSO:

- Raúl Mercer (Argentina).
- Helia Molina (Chile).
- Pablo Vinocur (Argentina).
- Bárbara Leyton (Chile).
- Paula Bedregal (Chile).

#### COORDINACIÓN DE EDICIÓN:

María Elena Cuevas.

**Diseño gráfico:** Entre Paréntesis.

**Imprenta:** M y M.

**Tirada:** 3.000 ejemplares.

**ISBN:** 978-99967-36-37-7.

Octubre de 2016 / Asunción, Paraguay.

Material de distribución gratuita.

Prohibida su venta.

*El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencia entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra institución, sin embargo, su utilización en nuestra lengua plantea soluciones muy distintas sobre la que los lingüistas aún no han conseguido ponerse de acuerdo con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar el español "o/a" para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por utilizar el clásico masculino de carácter genérico, que incluye claramente a ambos sexos.*

## AUTORIDADES

**Dr. Antonio Carlos Barrios**  
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

**Dra. María Teresa Barán Wasilchuk**  
Viceministra de Salud

**Dra. Lida Mercedes Sosa**  
Directora General de Programas de Salud

**Dra. María Ligia Aguilar**  
Directora  
Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

## EQUIPO TÉCNICO

**Dra. María Ligia Aguilar**  
DIRSINA

**Dra. María Isabel Del Puerto**  
UEP DIRSINA

**Lic. M. Ed. Nancy Elías**  
UEP DIRSINA

**Dr. Bernardo Sánchez**  
UEP DIRSINA

**Dr. Aldo Irala**  
UEP DIRSINA

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
---------------------------	---

## **CAPÍTULO 1**

<b>ASPECTOS GENERALES</b> .....	10
<b>1. El Programa de Desarrollo Infantil Temprano “Paraguay, Creciendo Juntos” y el Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)</b> .....	11
<b>2. Niveles de atención y prestaciones del Desarrollo Infantil Temprano (DIT)</b> .....	12
<b>3. La importancia de los Derechos del Niño para el DIT</b> .....	13
<b>4. Marco legal y normativo</b> .....	14
<b>5. El Desarrollo Infantil Temprano</b> .....	16
Concepto y características .....	16
Desarrollo típico, riesgo o rezago y retraso .....	17
Áreas del Desarrollo .....	18
Factores de riesgo y protectores para el desarrollo .....	19
Promoción y Prevención en DIT .....	20
<b>6.1 El Control de Salud con énfasis en DIT en las Etapas Preconcepcional y Prenatal</b> .....	22
Detección de factores de riesgo y protectores preconcepcional .....	22
Detección de factores de riesgo y protectores en la atención prenatal .....	23
Componentes del control de salud, crecimiento y desarrollo con énfasis en DIT de 0 a 5 años .....	23
Anamnesis y Valoración Psicosocial .....	25
Examen físico .....	25
Proceso de diagnóstico .....	26
Las indicaciones para problemas relacionados al DIT .....	27
Indicaciones de Promoción en DIT .....	27
Documentación del Proceso y Hallazgos .....	27
<b>6.2 Control de salud con énfasis en DIT al ingreso del niño para su atención en la USF</b> .....	28
<b>6.3 El control de salud con énfasis en DIT en el niño de 0 a 1 mes y 29 días</b> .....	30
Anamnesis y Valoración Biopsicosocial .....	30
Examen físico .....	30
Proceso de diagnóstico .....	33
Las indicaciones para problemas más comunes relacionados al DIT .....	34
Indicaciones para promoción del DIT .....	35
Otras acciones .....	36

<b>6.4</b>	Control de Salud con énfasis en DIT en el niño de 2 meses a 5 meses	
	29 días .....	38
	Anamnesis y Valoración Biopsicosocial .....	38
	Examen físico .....	39
	Proceso de diagnóstico .....	40
	Indicaciones para problemas más comunes relacionados al DIT .....	42
	Indicaciones de Promoción del DIT .....	44
	Otras acciones .....	46
<b>6.5</b>	Control de Salud con énfasis en DIT en el niño de 6 a 11 meses 29 días .....	48
	Anamnesis y Valoración Psicosocial .....	48
	Examen físico .....	49
	Proceso de diagnóstico .....	50
	Indicaciones para problemas más comunes relacionados al DIT .....	52
	Indicaciones para promoción del DIT .....	53
	Otras acciones .....	55
<b>6.6</b>	El control de salud con énfasis en DIT en el niño entre 12 a 23 meses	
	29 días .....	56
	Anamnesis y Valoración Psicosocial .....	56
	Examen físico .....	57
	Proceso de diagnóstico .....	58
	Las indicaciones para problemas más comunes relacionados al DIT .....	60
	Indicaciones para promoción del DIT .....	61
	Otras acciones .....	65
<b>6.7</b>	Control de Salud con énfasis en DIT en el niño de 2 a 4 años 11 meses	
	y 29 días .....	66
	Anamnesis y Valoración Psicosocial .....	67
	Examen físico .....	68
	Proceso de diagnóstico .....	69
	Indicaciones para problemas más comunes relacionados al DIT .....	71
	Indicaciones para Promoción del DIT .....	72
	Otras acciones .....	76

## **CAPÍTULO 2**

EDUCACIÓN GRUPAL PARA LA CRIANZA DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS .....	78
1. Actividades de coordinación de equipo para énfasis en dit en niños de 0 a 5 años .....	85
2. Sistema de registro de vigilancia del desarrollo infantil de niños de 0 a 5 años .....	85
3. El sistema de información georreferenciado.....	86
<b>ANEXOS</b> .....	87
<b>GLOSARIO</b> .....	124
<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS</b> .....	131
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	132

# INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Vigilancia a niños menores de 5 años está orientado para los profesionales de la salud de las Unidades de Salud Familiar (USF) y los servicios ambulatorios del primer nivel de atención asentados en los hospitales. Expone estrategias de promoción de la salud psicosocial, prevención a través de la detección temprana de las desviaciones del desarrollo típico y la intervención oportuna sobre las mismas. En el manual usted encontrará información sobre algunos principios que rigen el Modelo de Atención Integral en Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT) y la organización de la red en los tres niveles de atención en salud en relación a desarrollo infantil temprano. Adicionalmente encontrará información sobre el trabajo específico que el profesional debe desplegar para reforzar el desarrollo de niños en su territorio, las competencias que usted debe tener y las funciones y actividades que puede implementar, las cuales le permitirán contar con herramientas para su trabajo cotidiano.

El propósito del manual es fortalecer los conocimientos en Desarrollo infantil Temprano del profesional de la salud de las USF y los servicios ambulatorios del primer nivel de atención, brindando orientaciones, estrategias y protocolos sobre Promoción, Prevención e Intervención individual, familiar y comunitaria.

Este manual tiene por objetivo ser un instrumento de apoyo para el trabajo de los profesionales de la salud en el control de salud de niños, orientado al reforzamiento de la temática del desarrollo infantil, previniendo así que se instalen o agraven desviaciones del desarrollo típico, a través de la detección precoz y el acceso oportuno a intervenciones efectivas para el desarrollo del máximo potencial de niños menores de 5 años.

# 1 CAPÍTULO



## ASPECTOS GENERALES

# 1.

## EL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO “PARAGUAY, CRECIENDO JUNTOS” Y EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (MAIDIT)

**El Programa de Desarrollo Infantil Temprano “Paraguay, Creciendo Juntos”** tiene por objetivo contribuir a mejorar el desarrollo cognitivo, emocional y físico de los niños menores de 5 años, a través de la detección temprana de desviaciones en el desarrollo y facilitando su acceso oportuno a intervenciones para su tratamiento. Para lograr esto se esperan:

- Ampliar los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de los servicios de salud, con énfasis en desarrollo infantil temprano, con la participación de la familia y la comunidad.
- Articular y fortalecer los servicios de los centros de desarrollo infantil.
- Fortalecer las capacidades institucionales para la implementación de los programas de desarrollo infantil temprano.

**El Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)** es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, instrumentos y recursos, que establecen y organizan la atención al DIT en los distintos niveles del sector salud. Representa el marco institucional y operativo del Programa de Desarrollo Infantil Temprano “Paraguay, Creciendo Juntos”, que dará las líneas de acción para su implementación. El diseño general de provisión de servicios define estándares que tienen base en la evidencia científica y empírica. El MAIDIT se propone fortalecer los servicios del primer nivel de atención, complementando la atención de salud y nutrición con medidas de prevención y promoción en DIT. Adicionalmente, se crean servicios intermedios de diagnóstico e intervención para niños con desviaciones en su desarrollo y se implementan medidas para fortalecer los hospitales para la atención materno-infantil. El modelo supone el trabajo coordinado de los diversos niveles de atención de salud en la entrega de los servicios con énfasis en DIT.

El MAIDIT propone los siguientes cambios de enfoque:

- Del curativo al preventivo;
- Del biomédico al biopsicosocial;
- Del asistencialista al promocional;
- Del hospitalario al comunitario;
- De la organización en niveles a la organización en redes integradas e integrales de servicios de salud.

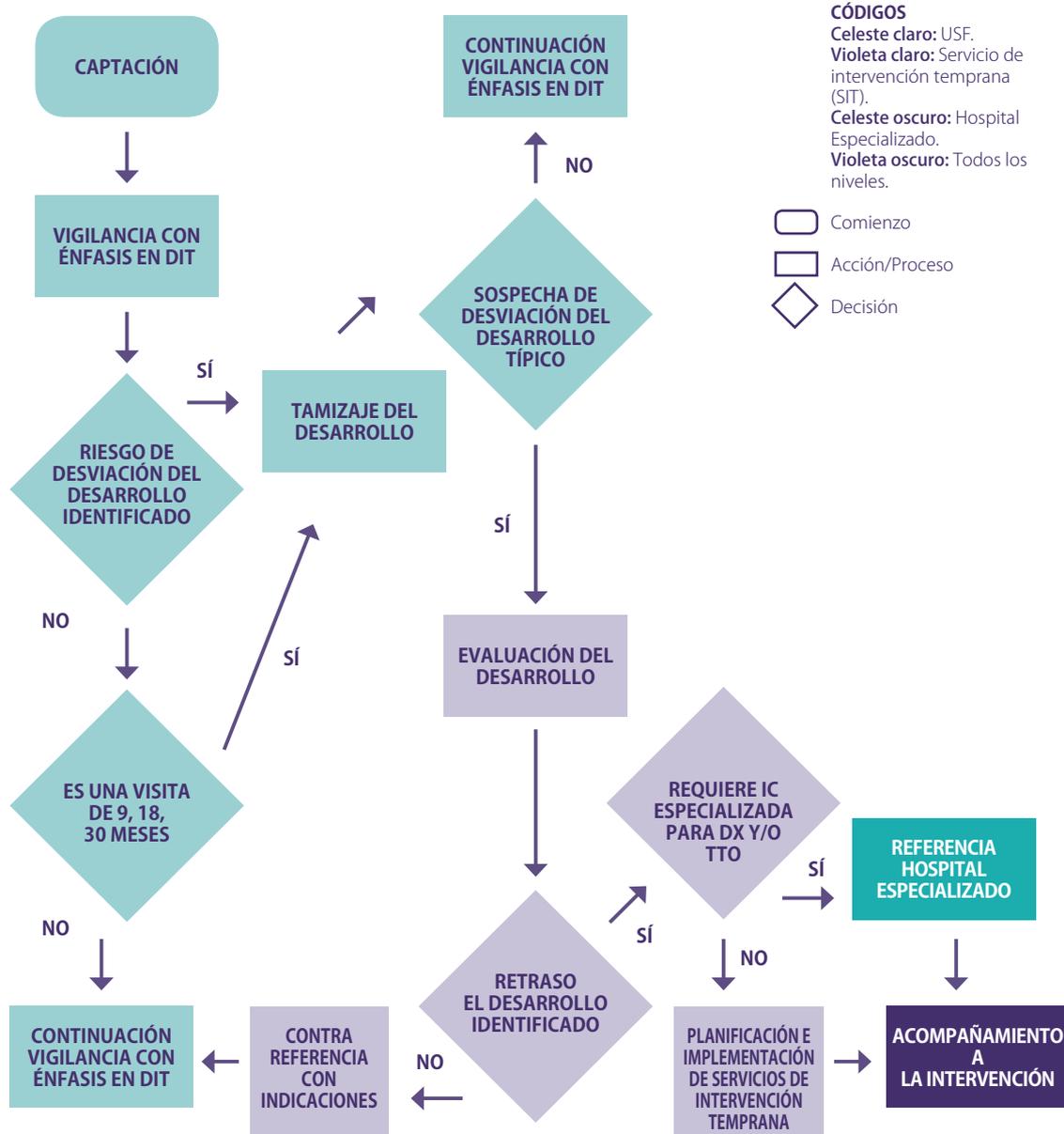
El Programa de Desarrollo Infantil Temprano “Paraguay, Creciendo Juntos” formará parte de una Red Temática llamada RIISS-CONE-DIT, por lo que el MAIDIT cuenta con protocolos de atención con enfoque de red en cada nivel de atención. La estructura en red tiene como puerta de entrada a la Atención Primaria de Salud, a través de las Unidades de Salud Familiar (USF). Estas USF acercan el sistema de salud a las familias y sus comunidades, brindando servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente al territorio social asignado.

## 2.

## NIVELES DE ATENCIÓN Y PRESTACIONES DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (DIT)

El MAIDIT propone el siguiente flujograma de atención en DIT a niños menores de 5 años:

**GRÁFICO 1: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN**



Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 1: PRESTACIONES**

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: USF	SEGUNDO NIVEL: SIT	TERCER NIVEL: HOSPITAL ESPECIALIZADO
	Evaluación y diagnóstico del desarrollo a niños de 0 a 5 años, referidos de la USF.	Atención clínica especializada.
Control de salud de niños de 0 a 5 años con énfasis en DIT.		Elaboración plan de intervención.
Visitas domiciliarias para promoción y captación.	Intervenciones de estimulación temprana para niños con desviación del desarrollo típico.	Elaboración de un plan de intervención y seguimiento e intervenciones específicas según daño.
Control prenatal con énfasis en DIT.	Realizar derivaciones a especialistas del tercer nivel de atención.	Ayudas técnicas.
Planes de intervención y seguimiento de niños de 0 a 5 años con desviaciones del desarrollo y/o factores de riesgo.	Articulación con otros servicios del sector salud y otros sectores que brindan atención a niños de 0 a 5 años.	Contrarreferencia y articulación con otros servicios de salud y otros sectores que brindan atención a niños de 0 a 5 años.

**Fuente:** Elaboración propia en colaboración con Bedregal, P.

### 3.

## LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO PARA EL DIT

Todos los niños tienen derecho a recibir atención de la salud, educación y protección. Se reconoce el derecho de los niños, niñas y adolescentes “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y a la rehabilitación de la salud” (Convención de los Derechos del Niño). Los niños necesitan una atención particular para disfrutar del mejor estado de salud posible y poder desarrollarse adecuadamente durante toda su infancia y adolescencia. En cada etapa de su desarrollo físico y mental los niños tienen necesidades específicas y riesgos de salud diferentes. El desarrollo integral de niños y adolescentes, y de la garantía de que sus derechos se respeten, se protejan y se lleven a la práctica es responsabilidad del Estado en todos sus niveles, con el apoyo de las familias, las escuelas y de otros sectores y actores sociales.

En este contexto, la atención en desarrollo infantil, y en particular en el ámbito de la salud, es vital para concretizar los derechos de los niños. El médico y el licenciado en Enfermería y/u Obstetricia tienen un rol privilegiado como garante del cumplimiento de los derechos de los niños. Su cercanía con la comunidad, familias y niños hace que sea una pieza clave para la promoción de los derechos del niño y les da la posibilidad estratégica de identificar riesgos o situaciones que atentan contra los mismos. Garantizar y cuidar del desarrollo infantil temprano es un derecho clave para la transformación social de familias y comunidades<sup>1</sup>.

## 4. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

El Marco legal y normativo que consagra y establece los derechos de los niños posee como piedra angular el artículo 54 de la Constitución Nacional del Paraguay, que establece: “La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos, protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación”.

De la misma manera, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, aprobada y ratificada por Ley 57/1990, en sus arts. 6.2 y 29 inciso “a”), instrumento que reconoce universalmente a los niños como sujetos de derechos y de protección especial, hace referencia en varios artículos al derecho a la salud, la nutrición y el desarrollo infantil integral temprano. En ella se indica que “los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y desarrollo del niño”<sup>2</sup>.

El Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 1680/2001) busca operacionalizar los derechos reconocidos como fundamentales en la CN y la CDN. Adicionalmente, los siguientes instrumentos también forman parte del ordenamiento jurídico y normativo que busca la transposición de estos derechos en la práctica:

- Ley N° 836/1980, Código Sanitario.
- Ley N° 1032/1996, Que crea el Sistema Nacional de Salud.
- Ley N° 4698/2012, de Garantía Nutricional en la Primera Infancia y su modificatoria Ley N° 5281/2014 que modifica los artículos 1° y 3°.
- Ley N° 5508/2015, Promoción y Protección de la Maternidad y Apoyo a la Lactancia Materna.

Otros instrumentos rectores son el Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030, la Política Nacional de Salud 2015-2030, el Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia

<sup>1</sup> Ulloque J. La Convención de los Derechos del Niño y el Derecho a la Salud: Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba. Recuperado a partir de: URL:<http://www.cora.org.ar/noticias-cnp/convencion-derechos-del-ni%C3%B1o.pdf>.

<sup>2</sup> UNICEF. Situación del derecho a la protección infantil y adolescente en Paraguay. Asunción, Paraguay: Unicef; 2014. Recuperado a partir de: URL:<http://www.cora.org.ar/noticias-cnp/convencion-derechos-del-ni%C3%B1o.pdf>.

2011-2020, el Plan Nacional de Niñez 2011-2015 y el Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad.

## FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE PROFESIONALES DE LA SALUD DEL PRIMER NIVEL EN DIT

A continuación se señalan las funciones básicas que cada profesional deberá desarrollar en DIT para la atención prenatal, de acuerdo a MAIDIT y las actividades específicas.

**TABLA 2: FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LAS USF**

FUNCIONES DEL/LA LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA/OBSTETRICIA	ACTIVIDADES
Atención clínica integral fortalecida DIT.	Control de salud de ingreso a la USF posalta hospitalaria. Control de salud integral fortalecido en DIT por edad según cronograma.
Educación grupal en DIT.	Talleres grupales para promoción crianza positiva.
Actividades de coordinación de equipo para reforzar DIT en niños de 0 a 5 años.	Trabajo de equipo para construcción del plan de intervención familiar.
Mantención del sistema de información de la atención del niño fortalecido en DIT.	Uso de fichas de apoyo de la atención. Registro de indicadores.
FUNCIONES DEL MÉDICO	ACTIVIDADES
Atención integral al niño fortalecida en DIT.	Control de salud de ingreso a la USF posalta. Control de salud integral fortalecido en DIT por edad según cronograma.
Actividades de coordinación de equipo para reforzar DIT en niños de 0 a 5 años.	Trabajo de equipo para construcción del plan de intervención familiar.
Mantención del sistema de información de la atención del niño con énfasis en DIT.	Uso de fichas de apoyo de la atención. Registro de indicadores.

**Fuente:** Con base en el Manual de funciones de la unidad de salud de la familia. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción-Paraguay.

## 5.

## EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

### CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

El modelo biopsicosocial define el desarrollo infantil temprano como un proceso de cambio individual que se da a lo largo de toda la vida y que implica la diferenciación e integración de funciones que se representan en la persona humana en capacidades. Este proceso es clave para la adaptación al entorno físico, sociocultural e histórico de los niños. Fallas en la adaptación llevan a una mala calidad de vida y a la muerte. De este modo, el desarrollo biopsicosocial y la salud/enfermedad son dos aspectos que se entrelazan y se complementan entre sí.

El desarrollo del cerebro fetal comienza en la cuarta semana de gestación y progresa rápidamente durante la vida intrauterina y principios de la infancia. El desarrollo cerebral -objetivo de la vigilancia y detección del desarrollo-, refleja la maduración neurológica. Consiste en un complejo proceso de crecimiento, migración, conexión, selección y mielinización celular, que persiste a través de por lo menos la segunda década. Este fenómeno fundamental, que determina el desarrollo del cerebro, es un proceso preprogramado que ocurre en todos los niños.

El patrón de desarrollo es notablemente constante, dentro de límites bastante amplios, pero la velocidad a la que se alcanzan los objetivos varía de niño a niño. Las habilidades se adquieren de forma secuencial, alcanzando un objetivo después de otro. Las metas posteriores a menudo dependen del logro de los objetivos previos en el mismo campo, por ejemplo, los niños deben aprender a sentarse de forma independiente antes de que luego puedan estar de pie y caminar.

Las descripciones del desarrollo típico, en relación con la capacidad de realizar una tarea determinada a una edad determinada, se refieren al rendimiento de un niño promedio. La adquisición de una habilidad de desempeño clave, tal como caminar, se conoce como hito. Para cada habilidad el rango de edad normal para el logro del hito es muy variable. La mediana edad es la etapa a la que la mitad de una población de niños adquiere una habilidad.

La edad límite es la etapa a la que debería haberse alcanzado una habilidad y corresponde a dos desviaciones estándar de la media. Es importante saber cuáles hitos son más consistentes. La sonrisa social a la edad de 8 semanas es un hito consistente, mientras que el gateo no lo es. El gateo se produce en un punto de tiempo muy variable y algunos niños con desarrollo típico nunca aprenden a gatear<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Dirigido a Equipos de Salud; 2013. Recuperado a partir de: URL:<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb-5d1e0400101650128e9.pdf>.

## DESARROLLO TÍPICO, RIESGO O REZAGO Y RETRASO

Se considera que un niño tiene un desarrollo típico cuando adquiere las habilidades o competencias que le permiten adaptarse bien al medio físico, emocional y social, considerando su contexto y de acuerdo a su edad.

Cuando el proceso de desarrollo de un niño no corresponde al patrón básico que define lo esperable para su edad, se considera que este presenta una desviación en su desarrollo. Esta puede darse en dos direcciones: el niño muestra menos habilidades que las esperadas para su edad o muestra muchas más habilidades de las esperadas para su edad en áreas específicas. Estas desviaciones del desarrollo se manifiestan por alteraciones en el desarrollo motor, en lenguaje (de comunicación y comprensión), en el desarrollo cognitivo y en sus habilidades socioemocionales.

El riesgo o rezago del desarrollo debe ser entendido como la desviación hacia abajo en la adquisición de alguna de las habilidades esperables para la edad pero que no alcanzan a ser muy severas (usualmente en las pruebas de evaluación se considera cuando el niño se encuentra entre -1 y -2 desviaciones estándares respecto del promedio de desempeño habitual). Esta situación debe considerarse como de riesgo, ya que implica un desajuste entre las potencialidades reales del niño y su condición actual. Estos niños suelen responder muy bien al apoyo y modificaciones en los factores de riesgo de contexto tratables, y en particular a la estimulación. El objetivo en ellos es impedir que lleguen a retraso patológico.

En el caso de los niños que presentan desviación o retraso del desarrollo, cada uno de ellos no adquirió y/o no adquirirá las habilidades y competencias mostrando un desempeño bajo -2 desviaciones estándares en las pruebas estandarizadas de desarrollo. Estos niños suelen tener una enfermedad o condición de base que explica los resultados en desarrollo y que deberá ser abordada para su corrección o apoyo. Algunos ejemplos que podemos mencionar son: Niños con parálisis cerebral que se pueden manifestar con alteraciones del lenguaje, de la cognición y motriz; o niño con sordera por problemas de desarrollo de las vías nerviosas, puede manifestarse con alteraciones del lenguaje; niños que han sido abandonados o sufren maltrato extremo (violencia física, psicológica o bien negligencia por ausencia de cuidados y estimulación). Otro extremo corresponde a trastornos generalizados del desarrollo o trastornos del espectro autista. En este grupo de trastornos hay una alteración o déficit en la interacción social, déficit en la comunicación y patrones de comportamientos repetitivos y estereotipados.

En todos estos casos la intervención temprana es de suma importancia debido a la mayor plasticidad y menor diferenciación del cerebro del niño que es más sensible a cualquier intervención adquiriendo la capacidad y habilidades que antes no se presentaban. La identificación temprana de desviaciones del desarrollo típico es fundamental para brindar los apoyos oportunos, tanto en la USF como en centros especializados.

Los padres o cuidadores adultos de los niños suelen ser buenos observadores y detectores de problemas del desarrollo, por ello es importante considerar siempre la preocupación y la observación de los padres o cuidadores. La información que ellos nos proveen y la observación del profesional durante la consulta sobre cómo se relacionan entre sí nos permiten identificar la sensibilidad que tiene respecto del niño. Sabemos que un cuidador poco sensible a su niño es un factor de riesgo importante, pues no identifica necesidades, problemas del niño, y por lo tanto no pide apoyo.

### ÁREAS DEL DESARROLLO

En general, es posible identificar cinco dominios o áreas del desarrollo: **(i)** desarrollo motriz grueso, **(ii)** desarrollo motriz fino, **(iii)** desarrollo cognitivo, **(iv)** desarrollo socioemocional y **(v)** desarrollo de la comunicación. Estas áreas o dominios permiten determinar si el desarrollo de un niño o niña es armónico o presenta falencias en todos o algunos de los dominios específicamente. Su identificación en conjunto con el conocimiento sobre factores de riesgo y protectores (o fortalezas) nos permiten generar un plan de intervención apropiado para cada niño y su familia.

El desarrollo motriz corresponde a la habilidad para moverse y controlar las diferentes partes del cuerpo. Se distingue el desarrollo motriz grueso, está relacionado con movimientos de desplazamiento y coordinación; y el desarrollo motriz fino, con movimientos de precisión y coordinación. Este desarrollo se realiza en una secuencia céfalo-caudal, cabeza y cuello primero y próximo-distal, lo más cercano al tronco primero.

El desarrollo cognitivo implica la adquisición de habilidades intelectuales tales como reconocer, procesar y organizar la información del medio, uso de memoria, resolver problemas, considerar los posibles efectos de nuestros actos sobre el medio y sobre los demás –cognición social–, entre otras. La cognición y la percepción van muy ligadas entre sí, y a veces se consideran un dominio único. El desarrollo perceptivo se refiere a la creciente complejidad en el uso de la información recibida por los órganos de los sentidos: visión, audición, tacto, olfato, gusto y postura corporal. Esto nos permite coordinadamente discriminar y procesar la información que nos llega por estas vías.

Tanto el desarrollo emocional como el desarrollo social suelen ser considerados como una unidad debido a su alta interdependencia. La emocionalidad se refiere a la habilidad que desarrolla el niño para reconocer sus sentimientos y expresarlos de manera regulada, sobre sí mismo –quién soy yo, qué siento, cuánto me quiero– y sobre el contexto. El desarrollo social por su parte hace referencia a la calidad de las interacciones con otras personas adultas –conocidas y desconocidas–, pares y niños más pequeños; la adquisición de roles sociales y de reglas de relación con el entorno –hábitos y costumbres.

Finalmente, el desarrollo de la comunicación puede ser entendido como un sistema que permite que las personas se comuniquen entre sí, implica poder procesar adecuadamente lo que nuestros órganos de los sentidos nos señalan –símbolos verbales, escritos y corporales–

como también poder expresarse simbólicamente –describir, explicar–. Como es evidente, el desarrollo del lenguaje, desarrollo motriz, cognitivo y perceptivo son interdependientes.

## FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES PARA EL DESARROLLO

Es fundamental comprender que el desarrollo se da en el curso de vida, es decir, desde la concepción hasta la muerte. Los factores que favorezcan o desfavorezcan ese desarrollo se presentarán desde antes de ser concebidos –preconcepción– y durante toda la vida.

Siendo el desarrollo del niño el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, factores adversos en estas dos áreas pueden alterarlo y producir daños. A la probabilidad de que esto ocurra se la denomina factores de riesgo para el desarrollo. Bellman, Byrnet et al identifican algunos de los factores frecuentes que pueden tener influencias negativas el desarrollo del niño<sup>4</sup>.

### FACTORES PRENATALES

- Infecciones maternas tempranas, tales como rubéola, toxoplasma, citomegalovirus.
- Infecciones maternas tardías, tales como varicela, malaria, VIH.
- Toxinas –por ejemplo, alcohol, pesticidas, radiación, tabaquismo.
- Drogas –por ejemplo, citotóxicos, antiepilépticos.

### FACTORES POSNATALES

- Infecciones –por ejemplo, meningitis, encefalitis, citomegalovirus.
- Trastornos metabólicos, tales como hipoglucemia, hiponatremia o hipernatremia, deshidratación.
- Toxinas –por ejemplo, plomo, mercurio, arsénico, compuestos orgánicos clorados, solventes
- Trauma, especialmente traumatismo craneano.
- Falta de estimulación severa, maltrato o violencia doméstica.
- Trastornos de la salud mental materna, más comúnmente depresión.

También es importante identificar las fortalezas o factores protectores que pueden tener influencias positivas en el desarrollo infantil. A pesar de ser conceptualmente distintos a los factores de riesgo, en algunos casos los factores protectores pueden verse como contracara de los factores de riesgo. Por ejemplo, un vínculo afectivo seguro entre el bebé y la madre que goza de buena salud mental, la condición favorable al nacer –sano, de buen peso y talla, sin asfixia perinatal ni enfermedades durante el período de recién nacido–, el nivel de la educación de la madre y el apoyo social con el que cuente la familia<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Bellman M., Byrne O., Sege R. Developmental assessment of children. BMJ (Clinical research ed.) 2013; 346:e8687.

<sup>5</sup> Walker S.P., Wachs T.D., Grantham-McGregor S., Black M.M., Nelson C.A., Huffman S.L. et al. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. The Lancet 2011 [cited 2016 Jul 24]; 378(9799):1325-38.

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN DIT

La promoción en DIT es una estrategia que se debe dar en todos los niveles de atención de salud (desde la comunidad hasta los hospitales) y que busca fomentar el bienestar del niño, las familias y la comunidad. Un ejemplo de acciones en DIT son los talleres para promocionar crianza positiva en los niños.

La prevención primaria en DIT tiene como objetivo identificar riesgos específicos para retrasos en el desarrollo e intervenir sobre estos factores. Un ejemplo de acción de prevención primaria en DIT es la identificación de embarazadas que consumen alcohol, en este caso son fundamentales su detección y consejería para evitar que ese consumo dañe al feto. La prevención secundaria en DIT tiene como objetivo el diagnóstico precoz de retrasos del desarrollo infantil e intervenir oportunamente. Un ejemplo de acción es las pruebas de detección que se realizan en recién nacidos para la prevención de discapacidad intelectual, a través del “test del piecito”. La prevención terciaria en DIT tiene como objetivo habilitar y rehabilitar, es decir, evitar que queden secuelas en niños con retraso del desarrollo, favoreciendo su rehabilitación física e inserción social.

Los médicos y licenciados en Enfermería y/u Obstetricia tienen su papel más relevante en promoción del desarrollo, la prevención primaria: esto es detección de riesgos y fortalezas de niños y familias en DIT, y la detección de sospechas de desviación del desarrollo típico para su diagnóstico precoz en el segundo nivel de atención.

## Vigilancia del Desarrollo Infantil Temprano

Los profesionales de la salud de las USF tienen su papel más relevante en la prevención primaria y en la detección de riesgos y fortalezas de niños y familias en DIT. Su rol es la vigilancia activa del desarrollo de los niños, lo cual es prioritario.

La vigilancia del desarrollo infantil consiste en un proceso de recolección, organización y análisis de datos relacionados a esta temática, tanto de los niños como de sus familias y comunidades, de manera a otorgar intervenciones que sean apropiadas a cada situación. La vigilancia del desarrollo implica actividades de promoción del desarrollo normal, identificación de riesgos y fortalezas y detección de desviaciones en el desarrollo. La vigilancia del desarrollo se inicia desde el período preconcepcional, con la promoción de una sexualidad y parentalidad responsable, se sigue con la promoción de un embarazo y niñez temprana saludable y fortalecida en DIT. La vigilancia del desarrollo humano, como tal, puede extenderse a lo largo de todo el ciclo vital.

Teniendo en cuenta la visión integral del niño, la vigilancia del desarrollo encuentra su base en la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Es una que combate las principales causas de muerte en la niñez, a través de la pre-

vención y del tratamiento, mejorando las habilidades del personal de salud, los sistemas de salud y las prácticas de la familia y la comunidad.

La vigilancia del desarrollo incorpora la estrategia AIEPI con énfasis en DIT. Esto implica dar importancia a las acciones propuestas por AIEPI en relación al desarrollo infantil e incorporar otras prestaciones y herramientas no provistas por AIEPI, pero que son complementarias para el trabajo en esta temática.

### **El control de salud con énfasis en DIT**

El control de salud con énfasis en DIT implica:

- Establecer acciones que promuevan el desarrollo de todos los niños durante la atención clínica (preconcepcional, pre y posnatal) como fortalecer estilos positivos de crianza y educar a la familia a través de recomendaciones anticipatorias respecto de lo que podrá hacer sus niños y los riesgos que pueden existir.
- Identificar tempranamente riesgos para el desarrollo, en particular los referidos a las características del niño y de su familia vincular. Esta información se complementa con aquella que provee el agente comunitario en los hogares referidas al contexto y al ambiente familiar.
- Identificar la presencia de potenciales desviaciones del desarrollo típico mediante el uso de pruebas estandarizadas (de tamizaje) y la evaluación clínica.
- Referir apropiadamente a aquellos niños que requieran una evaluación en profundidad del desarrollo

## 6.1

# EL CONTROL DE SALUD CON ÉNFASIS EN DIT EN LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL Y PRENATAL

Estas consultas seguirán el cronograma y los protocolos planteados en el “Manual Nacional de Normas de Cuidados preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio Seguros e Inclusivos”. A continuación se describen las actividades en la consulta para el énfasis en DIT.

### DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES PRECONCEPCIONAL

En el marco de los derechos sexuales y reproductivos, las parejas deciden el momento de tener un hijo o hija. Dicha situación es una oportunidad para realizar promoción y educación en salud preconcepcional que permita anticipar y detectar posibles factores de riesgo y potenciar los factores protectores de la pareja y familia.

Para el DIT es muy importante reforzar durante la consejería, siguiendo las indicaciones del Manual Nacional:

- La planificación del embarazo, incluyendo la consejería en relación al período intergenésico apropiado según lo aconsejado por la OMS.
- La identificación de exposición a riesgos del ambiente físico del hogar y laboral.
- El uso de vacunas y las precauciones a tener en las mujeres.
- El control prenatal.
- La prevención de la violencia o abuso.
- La prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- La maternidad y paternidad responsable.
- La promoción de un estilo de vida saludable.
- Contar con una pareja estable.
- Favorecer el deseo mutuo de embarazarse (madre y padre).
- Fortalecer la red de apoyo emocional y social.
- Promover el conocimiento sobre la estimulación del desarrollo infantil temprano.
- Realizar consejería en planificación familiar.

### Acciones a realizar

Para identificar el tratamiento es importante que se sigan las indicaciones del Manual Nacional de Normas de cuidados preconcepcional, prenatal, parto, nacimiento y puerperio, seguros e inclusivos (2015), en donde se encuentran las acciones a seguir, según la identificación de factores de riesgo.

- Ante la detección de Factores Protectores: Potenciarlo y estimular su continuidad.
- Ante la detección de Factores de Riesgo: Elaborar el plan de Trabajo individual y familiar.

Derivar según corresponda.

## DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN LA ATENCIÓN PRENATAL

En los controles de salud se deben identificar los factores de riesgo y fortalezas prenatales, utilizando los indicadores pertinentes a la etapa prenatal del Anexo 3, debiéndose asimismo identificar todos los aspectos que pueden potencialmente influir sobre el desarrollo exitoso del embarazo desde el área psicosocial y la actitud de la mujer y familia ante el embarazo, ya que estos aspectos tanto biológicos como psicosociales repercuten en el desarrollo infantil temprano.

Los factores de riesgo necesarios de identificar e intervenir de forma prioritaria incluyen entre otros:

- Ingreso a control prenatal después de las 20 semanas de gestación.
- Embarazo adolescente.
- Escolaridad de sexto grado de preparatoria o menos.
- Insuficiente apoyo familiar.
- Conflictos con la maternidad (rechazo al embarazo).
- Presencia de síntomas depresivos.
- Uso o abuso de sustancias.
- Violencia de género.

Al detectar vulnerabilidad distinguimos a la gestante que continúa con un refuerzo general en DIT de las que requieren mayor intervención como visitas domiciliarias, planes de trabajos familiares, etc.

La presencia de uno o más de los factores requiere respuesta del equipo de salud familiar mediante un Plan de Trabajo Conjunto. Este debe incluir uno o más de las siguientes acciones:

- Mayor periodicidad de VDI por ACS.
- Manejo de caso a nivel de equipo.
- Derivación a segundo nivel de atención.

## COMPONENTES DEL CONTROL DE SALUD, CRECIMIENTO Y DESARROLLO CON ÉNFASIS EN DIT DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Los componentes generales de la atención integral del niño menor de 5 años con énfasis en DIT son:

- a. La atención clínica del niño para la vigilancia del desarrollo infantil. Incluye la prestación de ingreso a la USF y atención en otros establecimientos de primer nivel, controles de supervisión del crecimiento y desarrollo con énfasis en DIT, detección de riesgos y fortalezas del niño y la familia, y aplicación de pruebas de tamizaje a edades correspondientes.
- b. Las actividades educativas para la promoción del DIT:
  - Actividades de coordinación de equipo para reforzar DIT en niños menores de 5 años.

- Mantener un sistema de registro de vigilancia del desarrollo infantil de niños menores de 4 años.

Estas prestaciones tienen como propósito la identificación temprana de desviaciones del desarrollo típico, intervención a tiempo y promoción del desarrollo integral del niño en su núcleo familiar.

**TABLA 3: CALENDARIO DEL CONTROL DE SALUD, CON ÉNFASIS EN DIT**

EDAD	VISITA O CONTROL DE SALUD	PROFESIONAL
Recién nacido (48 a 72 horas del alta).	Ingreso para control con énfasis en DIT.	Médico y licenciado en Enfermería/ Obstetricia.
1 mes.	Control de salud con énfasis en DIT.	
2 meses.	Control de salud con énfasis en DIT.	
4 meses.	Control de salud con énfasis en DIT.	
6 meses.	Control de salud con énfasis en DIT.	
9 meses.	Control de salud con énfasis en DIT y aplicación de tamizaje del desarrollo.	
12 meses.	Control de salud con énfasis en DIT.	
15 meses.	Control de salud con énfasis en DIT.	
18 meses.	Control de salud con aplicación de tamizaje del desarrollo.	
2 años y medio.	Control de salud con aplicación de tamizaje del desarrollo.	
3 años.	Control de salud con énfasis en DIT.	
4 años.	Control de salud con énfasis en DIT.	

Fuente: Elaboración propia.

Los controles de salud con énfasis en DIT se harán de acuerdo al siguiente calendario:  
Los componentes del control de salud con énfasis en DIT corresponden a los siguientes procesos de atención: La anamnesis, el examen físico, el proceso diagnóstico y las indicaciones y promoción del DIT.

### ANAMNESIS Y VALORACIÓN PSICOSOCIAL

Los pasos básicos a ser tenidos en cuenta son:

- Mostrar actitud permanente de preocupación y apoyo hacia el cuidador principal del niño y de observación y atención hacia el niño. Si acude el padre u otra persona que cumpla el rol masculino al control de salud, es importante acogerle e incluirle en la atención. Si no acude al control, es bueno preguntar por qué no asiste, y recomendar que participe.
- Presentarse a la familia o cuidador a cargo y al niño adecuadamente según su edad y preguntar:
  - Acerca del motivo de consulta o las inquietudes que tiene para esta visita a la USF, respecto del bienestar y la salud del niño y su familia. Toda inquietud deberá ser resuelta al término de la atención.
  - Acerca de la preocupación de los padres o cuidadores sobre el desarrollo de sus hijos.
  - Si tiene evaluación auditiva y oftalmológica en período de recién nacido (revisión por oftalmólogo y otoemisiones acústicas). Preguntar sobre causas y factores de riesgo de hipoacusia.
  - Si hay dolor al mover alguna parte del cuerpo.
  - Si tiene realizado el test del piecito.
  - Acerca de la existencia de factores de riesgo y protectores del desarrollo: Biológicos, del ambiente físico, y del ambiente biopsicosocial. (ver Anexo 3).

### EXAMEN FÍSICO

Es muy importante la observación del niño, que nos da información de su ánimo, su estado de salud, de su estado nutricional e interacción con sus cuidadores. El examen tiene que ser adecuado para la edad, siempre respetuoso, se debe siempre explicar al niño y cuidadores cada procedimiento que se le va a hacer, y debe ir desde lo menos invasivo a lo más invasivo (como abrir la boca). Es importante cuidar el pudor de los niños, desvistiendo a los más grandes en compañía del familiar o referente adulto y con colaboración de los pequeños.

Elementos claves del examen clínico con énfasis en DIT que no debemos olvidar son:

- Examen neurológico en particular en niños de 0 a 2 meses.
- Evaluación de hitos y señales de alarma del desarrollo desde los 2 meses hasta los 5 años (Anexos 1 y 2).
- Examen físico con identificación de rasgos fenotípicos que sugieran una enfermedad genética (frente amplia prominente, orejas de implantación baja, micrognatia, etc.).

- Medición del perímetro cefálico (buscando macrocefalia o microcefalia) hasta los 3 años (36 meses) de manera rutinaria a niños sanos y evaluación de suturas y fontanela (hasta los 2-3 años); hasta los 5 años en niños con discapacidad o malformación (hidrocefalia).
- Medición de peso, longitud/talla.
- Medición de la presión arterial en mayores de 3 años.
- Realizar evaluación oftalmológica: Inspección general, rojo pupilar, agudeza visual y alineación ocular.
- Realizar evaluación auditiva: Respuesta a los ruidos.
- Realizar evaluación ortopédica: Mirar si hay simetría de las extremidades, descartar displasia de caderas (0-6 meses) y descartar claudicación en la marcha (desde que inicia la marcha).

En cada control de salud hay puntos clave que controlar, pero es importante tener claro que en los niños no hay que perder oportunidades, y por lo tanto siempre el criterio clínico y las necesidades de la familia y del niño orientarán la intención del examen clínico.

## PROCESO DE DIAGNÓSTICO

En el control de salud con énfasis en DIT se realizan cinco diagnósticos:

1. **Diagnóstico del desarrollo biopsicosocial:** El mismo será efectuado a través de:
  - En niños de 0 a 2 meses:** Se basará fundamentalmente en el examen neurológico: La sospecha de signos sugerentes de parálisis cerebral y la utilización del protocolo del neurodesarrollo (ver tabla).
  - En niños de 2 meses a 4 años:** Se utilizará la tabla de interpretación clínica del DIT que incluye la valoración de los hitos del desarrollo para la edad, las señales de alarma del desarrollo, los factores de riesgo y la preocupación de los padres sobre el desarrollo de sus hijos.
  - En niños de 9, 18, y 30 meses:** Se realizará el Tamizaje del Desarrollo con la Prueba Nacional de Pesquisa "PRUNAPE". Además, también se deberá aplicar en los niños con sospecha de desviación del desarrollo típico según cuadro de Interpretación clínica del DIT, en los controles de salud habituales según cronograma.
2. **Diagnóstico del estado nutricional.** Se debe establecer si el niño presenta el peso, la talla y el perímetro cefálico fuera de los parámetros normales para la edad. Cuando corresponda, se deberán realizar las adecuaciones, como el cálculo de la edad corregida en prematuros de bajo peso (ver Anexo 7).
3. **Diagnóstico de problemas de salud del niño.** Implica la identificación de problemas de salud detectados en la USF o en la red de atención, que pueden afectar directa o indirectamente el desarrollo adecuado del niño (neurológico, visual, auditivo, entre otros).
4. **Diagnóstico de la situación de salud materna y familiar.** Incluye la situación de la familia, cómo está formada y los roles de cada uno. Además, los problemas de salud biopsicosocial de la madre o algún integrante de la familia que puedan afectar la salud de los niños.  
Implica identificar la etapa del ciclo familiar en que se encuentra la familia (familia con un primer hijo, familia con hijos en edad escolar, familia con hijos adolescentes), problemas familiares (como acceso a servicios básicos, violencia intrafamiliar).

- 5. Diagnóstico socioambiental.** Incluye la identificación de los riesgos del contexto social (pobreza, hacinamiento, vivir en un medio expuesto a tóxicos, entre otros). En la práctica clínica es deseable incluir las cinco áreas diagnósticas; sin embargo, las tres primeras son prioritarias de evaluar o considerar en todas las visitas, puesto que se modifican con rapidez. Los ámbitos familiar y contextual deben incluirse en la primera visita o control en la USF y en todos los controles cuando se realice tamizaje del desarrollo (9, 18, 30 meses de edad).

### **LAS INDICACIONES PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AL DIT**

Las indicaciones deben quedar por escrito en la ficha clínica y en la libreta de salud de la niña y el niño. El conjunto de indicaciones debe dar cuenta del motivo de consulta y de los hallazgos clínicos, en las áreas diagnósticas identificadas. Las indicaciones deben ser consensuadas con los padres, de modo que favorezca la adherencia a estas.

### **INDICACIONES DE PROMOCIÓN EN DIT**

La consulta es una excelente oportunidad para promoción del DIT de manera individualizada, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentra el niño y según hallazgos encontrados en la consulta.

### **DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO Y HALLAZGOS**

Durante la atención clínica el proceso se registra en la Libreta de Salud del Niño y la Niña y en la ficha clínica. En la ficha deben quedar consignados el motivo de consulta, factores protectores y de riesgo en DIT, y el examen clínico.

El primer ingreso a control en la USF es relevante para niños que no han asistido a controles previamente en nuestra USF (porque nunca ha asistido o porque asistía a otra). La dedicación y el tiempo de este primer control deben ser iguales que en el caso del recién nacido, pero deben indagar otros aspectos relacionados con la vida del niño y su familia.

Los objetivos de esta atención son:

- Realizar evaluación del crecimiento y desarrollo desde el nacimiento.
- Realizar evaluación biopsicosocial de la madre.
- Reafirmar el vínculo entre la USF y la familia, y favorecer la asistencia del padre o figura paterna (participación en la atención).
- Informar a la familia sobre los servicios disponibles en DIT (talleres de estimulación, crianza positiva, evaluación del crecimiento y desarrollo, etc.).
- Entregar materiales promocionales y preventivos adecuados a la edad.

Esta prestación que se da idealmente antes de los 10 días de vida del niño es fundamental ya que nos permite conocer al niño, la familia y su contexto. Es una oportunidad para establecer un buen vínculo entre el equipo de la USF y la familia y aclarar las primeras dudas. Es por esto que se recomienda un tiempo de al menos 45 minutos para la primera consulta.

Mientras más temprana es la primera atención, se considera más protectora para el adecuado crecimiento y desarrollo del recién nacido. La tarea de lograr esto debe ser prioridad del equipo. Para esto son útiles:

- Si es una madre que tuvo controles prenatales en la USF, el hospital debe llenar la planilla de contrarreferencia para informar a la USF del alta. Es importante que la familia sienta que ese niño está siendo esperado por el equipo de la USF para acogerlo junto con su familia.
- Si una madre no tuvo controles prenatales en la USF, es labor del agente comunitario conocer de su existencia y favorecer el ingreso del binomio a controles de salud en la USF. El Anexo 6 presenta el flujograma de AIEPI a seguir en este control de ingreso a USF.



## 6.3

# EL CONTROL DE SALUD CON ÉNFASIS EN DIT EN EL NIÑO DE 0 A 1 MES Y 29 DÍAS

Los objetivos en estos controles incluyen:

- Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño desde el nacimiento.
- Realizar una evaluación biopsicosocial de la madre.
- Reafirmar el vínculo entre la USF y la familia, y favorecer la asistencia y participación del padre o figura paterna.
- Fomentar acciones de promoción del crecimiento, desarrollo, y estimulación temprana.
- Orientar a padres y cuidadores respecto de la crianza.
- Entregar contenidos promocionales y preventivos adecuados a la edad.

Estos controles así como los demás deberán ser realizados por licenciados en Enfermería y Obstetricia y el médico, requiriendo un examen neurológico más fino que la evaluación de señales de alarma realizada en el control de ingreso, y el tiempo recomendado es de 20 minutos aproximadamente.

### ANAMNESIS Y VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL

Los elementos fundamentales de esta prestación con énfasis en DIT son:

- La verificación de los antecedentes perinatales (embarazo, parto y puerperio), que estén completos en la ficha clínica (ingreso realizado) y completar lo que falta.
- La evaluación de riesgos psicosociales que esté completa.
- La verificación de que se hayan efectuado los siguientes procedimientos: Test del piecito: TSH, T4, fenilcetonuria y fibrosis quística; otoemisiones acústicas y evaluación oftalmológica (si es la primera consulta).
- Preguntar si ya se aplicó BCG.
- Dar espacio para las dudas de la madre, padre y/o cuidador principal.
- Indagar sobre presencia de enfermedades o problemas de salud del niño desde el último control.
- Consultar acerca de la salud de la madre (emocional y física).
- Consultar acerca de la existencia de problemas con lactancia materna.
- Consultar acerca de los hábitos del niño: Sueño, orina, deposiciones.
- Indagar acerca de quién es la figura materna (si no es la madre) y la figura paterna (si no es el padre).
- Consultar acerca del comportamiento del niño: el llanto (cuándo y cómo llora y qué hacen para calmarle).

### EXAMEN FÍSICO

Para evaluar aspectos relacionados al DIT es importante revisar:

- **Inspección general:** Identificar la presencia de rasgos fenotípicos que hagan sospechar

enfermedad genética (Ej. orejas de implantación baja, raíz nasal chata, frente prominente), ver cuadro de procedimientos de AIEPI.

- **Piel:** Ictericia neonatal, palidez, pústulas, petequias, aparición de hemangiomas o angiomas de línea media o periorificiales (describir aspecto, tamaño, ubicación y número), identificación de manchas café con leche o hipocrómicas, nevos (describir aspecto, ubicación, tamaño y número). Otros problemas de la piel. Cianosis.
- **Antropometría:** Medición de peso, longitud (talla) del niño, perímetro cefálico (ver Anexo 7).
- **Cabeza:** Revisar suturas y fontanelas. Presencia de cefalohematomas
- **Bucodental:** Revisar paladar, frenillo sublingual, dientes connatales.
- **Ganglios:** Presencia de adenopatías (describir ubicación, tamaño, si son únicos o múltiples) si están asociadas a palidez, petequias o equimosis, hepato y esplenomegalia que hagan sospechar neoplasia o infecciones congénitas
- **Tórax:** Revisar presencia de callo óseo en clavícula (sospecha de fracturas). Examinar mamas
- **Cardiopulmonar:** Frecuencia cardíaca.
- Búsqueda de cardiopatías congénitas cianóticas (al amamantar o hacer esfuerzos) y no cianóticas y los 4 pulsos periféricos (deben estar simétricos).
- Auscultación pulmonar y frecuencia respiratoria.
- **Genitoanal:** Características de los genitales (femeninos), descartar sinequia vulvar, lesiones y (masculinos) verificar presencia o no de hernia inguinal, criptorquidia, hipospadia, epispadia, ano (ubicación, fisuras).
- **Columna:** Búsqueda de fositas pilonidales o elementos sugerentes de disrafias.
- **Caderas:** Búsqueda clínica de signos tempranos de displasia de caderas. Realizar maniobra de Ortolani.
- **Revisión oftalmológica:** Inspección, rojo pupilar, reflejo pupilar simétrico. Actitud visual (fija la mirada, sigue objetos con la mirada). Estrabismo permanente o intermitente. Tamaño del globo ocular. Asimetría de la órbita. Nistagmus. Ptosis palpebral (ver anexo).
- **Revisión auditiva:** Reacción frente a los ruidos.
- Valorar presencia de enfermedades prevalentes de la infancia.

Para la identificación temprana de sospecha de maltrato es importante la revisión completa del niño. Buscar:

- Presencia de fracturas inexplicadas, equimosis y quemaduras.

El examen neurológico debe incluir:

- a. Búsqueda de signos sugerentes de parálisis cerebral:
  - Rotación interna de extremidades y aducción.
  - Extensión de extremidades (lo normal es flexión).
  - Asimetría persistente.
- b. Otros datos obtenidos de la aplicación del protocolo de evaluación del neurodesarrollo.

## Protocolo de evaluación del neurodesarrollo hasta 2 meses

	Puntaje	0	1	2	Metodología	
<b>1. Reflejos del desarrollo</b>	Moro	Extiende brazos, abre manos, abraza y llora	Ausente	Exagerado	Levantar y dejar caer suavemente la cabeza	
	Tónico-nucal	Presente no obligado	Ausente	Exagerado obligado	Fijar el tronco y girar la cabeza	
	Succión	Presente	Débil	Ausente	Preguntar a la madre / observar	
<b>2. Examen</b>	Circunferencia cráneo	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS	Medir diámetro mayor	
	Peso	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS		
	Talla	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS		
	Piel	Sana	Manchas color café Anglomas línea media	Manchas hipocrómicas		
	Conducta	Tranquilo	Muy pasivo	Irritable	Preguntar a la madre	
	Llanto	Normal	Monocorde agudo	No llora	Observar	
	Consolabilidad	Fácil	Algo difícil	Inconsolable	Se consuela después del reflejo de Moro, al ser acunado	
	Mira fijamente al examinador	Normal	Escaso	Ausente		
	Sonrisa social	Sí (al examen)	Dato de la madre	No		
<b>3. Movilidad</b>	Control cefálico	Cabeza alineada con el tronco 	Intermedio o parcial	Cabeza cuelga hacia atrás 	Levantar de las manos	
	Movimientos de extremidades	Vigorosos	Escasos	Asimétricos		
	Manos	Abiertas al extender brazos	Empuñadas al extender	Empuñadas permanentes, con pulgar incluido	Observar durante el reflejo de Moro	
	Movilidad facial	Normal	Anormal	Parálisis bilateral	Observar llanto	
<b>4. Tono</b>	Tono axial	Normal 	Disminuido 	Aumentado 	Suspensión ventral	
	<b>5. Visión</b>	Rojo pupilar	Presente	Dudoso	Ausente	Oftalmoscopia
	Fija la vista y sigue objeto 90°	Presente	Dudoso	No		Utilizar argolla o pelota roja
<b>6. Audición</b>	Reacciona frente a ruido fuerte	Presente	Dudoso	No	Cierre palpebral	
	Se dirige hacia sonido	Presente	Dudoso	No	Utilizar campanilla	
	Habitación	Presente	Dudoso	No	Preguntar a la madre	
<b>7. Deglución</b>		Traga sin dificultad	Se atora	Salida de líquido por la nariz		
	Puntaje por columna					
Puntaje total			<b>Diagnóstico</b> Normal <input type="radio"/> (0 puntos) Anormal <input type="radio"/> (1 a 3 pts.) Muy anormal <input type="radio"/> (4 pts. o más)			

Fuente: Basado en Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Salud de la Infancia. Chile<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS: Programa Nacional de Salud de la Infancia; 2014. Recuperado a partir de URL: [https://issuu.com/lydialiaaris/docs/2014\\_norma\\_tecnica\\_para\\_la\\_supervi](https://issuu.com/lydialiaaris/docs/2014_norma_tecnica_para_la_supervi).

## PROCESO DE DIAGNÓSTICO

**Diagnóstico del desarrollo biopsicosocial:** Adecuado para su edad o no. Seguir siguiente tabla de interpretación clínica del DIT para 0 a 1 mes 29 días.

CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Sospecha de Desviación del Desarrollo Típico.	Pauta de evaluación del neurodesarrollo es muy anormal (4 puntos o más), macro o microcefalia o signos sugerentes de parálisis cerebral.	Derivar a neurólogo.
	Pauta de evaluación neurodesarrollo anormal (1 a 3 puntos) y/o preocupación del cuidador.	Referir para evaluación del desarrollo al SIT.
Riesgo o rezago.	Aprueba la pauta de evaluación neurológica, pero hay presencia de factores de riesgo psicosocial y/o biológico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un plan de intervención sobre el(los) factor(es) de riesgo identificado(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.</li> <li>2. Educación a la familia y otros actores del contexto del niño sobre actividades de estimulación en la(s) área(s) afectada(s).</li> <li>3. Controles en USF o visita domiciliaria (VD) (se recomiendan controles mensuales durante 3 meses aproximadamente según problemática).</li> </ol>
Desarrollo adecuado	Pauta de evaluación de neurodesarrollo normal.	Estimular y reconocer al cuidador principal para continuar con las indicaciones propias de cada control (según la edad).

**Fuente:** Elaboración propia en colaboración con Bedregal, P.

- Diagnóstico Nutricional: Incremento de peso y longitud desde el último control, adecuado o no. Situación de lactancia materna (recibe o no).
- Diagnóstico de problemas de salud del niño detectados.
- Diagnóstico de problemas de salud de la madre y la familia detectados.
- Diagnóstico de problemas socioambientales detectados.

## INDICACIONES PARA PROBLEMAS MÁS COMUNES RELACIONADOS AL DIT

### 1. Problemas del desarrollo biopsicosocial.

**Pauta de evaluación del neurodesarrollo anormal (de 1 a 3 puntos):** Derivar al SIT o siguiente nivel de complejidad utilizando formulario de derivación en Anexo 9.

**Pauta de evaluación del neurodesarrollo muy anormal (4 puntos o más):** Existencia de macro o microcefalia o presencia de signos sugerentes de parálisis cerebral: Derivar a neurólogo infantil

**Riesgo o Rezago:** Ver tabla de interpretación clínica del DIT para 0 a 1 mes 29 días

### 2. Problemas nutricionales.

Si el niño no gana peso puede:

- Tener una enfermedad.
- No estar consiguiendo suficiente leche, debido a una mala técnica de lactancia o dificultades en la succión.

Si el niño tiene una buena lactancia y no gana peso o tiene signos de enfermedad, referirlo para tratamiento médico.

Si el niño parece deseoso de mamar, no tiene signos de enfermedad y no gana peso, él y su madre necesitan ayuda con la lactancia.

Vigilar el peso periódicamente, incluyendo aquellos que no amamantan. (ver Anexo 7)

Para más indicaciones sobre acciones a seguir, ver Anexos 8 y Guías Alimentarias del Paraguay para Niñas y Niños Menores de 2 años<sup>7</sup> y Manual de Manejo Clínico de Lactancia Materna - Iniciativa Hospital Amigo del Niño - Módulo 3 OMS - Unicef 2009.

### 3. Problemas de salud del niño.

- **Presencia de dientes connatales:** Derivar a odontología.
- **Muguet oral (yuru-ti):** Médico USF indica tratamiento correspondiente según Cuadro de Procedimiento de AIEPI.
- **Síntomas de enfermedad aguda en niños:** Establecer gravedad según cuadro de procedimientos de AIEPI para derivación a centro de referencia (hospital).
- **Alteración oftalmológica:** Pupila blanca, córnea grande, estrabismo, nistagmus, ptosis palpebral. Derivar urgente al oftalmólogo.
- **Sospecha de enfermedad genética o congénita:** Derivación al neurólogo o al tercer nivel de atención.
- **Sospecha de problemas de audición.**
  - Por examen clínico, solicitar otoemisiones acústicas.
  - Por otoemisiones acústicas, derivar a otorrino.

<sup>7</sup> INAN. Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años del Paraguay, 2012. Recuperado a partir de <http://www.fao.org/3/a-ax435s.pdf>.

- **Tiene hipotiroidismo, fenilcetonuria o fibrosis quística:** Ver conducta en el cuadro de procedimientos AIEPI<sup>8</sup>.
  - **Señales clínicas de maltrato:** Denuncias a fiscalías, defensorías, juzgados, policía o CODENI según disponibilidad local. El servicio Fonoayuda (número 147) de la Secretaría Nacional de la Niñez cuenta con 24 horas de atención para orientación. Para más información sobre atención integral a víctimas consulte el Manual "Violencia Intrafamiliar y de Género. Manual de Atención Integral a Víctimas en el sistema de salud".
- 4. Problemas de salud materna y familiar.**
- Síntomas de enfermedad aguda en madres: Establecer gravedad para derivación a centro de referencia.
  - Madre con síntomas depresivos: Utilizar Protocolo 4 de Salud Mental para APS en USF (ver Anexo 10).
- 5. Problemas socioambientales detectados.** Diseño de plan de intervención individual y/o comunitaria sobre problemas detectados y su seguimiento correspondiente en USF. Dependiendo del problema específico, este plan de intervención puede incluir talleres grupales de refuerzo en DIT, visita domiciliaria de intervención o derivación a servicios de la comunidad relacionados al problema identificado (organizaciones de la sociedad civil u organismos y entidades del Estado en su localidad).

## INDICACIONES PARA PROMOCIÓN DEL DIT

- 1. Recomendaciones de alimentación.** Lactancia materna exclusiva guiada por el niño y a la madre indicación de alimentación balanceada.
- Se recomienda la lactancia materna exclusiva. Durante los primeros 6 meses el bebé se alimenta única y exclusivamente de la leche materna, incluyendo leche extraída de la madre; no se le dan otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua<sup>9</sup>.
- Si se usan sucedáneos por indicación médica, intentar reducir progresivamente su uso y nunca dejar la lactancia, salvo casos muy justificados.
- 2. Cuidados al recién nacido y estimulación del desarrollo.**
- Fomento del vínculo a través del contacto piel a piel durante la lactancia y en otras ocasiones.
  - Manejar el llanto amorosamente. El llanto debe ser consolado y es útil aprender a distinguir las necesidades del niño a través de este.
  - Fomento del sueño seguro (ver Anexo 11).
  - Cuidados de la piel.
  - Baño diario con agua tibia, sin jabón.
  - No colocar alfileres ni objetos punzantes.
  - Lavar la ropa con jabón neutro no requiere suavizante.
  - Usar ropa de algodón.

<sup>8</sup> Capilla A., Romero D., Maestu E., Campo P., Fernández S., González-Marques J. et al. Emergence and brain development of executive functions. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2004; 32(6):377-86.

<sup>9</sup> Sroufe L.A. Early relationships and the development of children. *Infant Ment. Health J.* 2000; 21(1-2):67-74.

- No exponer al sol en forma directa.
  - Advertir sobre la reacción de la vacuna BCG (a los 3 a 6 meses aproximadamente).
- 3. Estimulación.**
- Hablarle siempre al niño y contarle lo que se está haciendo con él.
  - Mirarle a los ojos y acariciarle.
  - Llamarle por su nombre. Tiene su propia identidad
  - Contarle o leerle cuentos. Ellos aprenden cuando escuchan.
  - Ponerle música suave cuando está despierto.
  - Prevención de accidentes:
  - Cuidar la presencia de animales cerca de los niños pequeños.
  - Supervisar a otros niños cuando están cerca de los pequeños (suelen explorarlos).
  - Si viaja en auto, debe ir en el asiento de atrás y con silla portabebé usada de manera apropiada.
- 4. Prevención de enfermedades.**
- Evitar llevar al recién nacido a lugares públicos muy concurridos o estar con personas enfermas.
  - Mantener limpios su cuna y espacio de muda.
  - Evitar cubrir la cara del niño (riesgo de asfixia).
  - No exponer al bebé al humo de cigarrillo o de braseros.
  - No besar al bebé en la boca, se transmiten enfermedades.
  - Seguir las normas establecidas en el Cuadro de Procedimientos de AIEPI respecto de suplementos de micronutrientes.

## OTRAS ACCIONES

- Si no tiene BCG colocar (derivar). Lo mismo si ingresa a otra edad y requiere otras vacunas.
- Si no tiene test del piecito ver recomendaciones del cuadro de procedimientos AIEPI.
- Si no está inscripto en el Registro Civil, informar sobre el procedimiento requerido para hacerlo: Acudir al Registro Civil local con el certificado de nacido vivo. Si no tiene este documento, indicar que asista con dos personas cada una con copia de cédula de identidad correspondiente para iniciar el proceso. Una vez obtenidos estos documentos, el niño debe ir con sus padres al Departamento de Identificaciones local para la emisión de la cédula de identidad.
- Derivación a especialistas si corresponde.
- Llevar el registro de la actividad en la Libreta de Salud de la niña y el niño y ficha clínica.
- Citar a control según cronograma.



## 6.4

### CONTROL DE SALUD CON ÉNFASIS EN DIT EN EL NIÑO DE 2 MESES A 5 MESES 29 DÍAS

Este control debe ser realizado por un médico y licenciado en Enfermería y/o Obstetricia. La duración de esta visita debe ser de 20 minutos como mínimo. Durante el control de salud es muy importante observar la interacción entre el niño y su cuidador (padre, madre, ambos u otro adulto significativo a cargo), la forma que lo toman, desvisten y hablan al niño.

Los controles realizados en este periodo tienen los siguientes objetivos:

- Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño.
- Orientar a padres y cuidadores en relación al desarrollo, salud y crianza de los niños.
- Fomentar y prolongar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.
- Fomentar la vinculación saludable entre padres/cuidadores y niño y la paternidad activa.
- Observar:
  - Signos y síntomas de morbilidad en madre y/o cuidador.
  - Signos de maltrato infantil.
  - Alteraciones congénitas osteoarticulares de la cadera.
- Reafirmar el vínculo de la familia con la USF y ACS.
- Evaluar si los padres o el cuidador responden adecuadamente al llanto del niño y si logran calmarlo y consolarlo durante la atención.
- Evaluar si el niño busca la interacción con sus padres y/o cuidador a través de la mirada.
- Si asisten ambos padres, observar el respeto y el modo de interacción entre ellos, si se hablan con cariño, si están de acuerdo en el cuidado del bebé.

#### ANAMNESIS Y VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL

- Los elementos fundamentales para el énfasis en DIT son:
- Verificar que:
  - Los antecedentes perinatales (embarazo, parto y puerperio) estén completos.
  - Los antecedentes médicos de los controles de salud anteriores en la ficha clínica.
  - Que la evaluación de riesgos psicosociales se haya efectuado y esté completa.
  - Si las indicaciones y acuerdos entregados en el control anterior fueron cumplidos.
  - Si se realizó test del piecito, evaluación oftalmológica y otoemisiones acústicas.
  - El registro de inmunización.
- Dar espacio para las dudas y/o preocupaciones de la madre, padre y/o cuidador principal.
- Preguntar sobre:
  - La presencia de enfermedades o problemas de salud del niño desde el último control.
  - Preocupación de los padres o cuidadores sobre el desarrollo de sus hijos.
  - Presencia de factores de riesgo (Anexo 3).
  - La salud de la madre (emocional y física).

- La alimentación de la madre y del bebé, principalmente las relacionadas con lactancia materna.
  - Los hábitos del niño: Sueño, aseo, orina, deposiciones.
  - Condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso o déficit.
  - Antecedentes de patologías congénitas en familiares de primer grado (displasia luxante de cadera, cardiopatía, disrafia espinal oculta, fisura labio palatino, ambliopía y/o estrabismo, cáncer infantil, trastornos sensoriales, etc.).
  - Si la madre volverá a trabajar en forma parcial o completa, si cuenta con la red de apoyo para el cuidado del lactante y si está capacitada en la técnica de extracción de leche materna (ver Guías Alimentarias del menor de 2 años).
- Aplicar a la madre protocolo 4 de salud mental en controles de los 2 y 6 meses (en Anexo 10).

## EXAMEN FÍSICO

Durante el examen físico es muy importante observar en primer lugar la interacción entre el niño y su cuidador (padre, madre, ambos u otro adulto significativo a cargo), la forma en que lo toman, desvisten y hablan al niño.

Evaluar si los padres o el cuidador responden adecuadamente al llanto del niño y si logran calmarlo y consolarlo durante la atención.

Evaluar si el niño busca la interacción con sus padres y/o cuidador a través de la mirada.

Si asisten ambos padres, observar el respeto y el modo de interacción entre ellos, si se hablan con cariño, si están de acuerdo en el cuidado del bebé (es muy importante dejar registrado en la ficha clínica).

Además, revisar minuciosamente:

- **Cabeza:** Palpar fontanela anterior, ver tamaño y tensión. Describir asimetrías.
- **Piel:** Presencia y alcance de la ictericia, esta podría estar presente hasta los 2 meses. Palidez de piel y mucosas, si corresponde a anemia fisiológica o no.
- Evaluar presencia de hemangiomas o angiomas de línea media o periorificiales, manchas café con leche o hipocrómicas, nevos (describir aspecto, tamaño, ubicación, número).
- **Ganglios:** Presencia de adenopatías asociadas a palidez, petequias o equimosis, hepato y esplenomegalia que hagan sospechar neoplasia.
- **Cardiopulmonar:** Búsqueda de cardiopatías congénitas cianóticas (al amamantar o hacer esfuerzos) y no cianóticas. Evaluar pulsos periféricos (deben estar simétricos). Auscultar pulmones.
- **Genitoanal:** Características de los genitales (femeninos y masculinos).
- **Columna:** Búsqueda de fositas pilonidales o elementos sugerentes de disrafias.
- **Caderas:** Búsqueda clínica de signos tempranos de displasia de caderas. Realizar maniobra de Ortolani. Simetría de pliegues glúteos.

- **Oftalmológico:** Inspección, rojo pupilar, reflejo pupilar simétrico. Actitud visual. Estrabismo permanente o intermitente (este último es normal hasta los 3 meses), limitaciones para el movimiento ocular, asimetría de la órbita, nistagmus, ptosis palpebral (ver Anexo 12).
- **Auditivo:** Observar reacción frente a los ruidos. A los 2 meses debe reaccionar frente a los ruidos, a los tres meses observar quién le habla y a los 4 meses orienta la cabeza en dirección a una voz.
- Evaluar hitos (ver Anexo 1) y señales de alarma del desarrollo (ver Anexo 2).
- **Antropometría:** Medición de peso, longitud y perímetro cefálico (Ver Anexo 7).

El examen neurológico debe incluir:

- **Evaluación del tono y movilidad:** Descartar la hipotonía o hipertonia marcada, ausencia de clonus y/o hiperreflexia.
- Simetría en la movilización de extremidades o en los reflejos.
- Posición del pulgar (incluido o no).
- **Revisión de reflejos:** Copleopalpebral, reacción ante ruidos fuertes, evaluar succión.
- Movilidad: Control cefálico, movimiento extremidades (simetría), movimiento facial (gestos).
- **Buscar signos sugerentes de parálisis cerebral:**
  - Rotación interna de extremidades y aducción.
  - Extensión de extremidades (lo normal es flexión).
  - Asimetría persistente.

**Para la identificación temprana de sospecha de maltrato.** Buscar:

- Presencia de fracturas inexplicadas, equimosis y quemaduras.
- Sospecha de abuso sexual cuando se observan laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen en niñas.

## PROCESO DIAGNÓSTICO

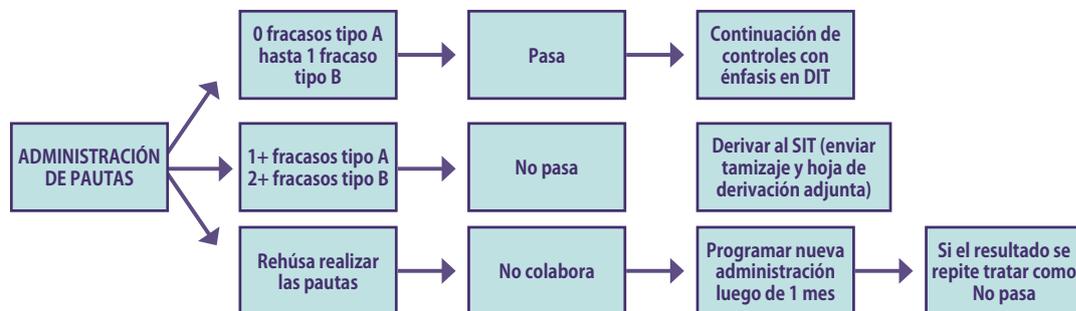
Diagnóstico del desarrollo biopsicosocial: Desarrollo adecuado, riesgo o rezago, sospecha de desvariación del desarrollo.

Para realizar el diagnóstico del desarrollo biopsicosocial desde los 2 meses hasta los 5 años se deberá utilizar la tabla de interpretación clínica del DIT en todos los controles de salud, establecidos según cronograma.

## Interpretación clínica del DIT en niños de 2 meses a 5 años

CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Sospecha de Desviación del Desarrollo Típico.	Presencia signo de alarma de hitos del desarrollo, o preocupación de los padres o cuidador principal sobre el desarrollo del niño	Administración de tamizaje del desarrollo*. <b>1.</b> Si no pasa: a. Realizar un plan de intervención en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes. b. Controlar y repetir tamizaje al mes. c. Si persiste sospecha, referir para evaluación del desarrollo al SIT. <b>2.</b> Si pasa: Continuar controles (ver cronograma).
Riesgo o rezago.	No cumple un hito del desarrollo, excluir el que corresponde a la alarma (se aplica solo a mayores de 2 meses).	<b>1.</b> Realizar un plan de intervención en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes. <b>2.</b> Entregar indicaciones sobre estimulación. <b>3.</b> Actividades educativas sobre estimulación. <b>4.</b> Seguimiento del plan de intervención en VD. <b>5.</b> Reevaluaciones del niño en USF según cronograma.
	Hitos se cumplen y pasa examen neurológico, pero hay presencia de factores de riesgo psicosocial y/o biológico.	<b>1.</b> Realizar un plan de intervención sobre el(los) factor(es) de riesgo identificado(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes. <b>2.</b> Educación a la familia y otros actores del contexto del niño sobre actividades de estimulación en la(s) área(s) afectada(s). <b>3.</b> Controles en USF o visitas domiciliarias (se recomiendan controles mensuales durante 3 meses aproximadamente según problemática).
Desarrollo adecuado.	Cumple con hitos y no hay señales de alarma.	Estimular y motivar al cuidador principal para continuar con las indicaciones propias de cada control (según la edad).

\* Flujograma de Tamizaje PRUNAPE.



- Diagnóstico Nutricional: Eutrofia, riesgo de desnutrición, desnutrición, sobrepeso u obesidad. Problemas de lactancia o no.
- Diagnóstico de problemas de salud del niño detectados
- Diagnóstico de problemas de salud de la madre y la familia detectados
- Diagnóstico de problemas socioambientales detectados.

## INDICACIONES PARA PROBLEMAS MÁS COMUNES RELACIONADOS AL DIT

### 1. Problemas del desarrollo biopsicosocial.

- Sospecha de desviación en el desarrollo (por interpretación clínica del DIT), realizar tamizaje del desarrollo (Prunape) en USF y seguir flujograma de acción (Pág. 4). Siempre adjuntar formulario de derivación (Anexo 9) al resultado del tamizaje para referir al SIT.
- Riesgo o rezago (ver conducta en tabla de interpretación clínica del DIT).
- Desarrollo adecuado (ver conducta en tabla de interpretación clínica del DIT).

### 2. Problemas Nutricionales. Si el niño no gana peso, puede:

- Tener una enfermedad.
- No estar consiguiendo suficiente leche, debido a una mala técnica de lactancia. Si el niño tiene una buena lactancia y no gana peso o tiene signos de enfermedad, referirlo para tratamiento médico. Si el niño parece deseoso de mamar, no tiene signos de enfermedad y no gana peso, él y su madre necesitan ayuda con la lactancia. Vigilar el peso periódicamente, incluyendo aquellos que no amamantan. Si hay duda sobre la ingesta de leche, pesar al niño cada semana, si es posible (ver Anexo 7). Más indicaciones para acciones a seguir ver en el Anexo 8, en las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años.

### 3. Problemas de salud del niño.

- Rojo pupilar alterado, estrabismo fijo de un ojo o intermitente hasta los 3 meses, parálisis ocular, nistagmus u otros problemas oftalmológicos (ver Anexo 12): Derivación urgente a oftalmología.
- **Estrabismo fijo de un ojo:** Derivación a oftalmología. Los estrabismos intermitentes son considerados normales hasta los 6 meses, por procesos madurativos de la musculatura que da sustento al ojo; sin embargo, cuando son fijos pueden ser indicativos de patología subyacente que puede ser de gravedad.

- **Sospecha de hipoacusia:** Derivar a otorrinolaringólogo. Recordar que la intervención precoz de los niños con hipoacusia mejora el pronóstico en relación con el lenguaje y la comunicación futura.
- **Presencia** de hemangiomas en línea media o periorificiales (genital, anal, ocular, ótica o nasal) en pliegues o zona del pañal, es de gran tamaño (compromete más del 5% de la superficie corporal). Crece a gran velocidad (duplica su tamaño en el trascurso de 1 mes). Está complicado (ulcerados, con o sin sobreinfección o sangrado a repetición). Son múltiples hemangiomas (más de 5: Derivar al dermatólogo o neurólogo, por asociación con otras malformaciones).
- **Manchas** café con leche, 6 o más, tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1, 2 o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o de cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de "saco de gusanos").
- **Efélides (pecas) en región de axilar o inguinal:** Derivar a neurólogo infantil para descartar neurofibromatosis tipo 1.
- **Frenillo lingual corto que dificulte la lactancia:** Derivar a cirujano infantil.
- **Macro y microcefalia:** Derivar a neurólogo infantil.
- **Presencia de muguet (yuru-ti):** Efectuar tratamiento en USF y aconsejar sobre adecuada higiene de la boca (ver cuadro de Procedimientos AIEPI).
- **Sospecha de displasia de cadera:** Derivar a traumatólogo.
- **Sospecha de maltrato y/o abuso sexual:** Denuncias a fiscalías, defensorías, juzgados, policía o CODENI según disponibilidad local. El servicio Fonoayuda (número 147) de la Secretaría Nacional de la Niñez cuenta con 24 horas de atención.
- **Niño difícil de consolar:** Evaluar si existe alguna causa médica en el examen físico. Este es un niño de riesgo del punto de vista vincular y es importante ayudar a esta familia interviniendo sobre las causas físicas (si ellas existen) y dando herramientas para el manejo del llanto.
- **Hipotiroidismo, fenilcetonuria o fibrosis quística:** ver conducta en el cuadro de procedimientos AIEPI.

#### 4. Problemas de salud materna y familiar.

- **Madre con síntomas depresivos:** Utilizar flujograma de protocolo 4 de salud mental de APS (ver Anexo 10). Evaluar necesidad de apoyo farmacológico o psicológico precoz según normas. Habitualmente la depresión posparto aparece cerca del segundo mes; sin embargo, hay casos de inicio precoz o que se arrastran desde antes del nacimiento del niño.
- **Cuidadores principales sobrepasados por el cuidado del bebé:** Es fundamental que la familia apoye a la madre en las tareas asociadas a las labores del hogar, para que pueda dedicar mayor tiempo al bebé y a sus necesidades personales. Se sugiere insistir en la importancia de que el padre se involucre activamente en los cuidados del bebé, tanto para fortalecer el vínculo con su hijo, para aprender a comprender lo que necesita y cómo satisfacerlo, así como para no sobrecargar de responsabilidades y tareas a la madre.

Sugerir participar en talleres de apoyo a la crianza. En el capítulo 3 se detallan los talleres de refuerzo del DIT.

5. **Problemas socioambientales detectados.** Diseño de Plan de Intervención individual y/o comunitaria sobre problemas detectados, y su seguimiento correspondiente en USF. Dependiendo del problema específico, este plan de intervención puede incluir talleres grupales de refuerzo en DIT, visita domiciliaria de intervención o derivación a servicios de la comunidad relacionados al problema identificado (organizaciones de la sociedad civil u organismos y entidades del Estado en su localidad).

## INDICACIONES PARA PROMOCIÓN DEL DIT

**Recomendaciones de alimentación.** El mejor alimento para el bebé es la leche materna, le brinda todas las sustancias nutritivas para un buen crecimiento y desarrollo y la suficiente cantidad de agua que su cuerpo necesita. Durante los primeros 6 meses el bebé se alimenta única y exclusivamente de la leche materna, incluyendo leche extraída de la madre, no se le dan otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua (ver Guías alimentarias para el menor de 5 años). Si se usan sucedáneos por indicación médica, intentar reducir progresivamente su uso y nunca dejar la lactancia salvo casos justificados.

### Cuidados del lactante entre 2 a 6 meses

#### Educación respecto a hábitos adecuados.

- Baño diario (no usar jabón/champú diariamente).
- Limpiar la boca con gasa o pañal de algodón limpio, pasar por rebordes, encías, lengua y pared interna de las mejillas.
- Fomentar el sueño diurno y nocturno ante señales de cansancio del bebé.
- Apoyarse en indicaciones con Cuadro de Procedimientos de AIEPI.

#### Prevención de accidentes.

- Cuidar la presencia de animales cerca de los niños pequeños.
- Supervisar a otros niños cuando están cerca de los pequeños (suelen explorarlos).
- Si viaja en auto, debe ir en el asiento de atrás y con silla portabebé usada de manera apropiada.
- Educar sobre la importancia de no dejar solo durante el baño, por riesgo de asfixia por inmersión.
- La información disponible en la Libreta de Salud de la niña y el niño puede ayudar en esta tarea.
- No darle juguetes pequeños para evitar que los traguen.
- Ante la presencia de enfermedades prevalentes: Utilizar cuadro de procedimientos AIEPI

**Estimulación del desarrollo.** En la Libreta de Salud del Niño y la Niña se indican algunas estrategias para la estimulación por parte de los padres. Es importante reforzar para esta edad:

1. Área emocional.
  - Fomento del vínculo a través del contacto piel a piel durante la lactancia y en otras ocasiones. Manejar el llanto amorosamente.

- Realizar énfasis en la importancia de la contención emocional y rápida respuesta ante el llanto, así como en el fomento de instancias de contacto piel con piel para disminuir el llanto. El llanto debe ser consolado y es útil aprender a distinguir las necesidades del niño a través de este.
  - Explicar que los bebés requieren ser cargados, acompañados o amamantados para dormir.
- 2. Área motora.**
- Entre los 2 a 3 meses: Fomentar el tiempo en prono diario (solo cuando esté despierto), sobre superficies firmes, como la alfombra de goma eva sobre el suelo, o sobre el pecho/abdomen del padre o la madre, aprovechando así la interacción.
  - Entre los 4 y 5 meses: Poner al niño por tiempos equivalentes en prono, en supino o de lado sobre el suelo para que se mueva libremente. Inclinar cuidadosamente la alfombra o manta del suelo para que el niño gire. Con el sentido de movimiento desarrolla balance y control.
  - A los 6 meses permitirle al niño estar en prono (boca arriba) sobre una superficie firme, como la goma eva, dejando juguetes a su alcance para que pueda tomarlos y explorarlos. Permitirle girar y en forma progresiva comenzar a sentarse. Sentarle a ratos sobre el suelo, colocando cojines en su espalda y separando sus piernas para mayor estabilidad. Mientras juega al caballito o lo mece, suavemente inclinarlo o alterar su equilibrio, para que corrija su postura corporal.
- 3. Área lenguaje.**
- Imitar, como espejo, los sonidos que el niño emite.
  - Aprovechar instancias como el baño, alimentación y juego para conversarle y cantarle.
  - Realizar interacciones cara a cara.
  - Ir contándole las actividades que se van realizando con el niño.

### Estimulación a través de juego.

- 1.** Entre los 2 y 3 meses:
- Jugar con un cascabel y estimularlo con distintos sonidos, uno a la vez (timbre, pito o arrugar papel).
  - Utilizar móvil con figuras con volumen, como esferas de colores, y situarlo a unos 30 o 40 cm de altura, asegurándose que el bebé pueda verlo.
  - Colocar pulseras de colores para que observe sus manos, siempre bajo observación de un adulto para evitar el riesgo de asfixia y ahogo.
  - Tocarle con distintos objetos y texturas (suave, áspero o seda).
  - Se recomienda ponerlo sobre una alfombra de goma eva o una toalla, ofreciéndole juguetes grandes y vistosos para jugar, gasas o pañuelos de colores hacia él o ella.
- 2.** Entre los 4 a 5 meses.
- Mostrarle al niño objetos que llamen su atención (cascabeles, tazas de plástico, cucharas de madera o paños de colores) para motivar a que los tome, si estos le llaman la atención los va a tomar.
  - Mostrarle al niño su imagen frente a un espejo.
  - Mantener móviles a una distancia dentro del alcance del niño.
  - Prevención de enfermedades
  - Mantener su cuna y espacio de muda limpios.

- No exponer al bebé al humo del cigarro o de fogones.
- No besar al bebé en la boca o chupar cosas de él (chupetes), se transmiten enfermedades, entre ellas caries.
- Indicar las vacunas y aportes correspondientes en micronutrientes.

### OTRAS ACCIONES

- Derivar a vacunación cuando corresponde.
- Si no está inscripto en el Registro Civil, informar sobre el procedimiento requerido para hacerlo: Acudir al Registro Civil local con el certificado de nacido vivo. Si no tiene este documento, indicar que asista con dos personas, cada una con su copia de cédula correspondiente, para iniciar el proceso. Una vez obtenidos estos documentos, el niño debe ir con sus padres al Departamento de Identificaciones local para la emisión de la cédula de identidad.
- Derivaciones a especialistas si corresponden.
- Completar la Libreta de Salud de la niña y el niño.
- Citar al control según corresponda y de acuerdo a los hallazgos clínicos.



A partir de los seis meses se produce un cambio importante en la alimentación del bebé, ya que, además de la leche materna, el bebé ya está preparado para consumir alimentos que necesita para mantener un crecimiento y desarrollo adecuados. Adicionalmente, su desarrollo psicomotriz se vuelve cada vez más complejo y con mayor interacción con el medio ambiente.

Durante este periodo el énfasis de los controles está en orientar a los padres con sus dudas, promover la higiene bucal, supervisar a niños con posibles desviaciones en el desarrollo psicossocial, orientar en normas de crianza, promover la estimulación del desarrollo del niño y realizar acciones orientadas a disminuir el riesgo de accidentes en el hogar.

Los objetivos de los controles de salud en esta etapa son:

- Detectar anomalías y verificar el desarrollo psicossocial.
- Promover hábitos de vida saludable.
- Orientar a padres y cuidadores en dudas que existan con relación al desarrollo y la crianza de niños.
- Detectar a las familias que presenten factores de riesgo para el desarrollo infantil y vincularlas con instancias de intervención.

La duración de este control es de 20 minutos. A los 9 meses se realiza tamizaje del desarrollo, y la duración recomendada es de 30 minutos aproximadamente.

### **ANAMNESIS Y VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL**

Para fortalecer los controles en DIT es importante revisar:

- Antecedentes consignados en la ficha médica e información de los controles de salud anteriores del niño.
- Si las indicaciones y acuerdos entregados en el control anterior fueron llevados a cabo de acuerdo de cada niño.
- Registro de inmunizaciones y preguntar algún tipo de reacción adversa.
- Si tiene test del piecito, otoemisiones acústicas y evaluación oftalmológica (si es la primera consulta).
- Indagar y revisar el patrón alimentario: Dieta habitual, tipo de leche consumida, volumen, comidas e incorporación en la mesa familiar, horarios de comida, si bebe agua potable u otros líquidos, textura de la comida (molida, picada, entera). Consumo de sal y azúcar.
- Indagar sobre:
  - El uso de mamadera o chupetes.
  - Horarios de sueño y alimentación.
  - Erupción dentaria y cuidado de los dientes.

- Actividad física y tiempo diario destinado a acciones activas
- Si la madre, padre y/o cuidadores principales tienen dudas respecto a la audición y visión del niño o les preocupa el desarrollo de su hijo.
- Manejo de la frustración (pataletas o berrinches) u otros aspectos de la conducta y el comportamiento (hiperactividad o pasividad llamativas), frecuencia e intensidad.
- Preguntar si el niño acude a la guardería; si no es así, indagar quién lo cuida la mayoría del tiempo.

## EXAMEN FÍSICO

Antes del examen físico se deben observar:

- Como la madre, padre y/o cuidador se dirige al niño; la forma que lo toma, desviste y habla al niño.
- Si los padres o el cuidador responden adecuadamente al llanto del niño y si logran calmarlo y consolarlo.
- Si el niño mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal. Si se consuela en los brazos principalmente en los momentos de más estrés (6-8 meses).
- Si el niño busca a la madre en los momentos de estrés y por otro lado es capaz de jugar/ explorar en los momentos tranquilos de la consulta (12 meses).
- Si asisten ambos padres, observar el respeto y el modo de interacción entre ellos, si se hablan con cariño, si están de acuerdo, etc.

Durante el examen físico:

- **Cabeza:** Fontanela anterior presente.
- **Piel:** Evaluar presencia de hemangioma o angiomas de línea media o periorificiales, mancha café con leche o hipocrómicas, nuevos (describir número, ubicación, tamaño).
- **Boca:** Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de las mejillas, dientes, encías, lengua y piso de la boca, evaluar labios erupción de dientes incisivos, caninos, primer molar (superior e inferior).
- **Ganglios:** Presencia de adenopatías asociadas a palidez, petequias o equimosis, hepato y esplenomegalia que hagan sospechar neoplasia.
- **Cardiopulmonar:** Realizar auscultación pulmonar y cardiaca. Búsqueda de cardiopatías congénitas cianóticas (al amamantar o hacer esfuerzos) y no cianóticas. Evaluar pulmones y pulsos periféricos (deben estar simétricos).
- **Oftalmológico:** Evaluar rojo pupilar presente y simétrico, a los 3 a 6 meses debería haber desaparecido el estrabismo fisiológico, para esto es importante realizar el test de Hirschberg y en caso de duda cover test. Evaluar movimientos oculares, córnea, conjuntiva y actitud visual (ver en Anexo 12).
- **Auditivo:** Realizar otoscopia, preguntar reacción frente a los ruidos.
- **Ortopedia:** (12 meses) evaluar marcha sin claudicación (cojear) y genu varo fisiológico, sin asimetría.
- Evaluar hitos y señales de alarma del desarrollo (Anexos 1 y 2).

- **El examen neurológico:**

- Evaluación del tono y movilidad: Descartar la hipotonía o hipertonía marcada, ausencia de clonus y/o hiperreflexia.
- Simetría en la movilización de extremidades o en los reflejos.
- Revisión reflejo cocleopalpebral y aquiliano simétricos.
- Ausencia de reflejo arcaicos (moro puede persistir en forma normal hasta los 6 meses), en el control de los 12 meses estos ya deben estar ausentes por completo.

- **La antropometría:**

- Medición de peso, longitud y perímetro cefálico. Palpar fontanela anterior presente.
- Evaluar asimetrías en general del cuerpo y cabeza.
- Utilizar fórmula de edad corregida cuando corresponda (prematuros). (Ver Anexo 9).
- Identificación temprana de sospecha de maltrato:
  - Presencia de fracturas inexplicadas, equimosis y quemaduras.
  - Sospecha de abuso sexual cuando se observan laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen en niñas.
  - Es importante la revisión completa del niño.

## PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Diagnóstico del desarrollo biopsicosocial, desarrollo adecuado, riesgo o rezago, sospecha de desviación del desarrollo. Para este diagnóstico se deberán utilizar tanto **a)** la tabla de interpretación clínica del DIT como **b)** tamizaje de desarrollo.

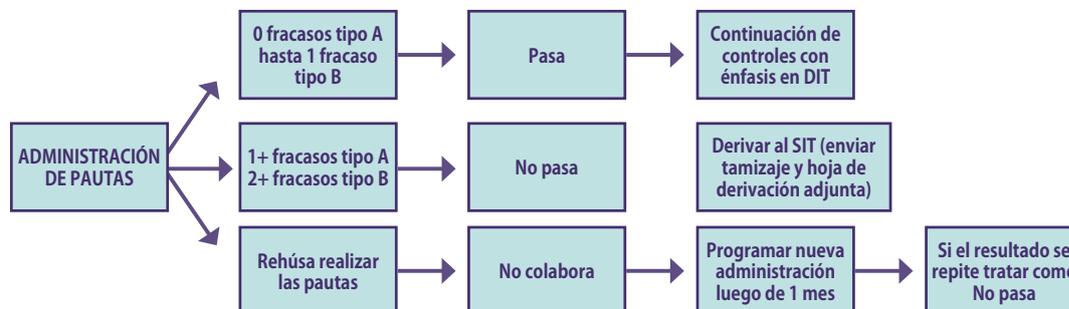
### a. Tabla de interpretación clínica del DIT.

CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Sospecha de Desviación del Desarrollo Típico.	Presencia de signo de alarma de hitos del desarrollo y/o. Preocupación de los padres y/ o cuidador principal.	Administración de tamizaje del desarrollo*. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si no pasa:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Realizar un plan de intervención en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes</li> <li>b. Controlar y repetir tamizaje al mes</li> <li>c. Si persiste sospecha, referir para evaluación del desarrollo al SIT</li> </ol> </li> <li>2. Si pasa: Continuar controles (ver cronograma).</li> </ol>



CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Riesgo o rezago.	No cumple un hito del desarrollo, excluir el que corresponde a la alarma (se aplica solo a mayores de 2 meses). Hitos se cumplen y pasa examen neurológico, pero hay presencia de factores de riesgo psicosocial y/o biológico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un plan de intervención sobre áreas de mejora identificada(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.</li> <li>2. Entregar indicaciones sobre estimulación.</li> <li>3. Actividades educativas sobre estimulación en el área identificada.</li> <li>4. Seguimiento del plan de intervención en VD.</li> <li>5. Reevaluaciones del niño en USF según cronograma.</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un plan de intervención sobre el(los) factor(es) de riesgo identificado(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.</li> <li>2. Educación a la familia y otros actores del contexto del niño sobre actividades de estimulación en la(s) área(s) afectada(s).</li> <li>3. Controles en USF o VD (se recomiendan controles mensuales durante 3 meses aproximadamente según problemática).</li> </ol>
Desarrollo adecuado.	Cumple con hitos y no hay señales de alarma.	Estimular y reconocer al cuidador principal para continuar con las indicaciones propias de cada control (según la edad).

**Fuente:** Elaboración propia en colaboración con Bedregal, P. con base en Cuadros de Procedimientos de AIEPI.  
\* Flujograma de Tamizaje PRUNAPE.



**b. Tamizaje del desarrollo: Administrar a los 9 meses o si el niño presenta sospecha de desviación del desarrollo en la interpretación clínica del DIT. Seguir flujograma de acción en Anexo 5.**

- Diagnóstico nutricional: eutrofia, riesgo de desnutrición, desnutrición, sobrepeso, obesidad.
- Diagnóstico de problemas de salud del niño detectados.
- Diagnóstico de problemas de salud de la madre y la familia detectados.
- Diagnóstico de problemas socioambientales detectados.

**INDICACIONES PARA PROBLEMAS MÁS COMUNES RELACIONADOS AL DIT**

**1. Problemas del desarrollo biopsicosocial.**

- Sospecha de desviación en el desarrollo (por interpretación clínica del DIT) realizar tamizaje del desarrollo (Prunape) en USF y seguir flujograma de acción en Anexo 5. Siempre adjuntar formulario de derivación en Anexo 11 al resultado del tamizaje para referir al SIT.
- Riesgo o rezago (ver conducta en tabla de interpretación clínica del DIT) c) Desarrollo adecuado (ver conducta en tabla de interpretación clínica del DIT)

**2. Problemas nutricionales.** Situación de lactancia materna: Recibe o no. Ver: "Verificar si presenta malnutrición", del cuadro de procedimientos AIEPI.

**3. Problemas de salud del niño.**

- **Rojo pupilar alterado**, estrabismo, asimetría ocular, nistagmus u otros problemas oftalmológicos (ver Anexo 12): Derivación urgente a oftalmología.
- **Estrabismo fijo de un ojo**: Derivar a oftalmólogo. Los estrabismos intermitentes son considerados normales hasta los 6 meses, por procesos madurativos de la musculatura que da sustento al ojo, sin embargo, cuando son fijos pueden ser indicativos de patología subyacente que puede ser de gravedad.
- **Sospecha de hipoacusia**: Derivar a otorrinolaringólogo. Recordar que la intervención precoz de los niños con hipoacusia mejora el pronóstico en relación con el lenguaje y la comunicación futura.
- **Presencia** de hemangiomas en línea media o periorificiales en pliegues o zona del pañal o son múltiples (más de 5), derivar al dermatólogo o neurólogo, por asociación con otras malformaciones.

- **Manchas café con leche, 6 o más, tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1, efélides (pecas) en región de axilar o inguinal:** Derivar a neurólogo infantil para descartar neurofibromatosis tipo 1.
- **Frenillo lingual corto que dificulte la lactancia:** Derivar a cirujano infantil.
- **Macro y microcefalia:** Derivar a neurólogo infantil.
- **Presencia de muguet (yuru-ti):** Efectuar tratamiento en USF y aconsejar sobre adecuada higiene de la boca (ver Cuadro de Procedimientos AIEPI).
- **Sospecha de displasia de cadera:** Derivar a traumatólogo.
- **Sospecha de maltrato y/o abuso sexual:** Denuncias a fiscalías, defensorías, juzgados, policía o CODENI según disponibilidad local. El servicio Fonoayuda (número 147) de la Secretaría Nacional de la Niñez cuenta con 24 horas de atención.
- **Niño difícil de consolar:** Evaluar si existe alguna causa médica en el examen físico. Este es un niño de riesgo del punto de vista vincular y es importante ayudar a esta familia interviniendo sobre las causas físicas (si ellas existen) y dando herramientas para el manejo del llanto.
- **Hipotiroidismo, fenilcetonuria o fibrosis quística:** Ver conducta en Cuadro de procedimientos AIEPI.

#### 4. Problemas de salud de la madre y la familia.

Dificultad con comportamiento y normas de crianza:

- Se sugiere incorporarse al taller sobre pautas de crianza descrito en capítulo siguiente, según la posibilidad de cada familia. Ante problemática más compleja debe existir un plan de trabajo específico para la familia.
- Sospecha de depresión de la madre: Utilizar protocolo 4 de salud mental de APS en la USF (Anexo 10).

#### 5. Problemas socioambientales detectados. Diseño de Plan de Intervención individualizado y/o comunitario sobre problemas detectados, y su seguimiento correspondiente en USF. Dependiendo del problema específico, este plan de intervención puede incluir talleres grupales de refuerzo en DIT, visita domiciliaria de intervención o derivación a servicios de la comunidad relacionados al problema identificado (organizaciones de la sociedad civil u organismos y entidades del Estado en su localidad).

### INDICACIONES PARA PROMOCIÓN DEL DIT

- Alimentación. Debe seguir con la lactancia materna o con la leche que toma habitualmente. Se puede iniciar la alimentación complementaria con el almuerzo a los 6 meses. Entre los 7, 8 meses ya debe estar recibiendo la cena. Para más información ver la Libreta de Salud de la niña y el niño y las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años.
- Hábitos.
  - Reforzar la importancia de la participación activa del padre en el cuidado de los niños y seguir las recomendaciones siguientes.
  - Baño diario.

- Fomentar el sueño diurno y nocturno ante señales de cansancio del bebé.
- Promover hábitos necesarios a fin de mantener una alimentación sana y equilibrada para cubrir las necesidades de nutrientes acordes a la edad.
- Recomendar agregar a las comidas una pizca de sal yodada y una cucharadita de aceite vegetal crudo y no utilizar edulcorantes artificiales ni alimentos que lo contengan (ver Anexo 8).
- Promover la lactancia materna continuada por 2 años o más, pues sigue proporcionando buena nutrición, contacto con la madre, seguridad y protección contra la enfermedad.
- Salud oral.
  - Reforzar el concepto de que los dientes de leche son tan importantes como los definitivos.
  - Lavar los dientes con un cepillo de cerdas suaves empapado en agua (sin pasta) desde la erupción del primer diente.
  - Al aparecer molares es importante limpiar acuciosamente su superficie, por lo menos dos veces al día, realizado por un adulto.
  - El cepillo dental se debe colocar en 90° sobre las caras externas de los dientes (caras vestibulares), realizando un movimiento de rotación sobre las superficies dentarias; el procedimiento se repite en las caras palatinas y linguales.
  - Las caras oclusales se cepillan con movimientos de rotación (fuente pauta de evaluación bucodentaria).
  - Se debe comenzar a eliminar la mamadera entre los 12 a 15 meses de edad, traspasando poco a poco a vaso con boquilla o pajilla.
- Prevención de accidentes.
  - Énfasis en la utilización de silla de auto en segunda fila mirando hacia atrás, no exponer al sol, medidas para disminuir riesgo de muerte súbita durante el sueño.
  - Educar sobre la importancia de no dejar solo o sola durante el baño en ningún momento, por riesgo de asfixia por inmersión.
  - Mantener tapados los pozos, tanques de agua.
  - No recomendar el uso de andadores.
  - Dejar áreas restringidas para el acceso del niño, como por ejemplo la cocina, mantener lejos del fuego (estos aspectos deberán haber sido evaluados por el agente comunitario en la visita al hogar).
- La Libreta de Salud entrega algunos elementos para conversar con la familia. Ante la presencia de enfermedades prevalentes: Utilizar cuadro de procedimientos AIEPI
- Estimulación del desarrollo. Se presentan a continuación actividades de estimulación recomendadas para este grupo de edad en las diferentes áreas del desarrollo.
- 1. Motriz grueso.
  - Darle la libertad al niño para que se desplace y explore de manera segura (por ejemplo sobre goma eva) siempre acompañándolo.
  - Estando sentado, tomarlo de los brazos para que intente pararse.
  - Estando de pie, sostenerlo firme para que dé pasos.
  - Pararlo detrás de una mesa o silla baja, con objetos en su superficie, para que el

niño se mantenga de pie apoyado.

- Es importante que, además de ayudarlo en su progreso, los padres permitan que el niño se mueva por sí mismo y busque la forma de lograrlo.
- Estando sentado dejarlo cerca de muebles que le permitan ponerse de pie.

### 2. Motriz fino.

- Mostrarle cómo soltar objetos dentro de una caja/recipiente y luego cómo sacarlos.
- Continuar ofreciéndole utensilios para comer y trozos de comida para que manipule.

### 3. Lenguaje.

- Responder inmediatamente a las palabras del niño: Si nombra algún objeto, tratar de mostrárselo en ese momento.
- Tocar y nombrar simultáneamente distintas partes del cuerpo.
- Disponer de libros con imágenes simples.

- Estimulación a través del juego.

- Sacarlo de paseo a la plaza, hamacarlo y ayudarlo a resbalarse por un tobogán, tomando las precauciones necesarias.
- Mostrarle las plantas y animales.
- Si está jugando sentado, es ideal que los grandes se pongan a la misma altura del niño para interactuar con él.
- Hacer rodar una pelota a través de un túnel de cartón y esperar que el niño observe la salida por el otro extremo.
- Esconder objetos sonoros (por ejemplo, relojes y alarmas), para que el niño los encuentre por el sonido.
- Ofrecerle fotos al revés, para que él las oriente adecuadamente.
- Desaconsejar la televisión hasta los dos años.
- Orientar y apoyar a la familia y en especial a la madre o al cuidador principal sobre la importancia del vínculo que se forma en los primeros años de vida.

- Prevención de enfermedades

- Mantener limpios su cuna y espacio de muda.
- No exponer al bebé al humo del cigarrillo, cigarro, fogones, etc.
- No besar al bebé en la boca, se transmiten enfermedades.
- Indicar las vacunas y aportes correspondientes de micronutrientes.

## OTRAS ACCIONES

- Derivar a vacunación cuando corresponde según calendario correspondiente (Ver Cuadros de Procedimientos).
- Si no está registrado, registrar (registro de identidad).
- Derivaciones a especialistas si corresponden.
- Llevar el registro de la actividad.
- Completar la Libreta de Salud del niño.
- Citar al control según corresponda.

## 6.6

### EL CONTROL DE SALUD CON ÉNFASIS EN DIT EN EL NIÑO ENTRE 12 A 23 MESES 29 DÍAS

En esta etapa se logra en forma progresiva la independencia; el lactante comienza la transición desde ser un bebé a ser un niño. Aprende a caminar, a decir sus primeras palabras y a expresar sus necesidades. Esto puede generar dudas en los padres, que lo notarán más desafiante y firme en sus deseos, no obstante, es una parte normal del desarrollo. Se consolida el vínculo entre el niño con los padres o cuidador principal. Es importante que ya en este periodo el niño comprenda que el cuidador puede irse pero que después volverá, permitiendo con esto mayor independencia.

En esta etapa muchas veces aparece la frustración en los niños, pues existen nuevos intereses y desafíos que no siempre puede lograr. Se recomienda que los padres mantengan límites claros y consistentes y que intenten que el niño no se enfrente a situaciones que le generen mucha frustración, ayudarlo cuando sea posible, siempre con paciencia, amor y claridad. El niño debe sentir que siempre sus cuidadores principales son una “base segura”.

La duración de esta visita es de 20 minutos para los 15 meses y de 30 minutos para los 18 meses (incluye tiempo de administración de tamizaje del desarrollo).

Los objetivos de los controles de salud en esta etapa son:

- Orientar a los padres y cuidadores sobre dudas que presenten del desarrollo integral y crianza respetuosa de niños.
- Fomentar hábitos de vida saludable (alimentación y actividad física).
- Promover la estimulación del desarrollo y pesquisar niños con posible desviación del desarrollo típico.
- Promover la higiene bucal y realizar un examen de la cavidad oral.
- Prevenir accidentes.
- Detectar a las familias que presenten factores de riesgo para el desarrollo infantil y vincularlas con instancias de intervención.

#### ANAMNESIS Y VALORACIÓN PSICOSOCIAL

- Revisar los antecedentes médicos en la ficha médica e información de los controles de salud anteriores.
- Preguntar si ha habido estresores importantes desde la última consulta y revisar el patrón alimentario: Dieta habitual, tipo de leche consumida, volumen, comidas e incorporación en la mesa familiar, horarios de comida, si bebe agua potable u otros líquidos, textura de la comida (molida, picado, entero), consumo de sal y azúcar, sobre el uso de mamadera o chupetes, sobre el lavado de dientes, cuántas veces al día.
- Factores de riesgo.
- Horarios de sueño y alimentación.
- Erupción dentaria y cuidado de los dientes.

- Actividad física y tiempo diario destinado a acciones activas.
- Indagar si la madre, padre y/o cuidadores principales tienen dudas respecto a la audición y visión del niño u otra preocupación sobre el desarrollo de su hijo.
- Manejo de la frustración (pataletas o berrinches), frecuencia e intensidad.
- Preguntar si el niño acude a la guardería; si no es así, indagar quién lo cuida la mayoría del tiempo.
- Revisar si las indicaciones y acuerdos entregados el control anterior fueron llevados a cabo de acuerdo a cada niño.
- Revisar si se hizo test del piecito, otoemisiones acústicas y evaluación oftalmológica.
- Revisar registro de inmunizaciones y preguntar algún tipo de reacción adversa.

## EXAMEN FÍSICO

Antes de comenzar la inspección física del niño se debe observar cómo la madre, padre y/o cuidador se dirige al niño; la forma que lo toma, desviste y habla al niño.

- Evaluar si los padres o el cuidador responden adecuadamente al llanto del niño y si logran calmarlo y consolarlo.
- Evaluar si el niño busca a la madre en los momentos de estrés y por otro lado es capaz de jugar/explorar en los momentos tranquilos de la consulta (12-13 meses).
- Observar cómo se relaciona el niño con sus padres, si se muestra independiente o muy apegado a ellos.
- Si asisten ambos padres, observar el respeto y el modo de interacción entre ellos, si se hablan con cariño, si están de acuerdo, etc.
- En el examen físico el énfasis debe estar puesto en:
  - **Cabeza:** Presencia de fontanelas, tamaño y tensión.
  - **Piel:** evaluar presencia de hemangioma o angiomas de línea media o periorificiales, manchas café con leche o hipocrómicas, nevos.
  - **Boca:** Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de las mejillas, dientes, encías, lengua y piso de la boca, evaluar labios erupción de dientes incisivos, caninos, primer molar (superior e inferior).
  - **Ganglios:** Presencia de adenopatías asociadas a palidez, petequias o equimosis, hepato y esplenomegalia que hagan sospechar neoplasia.
  - **Cardiopulmonar:** Realizar auscultación pulmonar y cardiaca. Búsqueda de cardiopatías congénitas cianóticas (al amamantar o hacer esfuerzos) y no cianóticas. Evaluar pulmones y pulsos periféricos (deben estar simétricos).
  - **Genitoanal:** Características de los genitales (femeninos y masculinos).
  - **Oftalmológico:** Evaluar rojo pupilar presente y simétrico, estrabismo, para esto es importante realizar el test de Hirschberg y en caso de duda cover test (ver en Anexo 12). Motilidad ocular, simetría, tamaño de globos oculares, actitud visual.
  - **Ortopedia:** Marcha sin claudicación, genu varo fisiológico hasta los tres años, también puede aparecer genu valgo, ambos sin asimetrías.
  - **Auditivo:** Realizar otoscopia, preguntar reacción frente a los ruidos.

- **Evaluar** hitos y señales de alarma del desarrollo (ver Anexos 1 y 2).
- El examen neurológico debe incluir:
  - **Evaluación del tono y movilidad:** Descartar la hipotonía o hipertonía, marcada ausencia de clonus y/o hiperreflexia.
  - **Simetría** en la movilización de extremidades o en los reflejos.
  - **Debe** existir simetría caminando y corriendo.
  - **Revisión** reflejo cocleopalpebral y aquiliano simétricos.
  - **Ausencia** de reflejos arcaicos.
- La antropometría incluye:
  - **Medición** de peso, longitud y perímetro cefálico.
  - **Evaluar** simetrías en general del cuerpo y cabeza.
  - **Cálculo** de edad corregida en prematuros.
- Identificación temprana de sospecha de maltrato:
  - **Presencia** de fracturas inexplicadas, equimosis y quemaduras.
  - **Sospecha** de abuso sexual cuando se observan laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen en niñas. Es importante la revisión completa del niño.

## PROCESO DE DIAGNÓSTICO

1. Diagnóstico del desarrollo biopsicosocial, desarrollo adecuado, riesgo o rezago, sospecha de desviación del desarrollo: Para este diagnóstico se deberán utilizar a) la tabla de interpretación clínica del DIT y b) Tamizaje del desarrollo PRUNAPE.

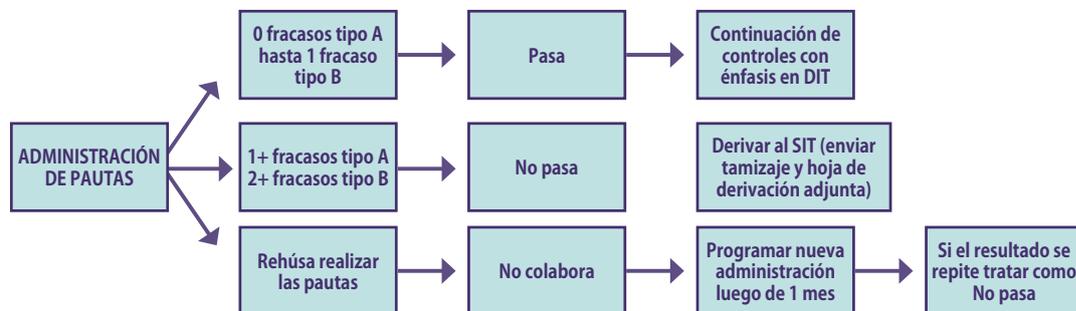
### a. Tabla de interpretación del DIT.

CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Sospecha de Desviación del Desarrollo Típico.	Presencia de signo de alarma de hitos del desarrollo y/o Preocupación de los padres y/ o cuidador principal.	Administración de tamizaje del desarrollo*. <b>1.</b> Si no pasa: a. Realizar un plan de intervención en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes. b. Controlar y repetir tamizaje al mes. c. Si persiste sospecha, referir para evaluación del desarrollo al SIT. <b>2.</b> Si pasa: Continuar controles (ver cronograma).



CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Riesgo o rezago.	No cumple un hito del desarrollo, excluir el que corresponde a la alarma (se aplica solo a mayores de 2 meses).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un plan de intervención sobre áreas de mejora identificada(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.</li> <li>2. Entregar indicaciones sobre estimulación.</li> <li>3. Actividades educativas sobre estimulación en el área identificada.</li> <li>4. Seguimiento del plan de intervención en VD.</li> <li>5. Reevaluaciones del niño en USF según cronograma.</li> </ol>
	Hitos se cumplen y pasa examen neurológico, pero hay presencia de factores de riesgo psicosocial y/o biológico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un plan de intervención sobre el(los) factor(es) de riesgo identificado(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.</li> <li>2. Educación a la familia y otros actores del contexto del niño sobre actividades de estimulación en la(s) área(s) afectada(s).</li> <li>3. Controles en USF o VD (se recomiendan controles mensuales durante 3 meses aproximadamente según problemática).</li> </ol>
Desarrollo adecuado.	Cumple con hitos y no hay señales de alarma.	Estimular y reconocer al cuidador principal para continuar con las indicaciones propias de cada control (según la edad).

**Fuente:** Elaboración propia en colaboración con Bedregal, P. con base en Cuadros de Procedimientos de AIEPI (2014).  
 \* Flujograma de Tamizaje PRUNAPE.



**b. Tamizaje del desarrollo:** PRUNAPE (ver Anexo 5) a los 18 meses, y si el niño presenta sospecha de desviación del desarrollo en la Interpretación clínica del DIT.

- Diagnóstico Nutricional: (eutrofia, riesgo de desnutrición, desnutrición sobrepeso u obesidad). Situación de lactancia materna (recibe o no).
- Diagnóstico de problemas de salud del niño detectado.
- Diagnóstico de problemas de salud de la madre y la familia (detectados).
- Diagnóstico de problemas socioambientales detectados.

## INDICACIONES PARA PROBLEMAS MÁS COMUNES RELACIONADOS AL DIT

- 1. Problemas del desarrollo biopsicosocial.** Sospecha de desviación en el desarrollo (por interpretación clínica del DIT), realizar tamizaje del desarrollo (PRUNAPE) en USF y seguir flujograma de acción en Anexo 5. Siempre adjuntar formulario de derivación en Anexo 10 al resultado del tamizaje para referir al SIT.  
Riesgo o rezago (ver conducta en tabla de interpretación clínica del DIT).  
Desarrollo adecuado (ver conducta en tabla de interpretación clínica del DIT).
- 2. Problemas nutricionales.** Ver en Anexo 7: Verificar si presenta malnutrición, del cuadro de procedimientos AIEPI.  
**Anemia:** Ver en Anexo 7: Verificar si presenta anemia, del cuadro de procedimientos AIEPI.
- 3. Problemas de salud del niño.**
  - **6 o más manchas café con leche, tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1 o efélides (pecas) en región de axilar o inguinal:** Derivar a neurólogo infantil por sospecha de neurofibromatosis tipo 1.
  - **Presencia** de hemangiomas en línea media o periorificiales en pliegues o zona del pañal o son múltiples (más de 5), derivar al dermatólogo o neurólogo, por asociación con otras malformaciones.
  - **Rojo pupilar alterado, asimetría ocular, estrabismo, alteración de visión, aplicación de test de Hirschberg, cover test y Tumbling E (ver Anexo 12), nistagmus, ptosis palpebral, otros problemas oculares:** Derivación urgente a oftalmología.
  - **Estrabismo fijo de un ojo:** Derivación a oftalmología. Los estrabismos intermitentes son considerados normales hasta los 6 meses, por procesos madurativos de la mus-

culatura que da sustento al ojo, sin embargo, cuando son fijos pueden ser indicadores de patología subyacente que puede ser de gravedad.

- **Alteración en visión (aplicación de test Snellen, Hirschberg y cover test):** Derivar a oftalmólogo para evaluación visual completa.
- **Sospecha de hipoacusia:** Derivar a otorrinolaringólogo. Recordar que la intervención precoz de los niños con hipoacusia mejora el pronóstico en relación con el lenguaje y la comunicación futura.
- **Macro o microcefalia:** Derivar al neurólogo infantil.
- **Niños que roncan con pausas (apneas) respiratorias:** Derivar a otorrinolaringólogo para evaluación. Las apneas durante el sueño generan una falta de oxigenación que puede manifestarse clínicamente como niños irritables, hiperactivos, malos para alimentarse y que andan cansados durante el día. Esto también puede repercutir en su aprendizaje.
- **Alteraciones en el examen de cavidad oral:** Caries o gingivitis. Reforzar hábitos de cepillado de dientes dos veces al día, retirar mamadera nocturna, no consumo de dulces. Derivar a odontólogo.
- **Sospecha de maltrato o abuso:** Contactar al servicio Fonoayuda (número 147) de la Secretaría de la Niñez.
- **Tiene hipotiroidismo, fenilcetonuria o fibrosis quística:** Ver conducta en cuadro de procedimiento AIEPI.
- Otros problemas médicos o alteraciones al examen físico: Evaluar y tratar según cuadro de procedimientos AIEPI. Eventualmente derivar según corresponda.

#### 4. Problemas de salud de la madre y la familia.

**Dificultad con comportamiento y normas de crianza:** Se sugiere incorporarse al taller sobre pautas de crianza descrito en el siguiente capítulo, según la posibilidad de cada familia. Ante problemática más compleja debe existir un plan de trabajo específico para la familia.

5. **Problemas socioambientales detectados.** Diseño de Plan de Intervención individualizado y/o comunitario sobre problemas detectados, y su seguimiento correspondiente en USF. Dependiendo del problema específico, este plan de intervención puede incluir talleres grupales de refuerzo en DIT, visita domiciliaria de intervención o derivación a servicios de la comunidad relacionados al problema identificado (organizaciones de la sociedad civil u organismos y entidades del Estado en su localidad).

### INDICACIONES PARA PROMOCIÓN DEL DIT

- **Alimentación.**
  - Seguir las indicaciones de la Libreta de Salud y las Guías Alimentarias del menor de 2 años. Adicionalmente referirse al Anexo 10 para consejos para la alimentación.
- **Hábitos.**
  - Reforzar la importancia de la participación activa del padre en el cuidado de los niños y seguir las recomendaciones siguientes.
  - Incentivar la actividad física diaria a través del juego.

- Indicar que a esta edad no debieran usar chupete ni mamadera. Hacer un plan de retiro en caso de utilizarlos.
- Desaconsejar el uso de la televisión y computadora hasta los dos años.
- Baño diario con uso ocasional de jabón hipoalergénico, nunca dejar solo en la tina.
- Enseñar hábitos de aseo: Cepillado de dientes y lavado de manos previo a cada comida y después de haber ido al baño (si ya lo está haciendo). El cepillado de dientes se recomienda dos veces al día ayudado por un adulto. Sin pasta dental.
- **Prevención de accidentes.** En la Libreta de Salud usted encontrará aspectos fundamentales para la prevención de accidentes.
  - Acordar acciones concretas según la realidad del hogar de cada familia para aumentar la seguridad.
  - Si hay cualquier fuente que contenga agua por sobre 2 cm, deben tener una reja cerrada o estar cubierta. Nunca dejar a los niños solos jugando con agua.
  - Desaconsejar el ingreso a la cocina.
  - Usar silla de auto mirando hacia adelante.
  - No dejarlo solo en lugares donde pueda trepar o en cercanía de ventanas sin protección (malla) y poner rejas en escaleras.
  - Calzado adecuado para caminar: Zapatos por debajo del tobillo, plantilla plana y flexible, punta redondeada para dedos libres con buen apoyo, de tamaño correcto (que sobre 0.5 a 1.5 cm). Botas por encima del tobillo con caño flexible. Un mal calzado favorece las caídas.
- **Ante la presencia de enfermedades prevalentes** utilizar cuadro de procedimientos AIEPI.
- **Estimulación del desarrollo.** Se presentan a continuación actividades de estimulación recomendadas para este grupo de edad en las diferentes áreas del desarrollo.
  - Dedicar un lapso de tiempo diario, cuando el niño esté tranquilo, para jugar con él.
  - El juego más apropiado siempre es aquel que le interesa más y evoca un afecto positivo (interés, sorpresa, alegría y excitación).
  - Fomentar la exploración de nuevos objetos y situaciones, a través de paseos al aire libre, o simplemente proveyendo al niño de objetos simples pero novedosos que no sean peligrosos (de la cocina, objetos naturales, objetos con diferente textura, etc.).
  - Fomentar la autonomía dejando que el niño elija qué objetos manipular y ayudándolo cuando sea necesario. Es importante que pueda disfrutar interesadamente en aquello que manipula, observa y pone a prueba.

## 12 a 18 meses.

**Motor grueso:** Poner música y bailar juntos. Jugar a las escondidas. Llevar a espacios abiertos y seguros para que corra.

**Motor fino:** Enseñarle cómo hacer torres de cubos. Estimular a que dibuje; preferir lápices de cera gruesos (no tóxicos) y hojas de papel grandes. Ofrecerle cajas de distintos tamaños y pedirle que le ponga la tapa correctamente. Enseñarle a encajar distintas figuras en un tablero. Cortar pequeños hoyos en un tablero de cartón y enseñarle a enhebrar un cordel (cordón de zapatos) por los hoyitos. Ofrecerle papeles y periódicos para que los rompa.

**Lenguaje:** Leerle libros, estimularlo a que toque las figuras mientras las llama por su nom-

bre. Los niños se interesarán con imágenes de personas o animales, y con los tonos de voz estimulantes y lentos, no importando el contenido. Aprovechar actividades rutinarias para enseñarle el significado de las palabras: Las partes del cuerpo durante el baño, las prendas de ropa al vestirse, alimentos durante la comida. Enseñarle a reconocer distintos sonidos: Animales, teléfono, timbre, etc.

**Pequeño ayudante:** Subirlo en brazos y enseñarle a prender y apagar el interruptor de la luz. Ofrecerle objetos de la cocina (fuera de la cocina, por seguridad) como ollas, sartenes, cucharas de madera, tazas, para que juegue. Pedirle que ayude a colocar objetos en el basurero. Pasarle un poco de plastilina (no tóxica) para que juegue o una cuchara para que revuelva.

**Juego interactivo:** Fabricar un carretón con una caja de zapatos y cordel para que el niño arrastre y más adelante coloque objetos dentro de la caja. Ofrecerle un bolso con artículos para que acarree por la casa. Fabricar una carpa con sábanas o mantel y sillas, para que se esconda y juegue en su interior. Durante el baño colocar diversos objetos en el agua para que el niño experimente con la flotabilidad. Enseñarle a soplar y ofrecerle un remolino, acercar objetos con olores placenteros para que los huelga (flores, frutas, etc.). Son buenos juguetes a esta edad las muñecas suaves y grandes, pelotas de plástico, juguetes interactivos que suenan y los libros coloridos.

### 18 a 23 meses.

En esta etapa aparecen capacidades como la atención conjunta (atender un mismo asunto por parte del niño y un adulto), el juego simbólico, los avances en locomoción y psicomotricidad, y la creciente capacidad del niño de comprender claves sociales en los demás, así como coordinar de manera más compleja su conducta. Por otra parte, el menor comienza a mostrar capacidades lingüísticas y sociales tempranas que pueden ser favorecidas a través del juego y la interacción sensible.

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

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

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

**Cognitivo:** Concepto de números: Contar diversos objetos cotidianos (escalones, zapatos, botones, cubos, etc.).

**Clasificación:** Ofrecer distintos objetos para que el niño los separe por color, tamaño, etc. (por ejemplo, cajas de fósforos, tapas de botellas, pelotas). Tener distintas cajas para que el niño agrupe y guarde sus juguetes.

**Secuencias:** Utilizar actividades familiares para enseñarle el concepto de secuencia (por ejemplo, comer cereal. Primero necesito un plato, luego el cereal va dentro del plato, luego va la leche y finalmente se come).

**Concepto de espacio:** Introducir concepto de “arriba” y “abajo” (usando un juguete que le guste y mostrar su relación con la mesa).

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

**Juegos:** Incentivar juegos de imitación, que simule leer un libro, pasarle una escoba pequeña para que barra. Esconder utensilios para que el niño los encuentre y los guarde en un cajón. Sacar una figura de una revista y cortarla en dos, para que el niño la una como un puzzle; progresivamente aumentar el número de piezas del puzzle. Fomentar que el niño juegue con compañeros de su edad. Son ideales juguetes como tablero para encajar, pelota y libros.

### Promoción de desarrollo socioemocional

- Orientar y apoyar a la familia, y en especial a la madre o al cuidador principal, en la importancia del vínculo que se forma en los primeros años de vida. Reforzar la importancia de la participación activa del padre en el cuidado de los niños y seguir las recomendaciones siguientes.
- Dar orientación en el manejo de pataletas
- Ser afectuosos, reforzar sus logros, darle opciones, respetar sus momentos de juego, manteniendo horarios constantes de comida y sueño.
- Si existen otros hermanos o hermanas, favorecer el juego entre ellos y no tomar parte. Dejar que el niño dirija el juego y el cuidador lo siga.
- Es importante en esta etapa apoyar la creciente iniciativa infantil. Los niños en esta edad suelen buscar a sus cuidadores principales cuando quieren mostrar algo, y disfrutan compartiendo sus logros o descubrimientos. Poner atención y dar señales de interés en estas comunicaciones se asocia al desarrollo de un buen autoconcepto, mayor motivación de logro y mejor tolerancia a la frustración.
- Es recomendable fomentar su interacción con otros niños de su edad.
- Aconsejar a los padres que permitan y propicien que su hijo o hija dirija sus juegos y tiempo de juego, de acuerdo a sus propios intereses, siempre resguardando la seguridad del niño. Por ejemplo, permitir que elija los objetos que va a manipular y ayudarlo solo cuando sea necesario.
- Sentar las bases de un sistema de reglas positiva adaptadas a la creciente iniciativa y competencias del niño, a través del uso del lenguaje y de la comunicación activa.
- Organizar la casa para permitir la exploración no peligrosa es crucial, eso evitará retar y corregir innecesariamente a los hijos. El menor tiene que aprender qué lugares de la casa son para explorar y cuáles no, qué objetos son juguetes y cuáles no. Para lograr que el niño comprenda qué conductas no son apropiadas y cuáles deseos debe inhibir, los padres pueden:

- Ponerse a la altura del niño, mirarlo a los ojos y decirle: “no hagas…” con voz firme y grave, en un lenguaje muy concreto y con mensajes cortos.
- No usar frases incomprensibles para el niño.
- Reforzar y estimular las conductas deseadas y apropiadas con comentarios positivos, con sonrisas o con una conducta cariñosa o de satisfacción.
- También se deben repetir varias veces en forma consistente qué conductas se espera que el niño evite y no realice, para que puedan ser internalizadas.
- Estar atentos y supervisar con la mayor dedicación posible la exploración y actividad del niño, sobre todo cuando logra una marcha más estable. Esto permitirá que los padres dirijan y organicen sus actividades, eviten que lleve a cabo conductas peligrosas, tenga mayor autonomía y maneje de a poco su impulsividad.
- Recordar siempre que el castigo físico (ej. palmadas) tiene efectos emocionales negativos (frustración asociada a la interacción con los padres, temor confuso, desorientación) y no logra generar las conductas esperadas, sino solo frenar momentáneamente una conducta inadecuada. Por lo demás deteriora el vínculo afectivo con los padres y crea un modelo violento de cómo resolver problemas.
- Evitar celebrar o dar señales positivas ante conductas desadaptativas o inadecuadas que no se desean en el niño.
- Evitar contradicciones entre las reglas, explicaciones e instrucciones entre padre y madre, o padres y abuelos u otros cuidadores.
- No es recomendable dejar al niño solo cuando tiene una rabieta intensa o decirle que los padres se irán. Es más efectivo que los padres le pidan que diga lo que quiere, hablarle, sacarlo del lugar en donde está, distraer activamente su atención, proponer otra actividad o ayudarlo a calmarse.
- Entrenamiento para control esfínteres:
  - No hay una edad específica para comenzar el control de esfínteres, pero se desaconseja iniciar antes de los 18 a 24 meses (idealmente hacerlo luego de los 24 meses).
  - A pesar de que los meses de primavera o verano pueden ser más cómodos, no necesariamente debe comenzarse en este período.
  - Algunos signos que orientan si el niño está preparado son: Orina una gran cantidad de una vez y no muchas cantidades pequeñas, puede permanecer seco al menos dos horas, tiene movimientos intestinales regulares y predecibles, parece percatarse de que quiere orinar o eliminar deposiciones (ciertas caras, posturas o sonidos), puede bajar y subir su ropa interior, es capaz de obedecer instrucciones simples y quiere aprender.

### OTRAS ACCIONES

- Derivar a vacunación cuando corresponde según calendario correspondiente.
- Si no está registrado, registrar (registro identidad).
- Derivaciones a especialistas si corresponden.
- Llevar el registro de la actividad.
- Completar la Libreta de Salud de la niña y el niño.
- Citar al siguiente control según calendario.

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

Se observan nuevos logros como una mayor capacidad de pensamiento lógico, desarrollo de la memoria, mayor capacidad para organizar conductas complejas asociada al desarrollo de las funciones ejecutivas y cognitivas superiores; el aumento del rango y calidad de las interacciones sociales y nuevos logros asociados a una mayor autonomía (8, 9). En la etapa preescolar surge el interés por compartir con los pares y la exploración del mundo físico. Es la etapa en donde se van a desarrollar el sentido del logro, la iniciativa, así como la conciencia moral. Las crecientes capacidades lingüísticas le permiten al preescolar comunicar sus deseos y estados internos, a la vez que negociar sus planes e iniciativas con sus cuidadores.

Entre los dos y los tres años hay un importante oposicionismo, negativismo y aumento de la frustración (llamada “primera adolescencia” por algunos autores). Es importante poder anticipar esta etapa y acompañar a la familia, apoyándola en este proceso.

El crecimiento físico es más lento, lo que se acompaña de una disminución del apetito.

La edad que se recomienda la realización de los controles son a los 30, 36 y 48 meses. Estos incluirán la vigilancia del desarrollo y se aplicará un instrumento de tamizaje del desarrollo a los 30 meses.

Todos estos controles deben ser realizados por médico/licenciado en Enfermería/Obstetricia y su duración es al menos de 30 minutos.

Los objetivos de los controles de salud en esta etapa son:

- Orientar a padres y cuidadores en dudas que existan con relación al desarrollo y la crianza de los niños.
- Evaluar y promover el desarrollo integral del niño en su contexto familiar, considerando tanto el desarrollo psicomotor como el socioemocional.
- Fomentar estilos de vida saludable. Realizar ajustes a la alimentación del niño y a la cantidad y calidad de la actividad física, cuando sea necesario, adecuados a su edad.
- Detectar precozmente problemas de salud y generar las derivaciones necesarias para su correcto tratamiento y cuando sea posible recuperación.
- Promover la salud oral, prevenir activamente las caries y, en caso de daño instalado, tratar.
- Realizar acciones orientadas a disminuir el riesgo de accidentes dentro y fuera del hogar.

- Verificar que las inmunizaciones estén al día e indicar las inmunizaciones correspondientes a este período.

## ANAMNESIS Y VALORACIÓN PSICOSOCIAL

Los elementos básicos de la anamnesis en este grupo de edad se pueden revisar en los siguientes aspectos:

- Enfocar la atención en las inquietudes de los padres y poniendo énfasis en incorporar al niño realizándole preguntas sencillas.
- Se recomienda ir a buscar al niño a la sala de espera, saludarlo por su nombre y ponerse a su nivel para interactuar con él o con ella antes de ingresar al box. Saludar a la familia e identificarse por el nombre y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día.
- Iniciar la consulta preguntándole al niño como está y si tiene alguna duda o pregunta en un lenguaje amigable, cercano y adecuado a su edad.
- Luego complementar la información con aquella aportada por los padres o cuidadores principales. Preguntarles si ha habido alguna dificultad o enfermedad desde el último control. Incorporar al padre (si está presente) en forma activa, preguntarle cuáles son sus dudas en relación a su hijo (si no participa de manera espontánea).
- Evaluar el funcionamiento y bienestar de la familia. Preguntar si hubo estresores importantes desde la última consulta.
- Durante la anamnesis y el examen físico observar la relación entre la madre y el niño y también entre el padre y este (cuando esté presente). Prestar atención a las emociones verbales y no verbales expresadas por los cuidadores y por el niño, y el tipo de contacto establecido entre las partes.
- Si no lo han manifestado al inicio, preguntar por dudas o dificultades en relación con el desarrollo, independencia y comportamiento del niño, si tiene horarios establecidos, cómo está comiendo y cómo duerme. Preguntarles qué les gusta más de su hijo y si hay algo que les preocupe de él o ella.
- Preguntar la alimentación del niño.
- Preguntar por el número de comidas, su composición y variedad.
- Preguntar cuánta leche toma al día y su volumen. Preguntar si aún usa mamadera o chupetes (desaconsejar su uso).
- Si toma agua pura o si toma bebidas o jugos con azúcar.
- Preguntar si consume alimentos que contengan sal yodada.
- Actividad física diaria. Si sale todos los días de casa, si va a espacios de juego como plazas, si tiene dónde correr y jugar en casa, si juega juegos activos con otros niños, si asiste a jardín infantil o al colegio.
- Salud oral: Si lavan sus dientes, si se duerme con la mamadera en la boca, si toma líquidos azucarados.
- Preguntar cuál es la forma de poner límites y normas, si hay acuerdo entre los miembros de la familia y consistencia. Preguntar si ha presentado pataletas y cómo se manejan.
- Si ha logrado el control de esfínteres diurno y/o nocturno.

- Cuáles son las medidas de seguridad en su vida habitual: Silla de autos, prevención de quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas o fuentes de agua peligrosas.
- Si usa bloqueador solar a diario.
- Si asiste al jardín infantil o colegio. Si no asiste, quién se queda al cuidado del niño durante el día si la madre trabaja.
- Si ha presentado problemas en el jardín infantil o en el colegio.
- Si sienten que el niño ve y escucha bien. Si han recibido algún comentario de los profesores que pudiera indicar que el niño no vea o escuche bien (muy inquieto, no pone atención salvo que se siente adelante, se queja de no ver o no oír bien, no responde a las órdenes).
- Sobre factores de riesgo.
- Preocupación de los padres sobre el desarrollo de su hijo.

## EXAMEN FÍSICO

- Observar las formas de relacionarse cuidador-niño, al momento del ingreso a la sala, y durante el examen físico (quitarse y ponerse la ropa).
- También es importante observar cómo actúa frente a las preguntas que el profesional realiza al niño (si le deja hablar y expresarse).
- En el examen físico el énfasis en DIT debe estar puesto en:
  - **Piel:** Hemangiomas, manchas de nacimiento. Presencia de olor axilar.
  - **Cabeza:** Zonas de alopecia.
  - **Boca:** Realizar un examen bucal completo según lo descrito en capítulo de salud oral. Buscar maloclusión, ver tamaño de amígdalas.
  - **Ojos:** Realizar rojo pupilar, observar si existe estrabismo fijo (Test de Hirschberg) o variable (Cover Test), secreción ocular, epifora, asimetría de órbitas, nistagmus, trastornos de visión (Tabla de Tumbling E). (Ver Anexo 12).
  - **Tórax:** Presencia de botón mamario, auscultación de corazón en búsqueda de soplos y pulmón en búsqueda de patología pulmonar (hecha por un médico).
  - **Cardiovascular:** Controlar presión arterial (Ver Anexo 14).
  - **Genitoanal:** Ano, irritación o secreción anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, presencia de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. En niños: Presencia de testículos en el escroto, ausencia de líquido libre en escroto, fimosis (fisiológica hasta los tres o cuatro años), inflamación del glande o secreción de mal olor, masas palpables inguinales o escrotales. En niñas: Presencia de sinequias, secreción.
  - **Ortopedia:** Marcha sin claudicación, genu valgo es fisiológico hasta los 10 años (simétrico). Siendo mucho más notorio cerca de los tres a cuatro años, puede acompañarse de rotación de los pies (generalmente interna).
  - **Pie plano flexible** es normal a esta edad, pie plano rígido o flexible doloroso es anormal. Y debe ser derivado. En estos casos se puede recomendar andar descalzo en la arena, pasto o alfombra para fortalecer la musculatura del pie.
  - **Auditivo:** Si el control lo realiza médico o profesional entrenado realizar otoscopia,

- preguntar reacción frente a los ruidos.
- **Evaluar hitos** y señales de alarma del desarrollo (ver Anexos 1 y 2).
- El examen neurológico debe incluir:
  - Evaluación del tono y movilidad: Descartar la hipotonía o hipertonía marcada.
  - Ausencia de clonus y/o hiperreflexia.
  - Simetría en la movilización de extremidades o en los reflejos.
  - Debe existir simetría caminando y corriendo.
  - Revisión reflejo cocleopalpebral, aquiliano simétricos.
- La antropometría:
  - Medición de peso, talla y perímetro cefálico (hasta los 3 años).
  - Evaluar simetrías en general del cuerpo y cabeza.
- Identificación temprana de sospecha de maltrato:
  - Presencia de fracturas inexplicadas, equimosis y quemaduras.
  - Sospecha de abuso sexual cuando se observan laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen en niñas.
  - Es importante la revisión completa del niño.

## PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Diagnóstico del desarrollo biopsicosocial, desarrollo adecuado, riesgo o rezago, sospecha de desviación del desarrollo. Para este diagnóstico se deberán utilizar:

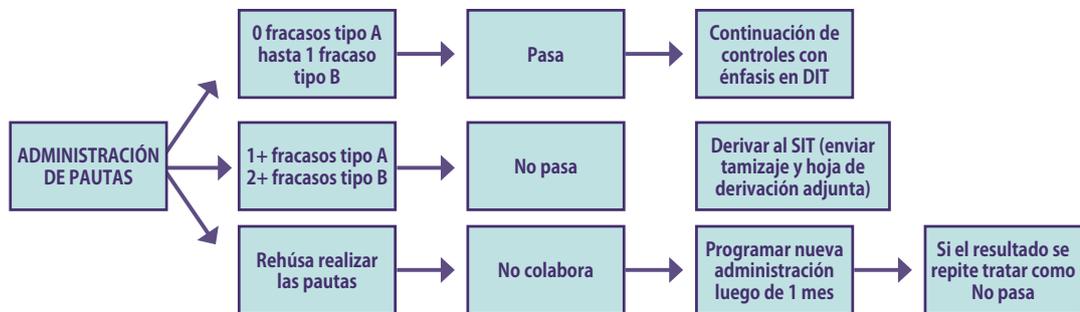
### a. Tabla de interpretación clínica del DIT.

CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Sospecha de Desviación del Desarrollo Típico.	Presencia de signo de alarma de hitos del desarrollo y/o Preocupación de los padres y/ o cuidador principal.	Administración de tamizaje del desarrollo. <b>1.</b> Si no pasa: a) Realizar un plan de intervención en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes b) Controlar y repetir tamizaje al mes c) Si persiste sospecha, referir para evaluación del desarrollo al SIT <b>2.</b> Si pasa: Continuar controles (ver cronograma)



CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Riesgo o rezago.	No cumple un hito del desarrollo excluir el que corresponde a la alarma (se aplica solo a mayores de 2 meses).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un plan de intervención sobre áreas de mejora identificada(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.</li> <li>2. Entregar indicaciones sobre estimulación.</li> <li>3. Actividades educativas sobre estimulación en el área identificada.</li> <li>4. Seguimiento del plan de intervención en VD.</li> <li>5. Reevaluaciones del niño en USF según cronograma.</li> </ol>
	Hitos se cumplen y pasa examen neurológico, pero hay presencia de factores de riesgo psicosocial y/o biológico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un plan de intervención sobre el(los) factor(es) de riesgo identificado(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.</li> <li>2. Educación a la familia y otros actores del contexto del niño sobre actividades de estimulación en la(s) área(s) afectada(s).</li> <li>3. Controles en USF o VD (se recomiendan controles mensuales durante 3 meses aproximadamente según problemática).</li> </ol>
Desarrollo adecuado.	Cumple con hitos y no hay señales de alarma.	Estimular y reconocer al cuidador principal para continuar con las indicaciones propias de cada control (según la edad).

**Fuente:** Elaboración Propia en colaboración con Bedregal, P. con base en Cuadros de Procedimientos de AIEPI (2014).



**b. Tamizaje del desarrollo: PRUNAPE (ver Anexo 5) a los 18 meses, y si el niño presenta sospecha de desviación del desarrollo en la interpretación clínica del DIT.**

Flujograma de Tamizaje PRUNAPE.

**c. Tamizaje.**

- Diagnóstico Nutricional: Eutrofia, riesgo de desnutrición, desnutrición sobrepeso u obesidad.
- Diagnóstico de problemas de salud del niño detectados.
- Diagnóstico de problemas de salud de la madre y la familia (detectados).
- Diagnóstico de problemas socioambientales detectados.

**INDICACIONES PARA PROBLEMAS MÁS COMUNES RELACIONADOS AL DIT**

**1. Problemas del desarrollo.**

- Sospecha de desviación en el desarrollo (por interpretación clínica del DIT), realizar tamizaje del desarrollo (PRUNAPE) en USF y seguir flujograma de acción en Anexo 5.
- Siempre adjuntar formulario de derivación (ver anexo 9) al resultado del tamizaje para referir al SIT.
- Riesgo o rezago (ver conducta en tabla de interpretación clínica del DIT).
- Desarrollo adecuado (ver conducta en tabla de interpretación clínica del DIT).

**2. Problemas nutricionales.** Ver: Verificar si presenta malnutrición, del cuadro de procedimientos AIEPI.

**Anemia:** Verificar si presenta anemia, del cuadro de procedimientos AIEPI.

**3. Problemas de salud del niño.**

- Si existen.
  - 6 o más manchas café con leche .
  - Tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1.
  - 2 o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o de cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de "saco de gusanos").
  - Efélides (pecas) en región de axilar o inguinal: Derivar a neurólogo infantil por sospecha de neurofibromatosis tipo 1.
- **Rojo pupilar alterado, alteración de visión, estrabismo, asimetría de órbitas, nistagmos, ptosis palpebral, otros problemas oculares:** Derivación urgente a oftalmología.

- **Estrabismo fijo de un ojo:** Derivación a oftalmología. Los estrabismos intermitentes son considerados normales hasta los 6 meses, por procesos madurativos de la musculatura que da sustento al ojo, sin embargo, cuando son fijos pueden ser indicadores de patología subyacente que puede ser de gravedad.
- **Alteración en visión (aplicación de test de Snellen, Hirschberg y cover test):** Derivar a oftalmólogo para evaluación visual completa.
- **Sospecha de hipoacusia:** Derivar a otorrinolaringólogo. Recordar que la intervención precoz de los niños con hipoacusia mejora el pronóstico en relación con el lenguaje y la comunicación futura.
- **Presión arterial sobre el percentil 90 (corregido por talla):** Citar para reevaluación de presión arterial según la tabla contenida en el Anexo 14 de toma de presión arterial.
- Niños que roncan con pausas (apneas) respiratorias: Derivar a otorrinolaringólogo para evaluación. Las apneas durante el sueño generan una falta de oxigenación que puede manifestarse clínicamente como niños irritables, hiperactivos, malos para alimentarse y que andan cansados durante el día. Esto también puede repercutir en su aprendizaje.
- **Alteraciones en el examen de cavidad oral:** Caries o gingivitis. Reforzar hábitos de cepillado de dientes dos veces al día, retirar mamadera nocturna, no consumo de dulces. Derivar a odontólogo.
- **Sospecha de maltrato o abuso:** Contactar al servicio Fonoayuda (número 147) de la Secretaría de la Niñez y Adolescencia.
- **Otros problemas médicos o alteraciones al examen físico:** Evaluar y tratar según cuadro de procedimientos AIEPI. Eventualmente derivar según corresponda.
- **Tiene hipotiroidismo, fenilcetonuria o fibrosis quística:** Ver conducta en Cuadro de procedimientos AIEPI.
- **Macro o microcefalia:** Derivar al neurólogo infantil.

#### 4. Problemas de salud de la madre y la familia.

Dificultad con comportamiento y normas de crianza: Se sugiere incorporarse al taller sobre pautas de crianza descrito en el siguiente capítulo, según la posibilidad de cada familia. Ante problemática más compleja debe existir un plan de trabajo específico para la familia.

#### 5. Problemas socioambientales detectados y falta de plan de trabajo para modificarla.

- Consensuar con la familia, visita por equipo del USF orientada a modificar los riesgos que sean modificables.
- Realizar un plan de trabajo personalizado, y cuando sea necesario,
- Realizar una reunión con el equipo de cabecera de análisis de caso.

### INDICACIONES PARA PROMOCIÓN DEL DIT

- **Alimentación.** Una alimentación saludable, adecuada y variada desde la temprana infancia permite mantener la salud y prevenir la desnutrición, la deficiencia de micronutrientes (como la anemia) o el exceso de peso. En los primeros años de vida la niña o el

niño adquiere las pautas de alimentación y hábitos saludables, por lo que es importante asegurar un buen inicio. El desayuno y la merienda deben estar compuestos por leche, yogur o queso. Es bueno combinar la leche con un cereal, como por ejemplo: Almidón de maíz, avena o panificado.

**En la media mañana es importante que la niña o el niño consuma un alimento nutritivo, fácil de digerir, como por ejemplo:** Frutas o 1 lácteo o 1 huevo duro entero bien cocido.

Es preferible consumir las frutas enteras, evitando el consumo de jugos azucarados.

El almuerzo y la cena cubren buena parte de los requerimientos nutricionales, ya que incluyen una mayor cantidad y variedad de alimentos en comparación con las otras comidas. Se recomienda que las comidas estén compuestas de:

- **Carnes, legumbres secas o huevo:** La carne es la principal fuente de proteínas de buena calidad, además aporta hierro, zinc y vitaminas del complejo B. Se deben ofrecer carnes magras (sin grasas visibles ni piel). Las legumbres secas (porotos, lentejas, garbanzos) o huevo pueden reemplazar a las carnes de 2 a 3 veces por semana combinadas siempre con un cereal (arroz o fideo o locro).
- **Cereales, tubérculos y derivados:** en este grupo se encuentran arroz, maíz, fideo, locro, harina de maíz o trigo o tubérculos (papa, mandioca y batata).
- **Verduras:** es importante ofrecer con las comidas verduras crudas en forma de ensalada.
- **Aceite vegetal:** Preferir el aceite de origen vegetal como girasol, maíz, soja o canola. No utilizar grasa de origen animal.
- **Sal yodada:** en poca cantidad, verificando que sea yodada para cubrir el requerimiento de yodo.
- **Hábitos.**
  - **Reforzar** la importancia de la participación activa del padre en el cuidado de los niños y seguir las recomendaciones siguientes.
  - **Fomentar** la actividad física al menos 30-60 minutos cada día.
  - **Fomentar** actividades en familia, para compartir, escuchar activamente los relatos del niño, favorecer la expresión de sus sentimientos. Disponer de un lugar aunque sea pequeño para él con sus juguetes, reforzar los límites y las consecuencias para las conductas inapropiadas.
  - **Fomentar** la autonomía progresiva, sugerir a los padres dar al niño espacios de libertad en los que pueda tomar sus propias decisiones, de acuerdo a sus gustos e intereses, por ejemplo sobre la ropa que se pondrá, a qué jugar, qué libro mirar, dónde salir a pasear, etc.
  - **Sugerir** a los padres estimular, motivar y enseñar a su hijo a tener conductas de autonomía y autocuidado, tales como lavarse los dientes, vestirse, orinar, comer solo, etc. Recomendar a los padres no transmitir inseguridad a su hijo cuando intenta hacer algo. Es importante transmitir confianza en él o ella.
  - **Recomendar** a los padres no transmitir ansiedad a su hijo cuando quedará a cargo de otra persona de confianza. El niño puede interpretar dicha ansiedad a que quedará expuesto a una situación de riesgo.

- **Higiene del sueño:** 8-13 horas de sueño diario. Se recomienda que después de lavar los dientes el niño se duerma en su cama o cuna entre las 20:00 y 21:00. La siesta va paulatinamente en disminución, desapareciendo en promedio alrededor de los tres años.
- **Tiempo** de televisión y pantallas restringido a menos de una hora diaria.
- **Apoyar y aconsejar** a la familia para que el niño logre el control de esfínteres, explicar que el control de esfínteres nocturno suele ser más tardío que el diurno y que existe un componente genético y madurativo de por medio. No se debe castigar ni ridiculizar al niño por mojar la cama. El control nocturno debe iniciarse una vez que haya logrado el control diurno.
- **Prevención del abuso y maltrato**
  - **Enseñar** a los niños a no conversar con extraños, seleccionar cuidadores de confianza, reforzar vínculos de confianza con los niños, enseñarles a decir que “no” frente a situaciones que lo incomoden, enseñarles que nadie debe pedirles mostrar sus genitales ni tocar sus genitales, salvo los padres o durante los controles de salud.
  - Ante la presencia de enfermedades prevalentes ver cuadro de procedimientos AIEPI
- **Estimulación del desarrollo.** Algunos aspectos generales son:
  - Fomentar asistencia a jardín infantil y a la escuela.
  - Incentivar la motivación de logro y la autonomía a través de juegos más complejos que impliquen secuencias o mayores desafíos a nivel psicomotor, en donde los padres pueden ayudar en la planificación del juego y en la medida en que el preescolar lo requiera.
  - Incentivar los juegos de roles con uso de la fantasía, basados en personajes y situaciones.
  - Criticar las conductas, pero no la identidad del niño cuando este no sigue normas o actúa impulsivamente, por ejemplo: “dejaste todo desordenado, debes recogerlo” y no “eres un desordenado”.
  - Fomentar actividades sociales en la casa o en el barrio con otros niños de su edad.
  - Hacerlo participar de decisiones simples que lo afectan, como qué ropa quiere ponerse, a dónde quiere ir a pasear, qué tipo de juego quiere llevar a cabo o qué cuento quiere leer. Esto desarrolla su sentido de la identidad, afianza gustos y evita frustraciones innecesarias.
  - Promover los juegos que son historias, con personajes y roles; juegos de pintar y dibujar, juegos con uso de la fantasía y la imaginación.
  - Promover juegos con reglas simples, cooperativos, ojalá con otros niños. Esto estimula el desarrollo de esquemas o guiones sociales, la estructuración de la propia iniciativa y el conocimiento de las reglas sociales.
  - Para el desarrollo del lenguaje se recomienda en esta etapa estimular la conversación espontánea con preguntas abiertas: ¿cómo te fue hoy?; no corregirlos demasiado; aprovechar cada oportunidad para enseñarles nuevas palabras; enseñarles nuevas canciones y hablarles claramente<sup>10</sup>. Se ha comprobado que en esta etapa la lectura

<sup>10</sup> Ministerio de Salud. Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud: Programa Nacional de Salud de la Infancia: Gobierno de Chile.

en voz alta con el niño y el modelamiento (leer frente a los hijos) estimulan el hábito lector y las habilidades verbales generales. La lectura al niño todos los días, por ejemplo al acostarse, es un muy buen estimulante del lenguaje.

### 1. Indicaciones específicas para los 2 años.

- Leerle libros en las noches; preferir ilustraciones grandes y con pocas palabras.
- Expandir el vocabulario del niño completando y enriqueciendo sus oraciones.
- Animar al niño a identificar diversos sonidos ambientales (agua corriendo, avión, ladrido, moto).
- Pedir que ayude con las tareas de la casa e instaurar progresivamente el concepto de orden.
- Tener un espacio para que juegue solo y tenga sus juguetes.
- A partir de los dos años se puede autorizar un tiempo restringido de pantalla, no más de una hora al día (televisión), con programas seleccionados y acompañado.
- Juguetes apropiados: Juegos de arrastre con ruedas, caballito, cajas con arena (con tapa), burbujas, disfraces, puzzle de tres o cuatro piezas, pelotas, autos, muñecas.

### 2. Indicaciones específicas para los 3 años.

- Enseñar a lanzar, atrapar y chutar la pelota.
- Enseñarle a saltar como conejo, caminar en punta de pies como pajarito, bambolearse como pato, deslizarse como serpiente, etc.
- Hablarle frecuentemente, usando oraciones cortas, con preguntas frecuentes y escucharlo en forma activa.
- Hablar durante las conversaciones diarias sobre los colores, números, tamaño y formas de los objetos.
- Incentivarlo a que invente un cuento, mostrándole figuras.
- Cantar canciones simples con el niño.
- Enseñarle su nombre y apellido.
- Enseñarle a respetar el orden, las reglas y los turnos.
- Continuar solicitando su ayuda en tareas de la casa, cada vez de mayor complejidad.
- Preferir prendas de ropa simples de vestir, como buzos, polerones o poleras, para que el niño aprenda esta rutina.
- Juguetes apropiados: Recipientes/tacitas que se puedan arrimar, puzzles de tres a seis piezas, lápices de cera, plastilina, pegamento, pinceles, stickers, títeres, figuras de animales, triciclo, tobogán.

### 3. Indicaciones específicas para 4 a 5 años

- Leerle cuentos y solicitarle al niño que ayude a contar la historia.
- Cuando el niño hable, nunca apurarlo con sus respuestas. No interrumpirlo, hablarle en tono relajado y pausar antes de responderle.
- Hablarle al niño sobre objetos que están dentro, fuera, abajo, sobre o al lado. Esto se puede hacer jugando a esconder un objeto adentro/encima/atrás de una taza.
- Mostrarle palabras en diversos formatos como revistas, etiquetas de envases, carteles en la calle.

- Solicitarle al niño que le entregue un mensaje corto hablado a otra persona.
- Enseñarle rimas y juegos con las manos.
- Darle oportunidades para que clasifique y cuente objetos (zapatos, juguetes).
- Estimularlo a que planifique actividades como una lista de compras simple.
- Si no entra al colegio, fomentar el juego con otros niños de su edad.
- Juguetes apropiados: Puzzle de 12 a 15 piezas, juegos de mesa, dominó, pegamento, lápices de cera, pintura, tijeras romas, titeres, bicicleta con rueditas, libros.

#### 4. Indicaciones entre 4 años y medio y 5 años

- Jugar al Monito mayor, imitando acciones como saltar en uno y dos pies, galopar, correr fuerte.
- Solicitarle que recorte con tijeras adecuadas cupones o imágenes de diarios o revistas.
- Buscar oportunidades para clasificar, agrupar, contar y secuenciar, por ejemplo, al poner la mesa, clasificar calcetines, ordenar sus juguetes.
- Ayudarlo a expresar emociones (por ejemplo, veo que tienes pena o rabia).
- Enseñarle a pedir por favor o pedir disculpas cuando juegue con otros niños.

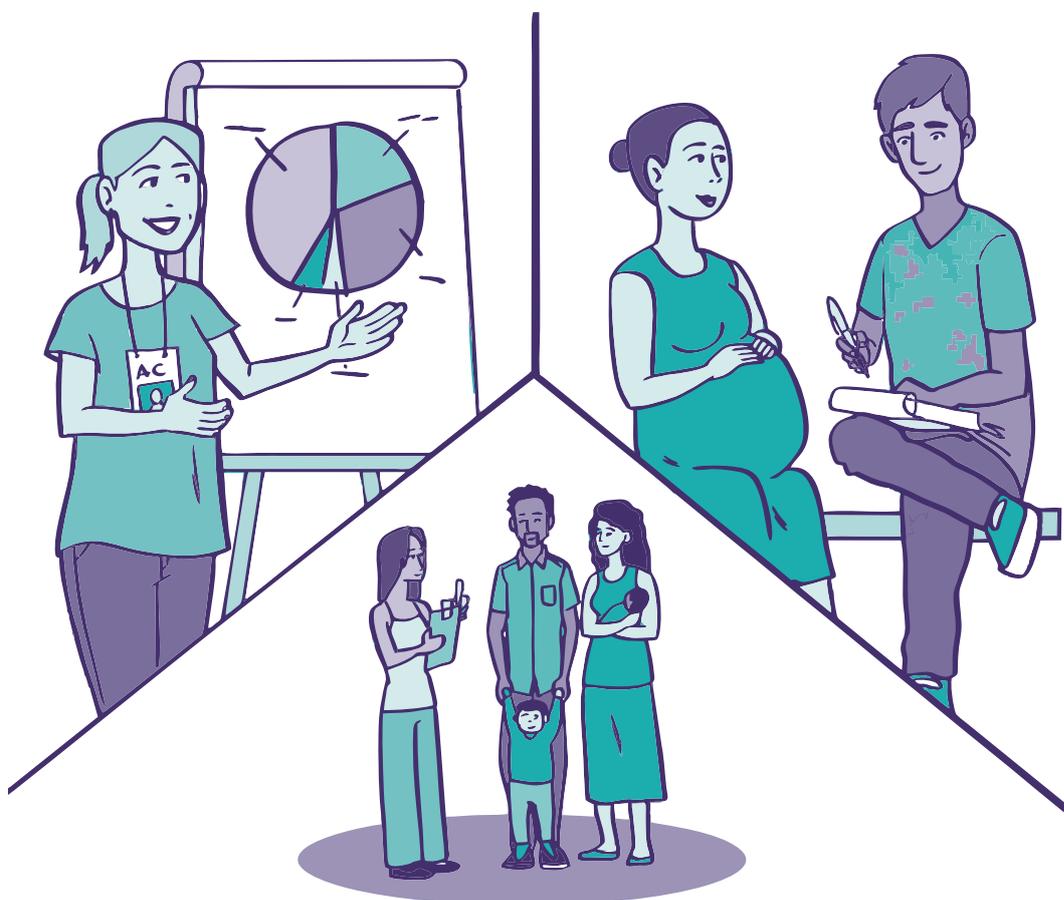
#### OTRAS ACCIONES

- Derivar a vacunación cuando corresponde según calendario correspondiente.
- Si no está inscripto en el Registro Civil, informar sobre el procedimiento requerido para hacerlo: Acudir al Registro Civil local con el certificado de nacido vivo. Si no tiene este documento, indicar que asista con dos personas, cada una con su copia de cédula correspondiente, para iniciar el proceso. Una vez obtenidos estos documentos, el niño debe ir con sus padres al Departamento de Identificaciones local para la emisión de la cédula de identidad.
- Derivaciones a especialistas si corresponden.
- Llevar el registro de la actividad.
- Completar la Libreta de Salud de la niña y el niño.
- Citar al siguiente control según calendario.



# 2

CAPÍTULO



## EDUCACIÓN GRUPAL PARA LA CRIANZA DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS

Además de las actividades educativas que realiza el agente comunitario, en esta sección se propone que los profesionales de la salud de las USF, en particular el/la licenciado/a en Enfermería/Obstetricia, realicen actividades educativas para grupos de riesgo. Las actividades grupales sugeridas implican trabajar al menos las siguientes temáticas:

### a. TALLER DE VÍNCULO PRENATAL

**Objetivo:** Experimentar encuentros materno-fetales durante el embarazo.

**Recuerde:** Vínculo prenatal madre-hijo es la capacidad que desarrolla la embarazada de ser sensible a las necesidades de su hijo, identificarlas y dar respuesta de manera oportuna.

Hay tres aspectos que son favorables para la conformación del rol materno:

1. Que el embarazo haya sido planificado, deseado y esperado.
2. Experimentar la experiencia del embarazo, aceptando los movimientos fetales y con posterioridad la aceptación del feto como persona.
3. Después del parto, reconocer al hijo, tocándolo y cuidándolo.

Estos tres aspectos son oportunidades para desarrollar esta función social, le permitirá generar un vínculo saludable con el hijo desde el período prenatal. El vínculo saludable implica que la madre es capaz de ser sensible a las necesidades del feto, percibe las señales que este le envía, las interpreta adecuadamente y genera respuestas adecuadas y sincrónicas con el niño.

Para generar un vínculo estable prenatal hay cuatro factores que son relevantes:

1. Tener una pareja estable y armónica (que sea un apoyo emocional).
2. Lograr un embarazo estable.
3. Vivir un embarazo y un parto normal.
4. Experimentar encuentros materno-fetales durante el embarazo.

Cualquier aspecto que altere alguno de estos factores se considera un riesgo para la generación de vínculo y por lo tanto del desarrollo infantil temprano.

### Estructura del taller

**Convocatoria:** La invitación a participar del taller se realiza desde la USF o bien a partir de las visitas domiciliarias. Se pueden construir grupos por sector de la comunidad, por edad gestacional o riesgos.

**Número de personas por actividad:** Se recomienda no más allá de 10 embarazadas. Esto dependerá de la disponibilidad de espacio físico.

**Lugar:** USF (sala de reuniones o espacio amplio) o sala en centro comunitario.

**Ambientación:**

Luz: Para establecer un ambiente relajado se requiere que haya luz tenue.

Olores: Facilita la relajación el olor a bergamota, geranio, melisa combinado con lavanda, jazmín, geranio, cítricos, melisa, eucaliptus, mejorana, manzanilla.

Insumos adicionales: Colchonetas o mantas para recostarse. Balón kinésico. Un reproductor de música, música de relajación.

**Primer encuentro:** El encuentro materno-fetal

**Acogida al taller:** La enfermera a cargo del taller realiza una breve dinámica de presentación entre las participantes y comenta el objetivo de la sesión, que es experimentar un encuentro con el hijo, en un ambiente relajado y protegido.

**Preparación del cuerpo:** en posición de pie con leve flexión de las piernas, las embarazadas realizan movimientos desde el centro de su cuerpo hacia afuera, soltando los brazos y la cabeza.

Gimnasia suave centrada en el movimiento de las articulaciones y elongaciones simples pélvicas, de piernas, brazos y músculos intercostales con el balón kinésico. Otra alternativa es hacer ejercicios pélvicos, de piernas y pies sobre la colchoneta.

Ejercicios de respiración y de coordinación flexionando brazos y piernas.

Cerrar con un ejercicio de relajación guiada. Recostada o sentada (la embarazada) con los ojos cerrados y con música ambiental apropiada, recorrer cada parte del cuerpo de la madre y terminar focalizando en las sensaciones que provoca el feto en la madre. Cómo se siente en el abdomen, en el tórax, en el resto del cuerpo.

Cerrar con pensamiento o sentimiento positivo que queramos darle a nuestro hijo.

La enfermera termina el taller explicando la relevancia del vínculo para el desarrollo infantil temprano. También puede señalar con figuras lo que pueden hacer los fetos y por qué es importante esto.

**Segundo encuentro (optativo):** El encuentro parental-fetal

Participan las embarazadas en conjunto con otro adulto significativo (esposo, pareja, madre, quien es un apoyo emocional en esta etapa).

**Acogida al taller:** La enfermera a cargo del taller realiza una breve dinámica de presentación entre las participantes y comenta el objetivo de la sesión, que es experimentar un encuentro con el feto, en un ambiente relajado y protegido.

Realizar un ejercicio de respiración y de coordinación flexionando brazos y piernas. (Lo realizan las duplas).

Con ojos cerrados la dupla se centra en imaginar al feto. Idealmente con un nombre imaginar un mensaje positivo para el feto. Luego compartirlo entre la dupla.

Finalmente con la embarazada recostada o sentada, ambos con una mano en el vientre, con los ojos cerrados por dos minutos, percibir el vientre materno. Luego compartir la experiencia.

Cerrar compartiendo en grupo las experiencias positivas vividas (emociones, sensaciones físicas) y las dificultades del ejercicio.

La enfermera termina el taller explicando nuevamente la importancia del vínculo y de generar espacios de conexión, conversación y experimentación mutua, compartiéndolo con nuestra pareja o adulto significativo.

Ambos tipos de encuentros se pueden repetir a los mismos grupos.

## **b. CUANDO LA LACTANCIA MATERNA SE ME HACE DIFÍCIL**

**Objetivo:** Apoyar a las madres que tienen dificultades sea por problemas de salud (física, emocional) o por ingreso al mundo laboral<sup>11</sup>.

### **Estructura básica del taller**

**Convocatoria:** La invitación a participar del taller se realiza desde la USF o bien a partir de las visitas domiciliarias. Se pueden construir grupos por riesgos, según la demanda.

**Número de personas por actividad:** Se recomienda no más allá de 10 mujeres. Esto dependerá de la disponibilidad de espacio físico.

**Lugar:** USF (sala de reuniones o espacio amplio) o sala en centro comunitario.

**Número de sesiones:** Dos (la primera en torno a los problemas de salud que hacen que mi lactancia no sea buena, y la segunda en torno al ingreso al mundo laboral)

### **Ambientación:**

**Luz:** Para establecer un ambiente relajado se requiere que haya luz tenue.

**Olores:** Facilita la relajación el olor a bergamota combinado con lavanda, jazmín, geranio, cítricos, melisa, eucalipto, mejorana, manzanilla.

<sup>11</sup> Si bien este taller ya está contemplado en el Programa de Lactancia Materna, por su relevancia, se insiste en incorporarlo dentro de las acciones de fortalecimiento de DIT.

Insumos adicionales: Colchonetas o mantas para recostarse. Un reproductor de música, música de relajación.

**Acogida al taller:** La licenciada en Enfermería/Obstetricia a cargo del taller realiza una breve dinámica de presentación entre las participantes y comenta el objetivo de la sesión que es apoyar una lactancia materna exitosa. Esto dura 5 minutos.

**Preparación del cuerpo y la mente:** en posición de pie con leve flexión de las piernas, las madres realizan movimientos desde el centro de su cuerpo hacia afuera, soltando los brazos y la cabeza. Se sugiere acompañar de un ejercicio simple de respiración consciente de manera de favorecer su concentración. Esto dura 5 minutos.

**Primera sesión:** Conversación en torno a las dificultades que se presentan para dar pecho. Hacer un ejercicio de lluvia de ideas (en pizarra). Luego el/la licenciado/a en Enfermería/Obstetricia organiza la información para dejar dos mensajes claros. Siempre se puede recuperar la lactancia. Los profesionales de la salud pueden colaborar para resolver dudas y problemas.

**Segunda sesión:** Conversación en torno al ingreso al mundo laboral y cómo fortalecer la lactancia en ese período. Hacer un ejercicio: en qué afecta a mi familia mi ingreso al mundo laboral (apoyos y riesgos). El licenciado en Enfermería/Obstetricia recoge las experiencias y las elabora positivamente. Finalmente cerrar si se requiere con una demostración de cómo extraer leche y guardarla.

### c. PROMOCIÓN DE PAUTAS DE CRIANZA

La parentalidad positiva es una forma de entender la crianza, como el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño<sup>12</sup>.

La organización Save the Children<sup>13</sup> sugiere diez principios básicos de la parentalidad positiva son:

1. LOS NIÑOS TIENEN DERECHO AL CUIDADO Y GUÍA APROPIADOS (Artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas).
2. LA PARENTALIDAD POSITIVA SE BASA EN: CONOCER, PROTEGER Y DIALOGAR CON LOS NIÑOS.
3. EL VÍNCULO AFECTIVO ES DETERMINANTE.
4. EL AFECTO DEBE DEMOSTRARSE ABIERTAMENTE PARA QUE LOS NIÑOS SE SIENTAN QUERIDOS.

<sup>12</sup> Rodrigo López M.J., Maiquez Chaves M.L., Martín Quintana J.C. Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias: Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales; 2010.

<sup>13</sup> Save the Children. 10 Principios sobre parentalidad positiva y buen trato. Recuperado a partir de: URL:[www.savethechildren.es/quieroquetequiero](http://www.savethechildren.es/quieroquetequiero).

5. LAS NORMAS Y LÍMITES SON IMPORTANTES: LES DAN SEGURIDAD.
6. LOS NIÑOS DEBEN PARTICIPAR EN EL PROCESO DE TOMAR DECISIONES Y SENTIRSE RESPONSABLES.
7. SE LES PUEDE SANCIONAR CUANDO SE PORTAN MAL, PERO NO DE CUALQUIER FORMA.
8. EL CACHETAZO, EL INSULTO, LA AMENAZA O LOS GRITOS NO SON EFICACES NI ADECUADOS PARA EDUCAR A LOS NIÑOS.
9. LOS CONFLICTOS PUEDEN RESOLVERSE SIN VIOLENCIA.
10. PARA QUE LOS NIÑOS ESTÉN BIEN, LOS PADRES TIENEN QUE ESTAR BIEN.

Los talleres de parentalidad siempre deben estructurarse en función de los intereses de los adultos, de manera que el orden en que se trabajen los contenidos dependerá de un acuerdo grupal. Se invita a participar a los cuidadores principales, padres y/o madres. Pueden asistir dos por familia.

**El lugar de las sesiones:** es la USF o un centro comunitario.

**El número de participantes:** No más allá de 8 familias (2 personas por familia). Tener considerada la opción de una guardería o alguien que cuide a los niños mientras se realiza el taller (puede ser un ACS o bien otro colaborador de la comunidad).

**Duración de la sesión:** 30 minutos.

**Ambiente:** Si puede incluir un refrigerio, mejor. También puede ser comunitario (se da al cierre de la sesión).

Los contenidos sugeridos mínimos son:

- La prevención de enfermedades (los signos y síntomas de las enfermedades prevalentes), cómo es mi niño enfermo, qué hacer<sup>14</sup>.
- Cómo hacer para que los niños se sientan amados y seguros.
- Cómo hacer para ayudar a que los niños se porten bien.
- Cómo estimular el desarrollo (puede elegirse algún dominio, suele haber problemas en motricidad fina y lenguaje).

#### **d. LA IMPORTANCIA DEL JUEGO**

La estimulación temprana del desarrollo en la promoción de DIT es fundamental. Esta deberá abordarse de forma lúdica y funcional considerando al niño en su totalidad, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y educativos; trabajando todas las áreas del desarrollo, motora, cognitiva, comunicación, socialización y autonomía personal.

<sup>14</sup> Mantener el contenido disponible mediante la estrategia AIEPI pero contextualizado a las prácticas de crianza. Una crianza positiva implica aprender a entender al niño enfermo, identificar esta situación y ayudarlo en su recuperación.

El juego es el primer lenguaje del niño. Por medio de la actividad lúdica los pequeños interactúan con los objetos, desarrollan sus sentidos, adquieren habilidades, expresan fantasías, sentimientos, se relacionan con otras personas, adquieren pautas de conducta, imitan. A través del juego interiorizan la realidad circundante y expresan su mundo interior. El juego ofrece indicadores para entender al niño y observar su evolución física y mental.

En el fortalecimiento de desarrollo el juego y los juguetes son elementos imprescindibles para llevar a cabo los programas de intervención con niños que tienen trastornos en su desarrollo o factores de riesgo.

**Primera sesión:** Presentación y acogida del grupo. Se presentan los miembros y sus expectativas.

El profesional presenta los temas que se pueden discutir y acuerdan en el grupo las prioridades.

En esta sesión también se dan a conocer las reglas del taller y acuerdos: La asistencia (todos cuentan), la importancia de la llegada a la hora y la confidencialidad en lo que se discuta personal en el encuentro.

Se cierra la primera sesión con una actividad que motive la participación posterior.

**Sesiones subsiguientes:** Siempre en conversación se extraen las preocupaciones de los adultos y luego se refuerzan aspectos vinculados a los tópicos en discusión<sup>15</sup>.

En cada sesión es importante restar 5 minutos para hacer una evaluación de la experiencia y recibir sugerencias de los participantes<sup>16</sup>. Es importante que una vez terminado un ciclo taller, se realice una evaluación en la USF sobre el éxito o no de la iniciativa y el aprendizaje logrado para mejorar la prestación.

<sup>15</sup> Hay algunos programas que muestran efectividad, como son los talleres "Nadie es Perfecto" (Nobody is Perfect) canadiense y adaptado en Chile. Programas de parentalidad desarrollados por PLAN Internacional, entre otros. Aspectos a considerar que favorecen el éxito: Pertinencia cultural, enfoque metodológico en educación de adultos y uso de técnicas de educación popular, grupos pequeños, dar espacio a compartir las vivencias en la crianza, las dificultades, valorar siempre al niño como único e irrepetible.

<sup>16</sup> Para la implementación de este taller se debe producir material contextualizado en Paraguay que permita el diálogo. Idealmente partir por una situación problemática en el tópico y desde ahí iniciar la discusión con los adultos.

# 1.

## ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN DE EQUIPO PARA ÉNFASIS EN DIT EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS

El equipo de salud debe trabajar en conjunto para que a partir de las acciones que cada profesional y agente comunitario realice con relación a DIT, se logre un plan consensuado para cada gestante o niño de 0 a 5 años, de manera que se garantice la continuidad del cuidado.

Para el logro de este objetivo se proponen las siguientes actividades:

1. Reunión para revisión de los nuevos recién nacidos o niños ingresados durante el mes a la USF. Precisar planes de acción para el niño y su familia con énfasis en DIT. En esta reunión participará todo el personal del equipo de salud de la familia. Para esta reunión se requieren fichas clínicas y hojas de registro de la USF correspondientes.
2. Reunión para la revisión de niños con riesgo de su desarrollo integral, para identificar o puntualizar el plan de acción. En esta reunión participará todo el personal del equipo de salud de la familia. Según los riesgos encontrados por los profesionales de salud, este plan de intervención individualizado puede incluir seguimiento de indicaciones en VD, inclusión en talleres de refuerzo en DIT, y/o articulación con otros servicios existentes en la comunidad que pueden beneficiar con la problemática específica.

Para esta reunión se requieren fichas clínicas y registros de la USF. Usar hojas de derivaciones si corresponde. Se recomienda también el uso del Sistema de registros georreferenciados de pacientes (SIG), para localizar casos críticos.

# 2.

## SISTEMA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS

### REGISTROS Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

El Equipo de Salud Familiar de cada USF velará por el cumplimiento de las normas que se refieran a la recogida, procesado, análisis y remisión de la información clínica, epidemiológica y de gestión necesarias para el control, evaluación y toma de decisiones relacionadas a la vigilancia DIT.

Los usuarios tendrán derecho a recibir información veraz y completa en todo lo relativo a su salud y a los procedimientos a que serán sometidos.

Los pacientes prestarán su consentimiento informado para la práctica de exploraciones y procedimientos que les sean indicados por el profesional responsable. Usted dispone de al menos tres tipos de registros en la actualidad:

1. Ficha Clínica del Paciente (DGIES): La ficha clínica es utilizada por profesional actuante involucrado en el área de atención de paciente en todos los servicios de salud. En ella se deberán también consignar los datos relacionados al DIT.
2. Los formularios de las USF incluyen ficha del censo familiar, informe mensual de APS, planillas de atención/dispensación, registro diario de consultas, planillas de detección y seguimiento, planilla de actividades de promoción y participación Aty. Estas serán utilizadas para el registro de actividades relacionadas con el DIT.

### 3. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN GEORREFERENCIADO

El personal de USF debe cargar datos que el SIG que se les solicita, si este programa se implementa en su localidad.

El Sistema de Información Georreferenciado (SIG) es una aplicación web que ofrece información de la oferta de servicios de salud, actualmente en el tema de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) y de la demanda de atención de las embarazadas sobre dichos servicios. Se implementa en las regiones sanitarias, cuyos usuarios son el personal sanitario perteneciente a cada red regional (Hospital Regional, Hospitales Distritales, Centros de Salud, Puestos de Salud, Unidades de Salud de la Familia). En la actualidad se encuentra en incorporación a la red de información el componente temático de Desarrollo Infantil Temprano, en el contexto de la atención integral del niño de 0 a 5 años. Contribuye al seguimiento activo del desarrollo infantil. El SIG se puede vincular con el sistema Código Rojo (valoración rápida para detectar expedientes en embarazadas y RN), lo cual apoyará el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales que por definición no se pueden evitar.

El SIG también está en condiciones de ofrecer información sobre la red de apoyo comunitario (transporte social, albergues, donantes de sangre, etc.) existente, así como información para la comunidad de la oferta de servicios de atención para la salud de la madre y del niño por cada establecimiento y distrito.

# ANEXO: HITOS DEL DESARROLLO

# 1.

ÁREAS	2 A 3 MESES	4 A 5 MESES	6 A 7 MESES
<b>Motor Grueso.</b>	<p>Prono: Levanta la cabeza a 45°.</p> <p>Supino: Levanta sus pies y patalea.</p> <p>Suspensión ventral: Cabeza en línea con tronco. Movimientos simétricos.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Colocar al bebé boca para abajo sobre la camilla o colchoneta y observar si levanta la cabeza en la línea media. Boca para arriba: Observar si patalea con los pies levantados y si los movimientos son simétricos.</p>	<p>Prono: Levanta la cabeza y tronco, apoyándose en antebrazos. Gira a supino (4 meses).</p> <p>Supino: Intenta sentarse y gira a prono (5 meses).</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sobre la camilla de examen poner al bebé boca para abajo y observar si levanta la cabeza y el tronco Boca para arriba, sujetando de las manos el bebé intenta sentarse.</p>	<p>En prono: Se mueve hacia adelante y atrás.</p> <p>En supino: Lleva los pies a la boca.</p> <p>Paracaídas lateral</p> <p>Sedestación: Se sienta sin apoyo por segundos o logra sentarse en posición de trípode.</p> <p>Flecta las rodillas con energía al ponerle de pie.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sobre la camilla de examen o la alfombra colocar al bebé boca para abajo y observar su movimiento Boca para arriba, estimular para que lleve los pies a la boca. Sentado, lateralizarlo repentinamente y el bebé extenderá defensivamente su brazo hacia el lado de la probable caída.</p>
<b>Motor Fino.</b>	<p>Sigue objetos pasado la línea media. Mantiene manos abiertas, las junta en línea media. Aprieta objetos.</p> <p><b>Para realizar la prueba:</b> Colocar a 30 cm de la cara sobre la línea media una esfera roja colgada de una cuerda y mover a la derecha e izquierda y observar si el niño sigue con la mirada. Poner en una de las manos un objeto: Animal de goma, y observar si junta ambas manos en la línea media apretando el objeto.</p>	<p>Sigue objetos con la mirada a 180°.</p> <p>Toma objetos colgantes, mueve un cascabel, se lleva objetos a la boca (4 meses). Golpea objetos contra la mesa.</p> <p><b>Para realizar la prueba:</b> Con el bebé boca arriba, colocar un objeto colgante y observar si lo mueve. Sentado: Ponerle objetos de goma o plástico en la mano y observar si lo lleva a la boca o golpea contra la mesa.</p>	<p>Toma objetos con la palma de la mano.</p> <p>Transfiere objetos de una mano a la otra.</p> <p>Coordina mano - pie - boca (7 meses)</p> <p><b>Para realizar la prueba:</b> Con el bebé sentado en el regazo de la mamá, poner sobre la mesa cerca de él objetos de goma o plástico y observar si los agarra con la palma de la mano y pasa de una mano a la otra y los lleva a la boca.</p>



ÁREAS	2 A 3 MESES	4 A 5 MESES	6 A 7 MESES
<b>Cognitivo.</b>	<p>Expresa interés y observa los cambios del entorno.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Con el niño acostado sobre su espalda, mover un juguete encima suyo y observar si mueve los brazos hacia él.</p>	<p>Responde al afecto y cambios en el ambiente. Expresa placer y desagrado.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle a la mamá o cuidador que lo mime o llame la atención y observar su reacción.</p>	<p>Explora el mundo a través de la vista y llevándose los objetos a la boca.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en el regazo de su mamá o cuidador colocar frente al bebé juguetes de plástico o goma y observar su reacción, si los agarra y lleva a la boca.</p>
<b>Comunicación.</b>	<p>Sonrisa social (debe estar presente a las 6 semanas máximo). Vocaliza algunos sonidos (ah, eh, ugh). Presenta distintos tipos de llanto y actitudes (hambre, malestar, cansancio).</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Con el bebé sentado o acostado hablarle cariñosamente haciendo gestos con la cara y observar su respuesta. Si no emite sonidos preguntarle a la mamá si en la casa lo hace. Preguntarle a la mamá o cuidador cómo se manifiesta cuando tiene hambre o sueño.</p>	<p>Se gira hacia el cascabel y hacia la voz. Dice "agú", gorgojea (4 meses) y hace sonidos con "rrr" (5 meses) de manera más expresiva y variada.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Acostado, mover por arriba de su cara un objeto móvil o sonajero y estimularlo con palabras suavemente y observar cómo responde.</p>	<p>Balbucea y vocaliza. Reconoce su nombre. Se gira a la voz.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Con el bebé sentado o acostado observar durante la consulta si balbucea espontáneamente o en respuesta a palabras o gestos, pidiendo a la mamá o cuidador acompañante que conversen y le llamen por su nombre.</p>
<b>Socioemocional</b>	<p>Sonríe en respuesta al estímulo de los padres. Reconoce a su madre. Se consuela a sí mismo, llevando sus manos a la boca.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Observar la interacción del bebé con su madre o</p>	<p>Sonrisa espontánea y se ríe a carcajadas. Se interesa por su imagen en el espejo. Reacciona diferente con extraños (5 meses).</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado o en brazos se le pide a la mamá o</p>	<p>Es sociable, interactúa con sus padres. Reconoce rostros familiares. Comienza a desconocer a extraños (7 meses)</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> se pregunta a la mamá o cuidador si reconoce</p>



ÁREAS	2 A 3 MESES	4 A 5 MESES	6 A 7 MESES
	cuidador (si reconoce a la madre, sonrío) o lleva las manos a la boca.	cuidador que interactúe amorosamente con su bebé para despertar sonrisa o carcajadas El examinador u otro adulto extraño para el bebé se acerca y él da vuelta la cara o se abraza fuerte a la mamá	a todas las personas de su entorno habitual y si ante la presencia de personas extrañas se abraza fuertemente a su mamá o cuidador

ÁREAS	6 A 7 MESES	8 A 9 MESES	10 A 12 MESES
<b>Motor Grueso.</b>	<p>Prono: Se mueve hacia adelante y atrás. Supino: Lleva pies a la boca. Paracaídas lateral (6 meses) Sentado sin apoyo por segundos (6 meses) Flecta las rodillas con energía al ponerlo de pie.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Colocar al niño sobre la camilla de examen o alfombra boca para abajo y estimularlo para que se balancee de delante, atrás, empujándolo ligeramente desde los talones. Boca para arriba: Con ligero estímulo observar si lleva los pies a la boca Sentado: Se le ladea hacia un lado y el bebé extiende los brazos hacia la posición adecuada para protegerse de la caída.</p>	<p>Se sienta estable (7-8 meses). Gatea o se arrastra (9 meses). Intenta sentarse estando en supino o prono.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentarlo sobre la camilla de examen o alfombra boca para abajo, sobre la alfombra con los brazos para adelante, colocar un juguete delante del bebé, apoyar con la palma de las manos la planta de los pies del bebé, flexionando y sujetando alternadamente sus piernas. Boca arriba o boca abajo observar si intenta sentarse.</p>	<p>Da primeros pasos con apoyo (10 meses) Paracaídas horizontal.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Poner al niño de pie sobre la alfombra y sujetándolo de la mano observar alentarlos a dar pasos Sujetar al bebé en posición boca para abajo, bajándolo repentinamente, él extenderá sus brazos como reacción defensiva.</p>



ÁREAS	6 A 7 MESES	6 A 7 MESES	6 A 7 MESES
<b>Motor Fino.</b>	<p>De pie, sujetándolo del tronco, con los pies apoyados en la camilla o alfombra, el bebé realizará movimientos de flexión y extensión de piernas. Toma objetos con la palma de la mano. Transfiere objetos de una mano a la otra.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la camilla de examen o sobre la alfombra colocar delante del bebé juguetes y observar si agarra con la palma de las manos y pasa de una mano a la otra.</p>	<p>Toma 2 cubos con pinza intermedia (término lateral). Golpea objetos entre sí. Busca objeto que cayó en silencio.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la camilla de examen o sobre la alfombra colocar 2 cubos rojos delante del bebé y observar si los agarra entre la palma de la mano y el pulgar y los golpea entre sí</p>	<p>Lanza objetos. Revuelve con cuchara. Pinza intermedia (10 meses).</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la camilla de examen o sobre la alfombra, colocar delante del bebé juguetes, taza y cuchara y observar si los tira y si revuelve con la cuchara.</p>
<b>Cognitivo.</b>	<p>Explora el mundo a través de la vista y llevándose los objetos a la boca.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado sobre la alfombra, colocar juguetes delante del bebé y observar su respuesta.</p>	<p>Desarrolla concepto de permanencia del objeto. Aprende juegos interactivos.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Mientras el bebé lo mira, esconda un juguete pequeño bajo un papel o tela y observe si el bebé lo encuentra.</p>	<p>Realiza acciones de autoayuda. Comprende conceptos simples de causalidad y efecto.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la alfombra poner a su alcance un sonajero para que lo tome, agite y repita la acción varias veces notando que hace ruido al moverlo. La madre o cuidador acerca su cara a la del bebé y este estira el cabello, cadena etc., provocando reacción del adulto.</p>
<b>Comunicación.</b>	<p>Balbucea y vocaliza. Reconoce su nombre. Se gira a la voz.</p>	<p>Dice disílabos (da-da, pa-pa, ma-ma) inespecíficos. Imita sonidos. Hace adiós con la mano y aplaude (9 meses). Entiende concepto del "no".</p>	<p>Dice la primera palabra (11 meses), dice papá específico. Apunta objetos con su dedo índice.</p>



ÁREAS	6 A 7 MESES	6 A 7 MESES	6 A 7 MESES
	<p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle a la mamá o cuidador que hable cariñosamente al bebé y observar si vocaliza. Sentado en la alfombra pedirle a la madre o cuidador que lo llame por su nombre y ver si responde. Sentado en la alfombra pedirle a la mamá o cuidador que hable fuera del campo visual del bebé y observar si busca la voz.</p>	<p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la alfombra o regazo de la madre o cuidador pedirle a la mamá que estimule la comunicación del bebé y que le pida que imite gestos (hacer adiós, aplaudir) Observar su reacción cuando toca un juguete y se le dice no.</p>	<p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle al bebé que señale algún objeto de su interés.</p>
<b>Socio-mocional.</b>	<p>Sociable, interactúa con sus padres. Reconoce rostros familiares. Comienza a desconocer a extraños (7 meses)</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Observar la interacción con su entorno.</p>	<p>Se muestra aprehensivo con extraños. Busca a sus padres como fuente de juego y resguardo. Ansiedad de separación.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la alfombra se pide a la mamá o cuidador que se aleje del bebé y observar su respuesta. Preguntar a los padres cómo reacciona el niño normalmente al separarse de ellos.</p>	<p>Siente miedo. Mirada preferencial a su nombre. Pide ayuda. Baila con rebote al son de la música. Coopera al vestirse y comer.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la alfombra, llamarlo por su nombre y pedirle a la mamá que le cante una canción de su preferencia. Coloque fuera de su alcance un objeto que haya llamado su atención y/o que esté manipulando, y observe si pide ayuda para alcanzarlo. Preguntar si ayuda para vestirse y comer, y si pide ayuda cuando lo necesita.</p>

ÁREAS	13 A 14 MESES	15 A 17 MESES	18 A 24 MESES
<b>Motor Grueso</b>	<p>Se sostiene de pie sin apoyo. Camina con apoyo de una mano. Trepas sobre muebles.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle a la mamá o cuidador que lo baje al piso parado y que lo haga caminar sujetándolo de una mano. Dejándolo solo, ver si trepa sobre sillas.</p>	<p>Camina solo, se agacha y endereza. Da pasos hacia atrás.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pararlo en el piso, tirar algún juguete y ver si camina y se agacha para alzarlo. Acercarlo a la puerta y estimular para que abra retrocediendo ayudándolo.</p>	<p>Sube escalones afirmado de la mano de un adulto.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Poner delante del bebé un escalera de 2 a 3 escalones y observar.</p>
<b>Motor Fino</b>	<p>Pone objetos dentro de una taza. Da vuelta varias hojas juntas de un libro. Pinza madura.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en una sillita poner sobre la mesita una taza y varios botones, mostrarle cómo introducir en la taza y ver si repite la acción. Observar si los botones agarra con la punta del pulgar y el índice Pasarle un libro de cuentos y observar cómo da vuelta las hojas.</p>	<p>Levanta una torre de 2 a 3 cubos. Bebe de un vaso. Hace rayas con un lápiz.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la mesita, poner delante de él 3 cubos rojos, mostrarle cómo apilar y observar si repite la acción Pasarle un vaso con agua y observar cómo lo agarra y bebe Pasarle una hoja blanca y un lápiz de papel, mostrarle cómo hacer rayas y observar si imita la acción.</p>	<p>Da vuelta una hoja a la vez de un libro. Levanta una torre de 3 a 4 cubos. Imita rayas con un lápiz. (BF 409).</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pasarle un libro de cuentos y mostrarle cómo pasar una hoja a la vez y observar si imita la acción Poner delante cuatro cubos rojos, mostrarle cómo apilar y observar si realiza la acción. Pasarle una hoja con rayas y un lápiz de papel, pedirle que copie las rayas.</p>
<b>Cognitivo.</b>	<p>Obedece órdenes con gestos. Identifica personas.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle que pase señalándole algún objeto. Preguntarle: ¿dónde está –cuidador(es) presente(s) en consulta)–?</p>	<p>Obedece órdenes sin gestos. Apunta una parte del cuerpo.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle que pase algún objeto (pelota, animal, etc.). Preguntarle dónde está su ... (parte del cuerpo)</p>	<p>Nombra 4 partes del cuerpo (PA 143).</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle que señale su ojo, nariz, boca, oreja.</p>

ÁREAS	13 A 14 MESES	15 A 17 MESES	18 A 24 MESES
	Preguntar a los padres si identifica a personas que conviven con él.		
<b>Comunicación.</b>	<p>Dice de una a dos palabras con sentido (no mamá ni papá). Jerigonza. Muestra y pide cosas apuntando.</p> <p>Dice "no" con la cabeza.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Observar durante la consulta si dice palabras espontáneamente; si no lo hace, preguntarle a su mamá o cuidador qué palabras familiares dice y cuáles.</p> <p>Poner a cierta distancia del niño algún objeto de su agrado (pelota, cuento, animales) y ver si apunta para pedirlos.</p> <p>Preguntarle a su mamá o cuidador si hace gesto de no con la cabeza</p>	<p>Dice de 3 a 5 palabras con sentido.</p> <p>Trae objetos para mostrarlos.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Alentar la interacción del niño con su mamá o cuidador y observar si dice palabras con sentido.</p> <p>Poner al niño independiente del escritorio con algunos juguetes delante y observar si trae para mostrarlos a su mamá o cuidador</p>	<p>Dice de 10 a 15 palabras con sentido.</p> <p>Imita sonidos del ambiente.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Preguntarle a la mamá o cuidador las palabras que dice habitualmente.</p> <p>Pedirle que imite sonidos de animales, moto, etc.</p>
<b>Socioemocional.</b>	<p>Persiste la ansiedad de separación.</p> <p>Imita acciones simples.</p> <p>Juego solitario.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle a la mamá o cuidador que salga un rato y observar su respuesta.</p> <p>Mostrarle y pedirle al niño que imite acciones (taparse los ojos, tirar besos).</p> <p>Preguntarle si le gusta jugar solo o comparte el juego.</p>	<p>Demuestra emociones: Da besos, siente empatía, siente vergüenza.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Observar si se muestra afectuoso con la madre o cuidador.</p> <p>Preguntar a la madre si el niño muestra vergüenza en algunas situaciones, en qué tipo de situaciones y cómo lo demuestra.</p>	<p>Ayuda en la casa.</p> <p>Se desviste.</p> <p>Usa bien la cuchara y el vaso.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Preguntar a la madre o cuidador si guarda sus juguetes, se saca la ropa, utiliza la cuchara para comer y el vaso para tomar líquidos.</p>

ÁREAS	2 AÑOS	2 ½ AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS
<b>Motor Grueso.</b>	<p>Lanza la pelota. Salta con dos pies. Chuta la pelota.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pasarle una pelota y pedirle que pase con las manos y después colocar delante de él en el piso y pedirle que chute. Mostrarle y después pedirle que salte con los dos pies</p>	<p>Corre y salta. Lanza la pelota.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Darle la pelota, colocarse a 90 cm del niño y pedirle que la lance. Observar si el niño puede lanzarla con la mano por encima del hombro. Preguntar si corre y salta.</p>	<p>Se para en un pie durante dos o tres segundos. Sube escaleras alternando pies. Salto vertical amplio. Anda en triciclo.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Preguntar si anda en triciclo, Sube escaleras alternando pies, y pedirle que se pare en un solo pie durante 2 o 3 segundos.</p>	<p>Salta en un pie dos o tres veces. Se para en un pie durante cuatro a ocho segundos. Salto largo (25-50 cm).</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle que se pare en un solo pie y contar los segundos. Poner marcas en el piso a 25 y 50 cm y pedirle que salte.</p>
<b>Motor Fino.</b>	<p>Levanta una torre de seis cubos. Imita línea horizontal.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la sillita poner sobre la mesita 6 cubos, mostrarle una vez cómo apilar y observar si realiza. Pasarle una hoja con una raya horizontal y pedirle que lo copie.</p>	<p>Imita línea vertical. Levanta una torre de ocho cubos. OJO dice que levanta una torre de 8 cubos tanto a los 2 y medio como a los 3 años.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la sillita poner sobre la mesita una hoja con una raya vertical y pedirle que lo copie Poner sobre la mesita 8 cubos y pedirle que levante una torre.</p>	<p>Copia un círculo. Imita línea vertical. Corta con tijeras. Levanta una torre de ocho cubos.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la sillita poner sobre la mesa una hoja con círculo y raya vertical y pedirle que lo copie. Pedirle que levante una torre de 8 cubos. Pasarle una hoja y tijera de papel y pedirle que lo corte.</p>	<p>Dibuja figura humana: Tres partes. Copia una cruz.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la sillita, poner una hoja blanca y lápiz de papel sobre la mesita y pedirle que le dibuje a mamá. Dibujar una cruz y pedir que lo copie.</p>



ÁREAS	2 AÑOS	2 ½ AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS
<b>Cognitivo.</b>	<p>Comprende órdenes en dos tiempos. Nombra una figura y apunta a cinco.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Pedirle que tome un juguete y lo guarde en un recipiente. Mostrarle una lámina con 5 figuras de elementos con los que él convive (perro, flor, pelota, gato, muñeca). Pregunte: "¿Dónde está el -objeto-?", y observe si apunta a por lo menos cinco.</p>	<p>Nombra todas las partes del cuerpo. Tiene amigos.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Señalar partes del cuerpo y preguntar al niño "¿Qué es esto?": Cabeza, brazos, piernas, manos, dedos, pies, panza, ojos, boca, nariz, orejas. Preguntar al cuidador si el niño tiene amigos de su edad o edades aproximadas con quien él prefiere jugar</p>	<p>Identifica su sexo.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Preguntar al niño si es niño o niña. La respuesta correcta debe ser la primera, es decir, si se trata de una niña preguntar "¿sos nena o nene?".</p>	<p>Adapta su comportamiento a la situación cultural. Sabe qué hacer en caso de frío, hambre o cansancio.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Observar si el niño responde al saludo, se sienta y responde, o sigue indicaciones del personal de salud Preguntarle al niño: ¿Qué haces cuando estás con frío? ¿Qué haces cuando estás cansado? ¿Qué haces cuando tenés hambre?</p>
<b>Comunicación.</b>	<p>Usa 50 palabras. Frases de dos palabras.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Conversar con el niño sobre él y cosas de su vida cotidiana, y observar estos</p>	<p>Lenguaje en un 50% comprensible. Frases de tres a cuatro palabras. Entiende dos verbos.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Conversar con el niño sobre él y cosas de su vida cotidiana, y ob-</p>	<p>Usa 200 palabras y pronombres. Lenguaje en un 75% comprensible. Logra una conversación usando dos a tres frases seguidas. Nombra dos colores.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Conversar con el niño, mostrarle al niño objetos de diferentes colores</p>	<p>Usa 300-1.000 palabras. Lenguaje 100% comprensible. Nombra cuatro colores. Entiende preposiciones. Define cinco palabras. Recita canción o poema de memoria.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Conversar con el niño, pedirle que nombre y señale 4 colores, preguntar</p>



ÁREAS	2 AÑOS	2 ½ AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS
	dos indicadores.	servar estos dos indicadores.	y preguntar de qué color es, para observar si reconoce mínimo 2 colores.	su música favorita y pedir que cante o recite. Darle un cubo y pedirle que coloque encima de la mesa, debajo de la mesa o enfrente del evaluador Decirle al niño: "yo voy a decir algunas palabras y quiero que me digas qué es". Ejemplo: Qué es: Banana, casa, techo, mesa, pelota (una palabra por vez). La definición será correcta si incluye cualquiera de los siguientes criterios: Forma, uso, material, categoría general
<b>Socio-mocional.</b>	<p>Come con cuchara y tenedor. Juego imaginario.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Sentado en la mesita colocar una taza con platito y una cuchara y jugar a tomar teté.</p>	<p>Se lava y seca sus manos. Se sube los pantalones. Siente miedo a los fenómenos naturales. Se lava los dientes con ayuda.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Preguntarle a la mamá o cuidador qué actividades de la vida diaria realiza (específicamente si se lava y seca las manos sin</p>	<p>Nombra a un amigo. Se viste con ayuda. Control diurno de esfínteres.</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Preguntar al niño el nombre de un amigo. Preguntar a la madre o cuidador si realiza esas acciones y ya avisa</p>	<p>Juega con otros niños, sigue reglas. Se viste solo (incluye botones). Se pone los zapatos. Identifica características personales (físicas, gustos).</p> <p><b>Para tomar la prueba:</b> Preguntarle a la mamá o cuidador qué tipo de juegos suele jugar con otros niños, y si se viste y se calza. Preguntar al niño</p>



ÁREAS	2 AÑOS	2 ½ AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS
		ayuda y si se sube solo los pantalones sin asistencia alguna) y si tiene miedo a la lluvia, trueno, relámpagos	para hacer pis durante el día	cuál es su comida favorita y qué es lo que más le gusta jugar.

**Fuente:** Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud de Chile con incorporaciones propias.

## 2.

# ANEXO: SEÑALES DE ALARMA

### 2 MESES

- No responde ante ruidos fuertes.
- No sigue con la vista a las cosas que se mueven.
- No les sonríe a las personas.
- No se lleva las manos a la boca.
- No puede sostener la cabeza en alto cuando empuja el cuerpo hacia arriba estando boca abajo.

### 4 MESES

- No sigue con la vista las cosas que se mueven.
- No les sonríe a las personas.
- No puede sostener la cabeza con firmeza.
- No gorjea ni hace sonidos con la boca.
- No se lleva las cosas a la boca.
- No empuja con los pies cuando le apoyan sobre una superficie dura.
- Tiene dificultad para mover uno o los dos ojos en todas las direcciones.

### 6 MESES

- No trata de agarrar cosas que están a su alcance.
- No demuestra afecto por quienes le cuidan.
- No reacciona ante los sonidos de su alrededor.
- Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca.
- No emite sonidos de vocales ("a", "e", "o").
- No rueda en ninguna dirección para darse vuelta.
- No se ríe ni hace sonidos de placer.
- Se ve rígido y con los músculos tensos.
- Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo.

### 9 MESES

- No se apoya en las piernas con ayuda.
- No se sostiene en las piernas con apoyo.
- No balbucea ("mama", "baba", "papa").
- No juega a nada que sea por turnos como "me toca a mí, te toca a ti".
- No responde cuando le llaman por su nombre.
- No parece reconocer a las personas conocidas.
- No mira hacia donde usted señala.
- No pasa juguetes de una mano a la otra.

## 1 AÑO

- No gatea.
- No puede permanecer de pie con ayuda.
- No busca las cosas que las ve esconder.
- No dice palabras sencillas como "mamá" o "papá".
- No aprende a usar gestos, como saludar con la mano o mover la cabeza.
- No señala cosas.
- Pierde habilidades que había adquirido.

## 18 MESES

- No señala cosas para mostrárselas a otras personas.
- No puede caminar.
- No sabe para qué sirven las cosas familiares.
- No copia lo que hacen las demás personas.
- No aprende nuevas palabras.
- No sabe por lo menos 6 palabras.
- No se da cuenta ni parece importarle si la persona que le cuida se va a o regresa.
- Pierde habilidades que había adquirido.

## 2 AÑOS

- No usa frases de dos palabras (por ejemplo, "tomo leche").
- No sabe qué hacer con cosas comunes, como por ejemplo un cepillo, el teléfono, el tenedor o la cuchara.
- No imita acciones o palabras.
- No sigue instrucciones simples.
- Pierde el equilibrio con frecuencia.

## 3 AÑOS

- Se cae mucho o tiene problemas para subir y bajar escaleras.
- Se babea o no se le entiende cuando habla.
- No puede operar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar una manija).
- No usa oraciones para hablar.
- No entiende instrucciones sencillas.
- No imita ni usa la imaginación en sus juegos.
- No quiere jugar con otros niños ni con juguetes.
- No mira a las personas a los ojos.

#### 4 AÑOS

- No puede saltar en el mismo sitio.
- Tiene dificultades para hacer garabatos.
- No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación.
- Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia.
- Rehúsa vestirse, dormir y usar el baño.
- No puede relatar su cuento favorito.
- No sigue instrucciones de 3 partes.
- No entiende lo que quieren decir "igual" y "diferente".
- No usa correctamente las palabras "yo" y "tú".
- Habla con poca claridad.
- Pierde habilidades que había adquirido.

**Fuente:** [Www.cdc.gov/pronto](http://www.cdc.gov/pronto)

## ANEXO: INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE RIESGOS Y FACTORES PROTECTORES DEL DIT EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS

# 3.

FACTOR	SÍ	NO
Madre sin control durante el embarazo.		
Embarazo menor de 18 años y/o mayor de 40 años.		
Enfermedad de transmisión sexual durante embarazo.		
Consumo de fármacos sin indicación médica durante el embarazo.		
Discapacidad física de la madre y/o cuidador principal.		
Consumo de tabaco durante el embarazo.		
Consumo de alcohol durante el embarazo.		
Consumo de drogas ilegales durante el embarazo.		
Consumo de tabaco por cuidador principal o miembro de la familia.		
Consumo problemático de alcohol por cuidador principal o miembro de la familia.		
Consumo de drogas ilegales por cuidador principal o miembro de la familia.		
Violencia intrafamiliar (física, psicológica).		
Madre, padre o cuidador principal privado de libertad.		
Integrante de la familia con antecedente de ser victimario en caso de maltrato infantil .		
Cuidador principal con menos de 8 años de educación y/o analfabeto.		
Ningún integrante de la familia con educación escolar completa.		
Cesantía del jefe del hogar.		
Vivienda precaria.		
Hacinamiento del grupo familiar.		
Cambios frecuentes de domicilio.		
Familia con dificultad para el acceso a USF.		
Familia desvinculada de otros beneficios (subsidios).		
Familia sin acceso a espacios culturales en su localidad.		
¿Pertenencia a comunidad indígena?		
Niños o niñas sin controles de salud al día.		

FACTOR	SÍ	NO
Niños o niñas sin vacunas al día.		
Niños o niñas sin registro civil.		
Ausencia de un cuidador estable.		
Prematuro (menos de 37 semanas de gestación o peso menor de 2.500 gramos).		
Niño/a con enfermedad congénita o crónica.		
Niño/a con antecedente de alteración de desarrollo psicomotriz.		
Niño/a con antecedente de malnutrición por exceso o déficit.		
Niño/a con discapacidad física.		
Niño/a con alteración del sueño/alimentación/actividad física.		
Niño/a víctima de maltrato (físico, psicológico), negligencia o abuso sexual.		
Niño/a con antecedente con de hermano víctima de maltrato (cualquier tipo).		
Niño/a con vivienda en malas condiciones (paredes, piso, luz, ventilación).		
Niño/a vive en contexto contaminado (basurales).		
Niño/a vive en contexto donde hay tráfico de drogas, prostitución, delincuencia.		
Niño con antecedente de asfixia neonatal.		
Niño con antecedente de convulsiones.		
Antecedentes de padres o familiares de primer grado con trastornos mentales o trastornos del espectro autista.		

**Fuente:** Elaboración propia con base en Paula B. et al.).

## ANEXO: INTERPRETACIÓN CLÍNICA DE LAS TABLAS EN ANEXOS 1 - 3:

# 4.

### PARA NIÑOS DE 0 A 1 MES 29 DÍAS

CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Sospecha de Desviación del Desarrollo Típico.	Pauta de evaluación del neurodesarrollo es muy anormal (4 puntos o más), macro o microcefalia o signos sugerentes de parálisis cerebral.	Derivar a neurólogo.
	Pauta de evaluación neurodesarrollo anormal (1 a 3 puntos) y/o preocupación del cuidador.	Referir para evaluación del desarrollo al SIT.
Riesgo o rezago.	Pasa pauta de evaluación neurológica, pero hay presencia de factores de riesgo psicosocial y/o biológico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un plan de intervención sobre el(los) factor(es) de riesgo identificado(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.</li> <li>2. Educación a la familia y otros actores del contexto del niño sobre actividades de estimulación en la(s) área(s) afectada(s).</li> <li>3. Controles en USF o VD (se recomiendan controles mensuales durante 3 meses aproximadamente según problemática).</li> </ol>
Desarrollo adecuado	Pauta de evaluación neurodesarrollo normal.	Estimular y reconocer al cuidador principal para continuar con las indicaciones propias de cada control (según la edad).

## PARA NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS

CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
Sospecha de Desviación del Desarrollo Típico.	Presencia señal de alarma y/o preocupación del cuidador.	Administración de tamizaje del desarrollo. <b>1.</b> Si no pasa: a) Realizar un plan de intervención en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes. b) Controlar y repetir tamizaje al mes. c) Si persiste sospecha, referir para evaluación del desarrollo al SIT. <b>2.</b> Si pasa: Continuar controles (ver cronograma).
Riesgo o rezago.	No cumple un hito del desarrollo, excluir el que corresponde a la alarma (se aplica solo a mayores de 2 meses). Hitos se cumplen y pasa examen neurológico, pero hay presencia de factores de riesgo psicosocial y/o biológico.	<b>1.</b> Realizar un plan de intervención sobre áreas de mejora identificada(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes. <b>2.</b> Entregar indicaciones sobre estimulación. <b>3.</b> Actividades educativas sobre estimulación en el área identificada. <b>4.</b> Seguimiento del plan de intervención en VD. <b>5.</b> Reevaluaciones del niño en USF según cronograma.
		<b>1.</b> Realizar un plan de intervención sobre el(los) factor(es) de riesgo identificado(s) en USF y en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes. <b>2.</b> Educación a la familia y otros actores del contexto del niño sobre actividades de estimulación en la(s) área(s) afectada(s). <b>3.</b> Controles en USF o VD (se recomiendan controles mensuales durante 3 meses)

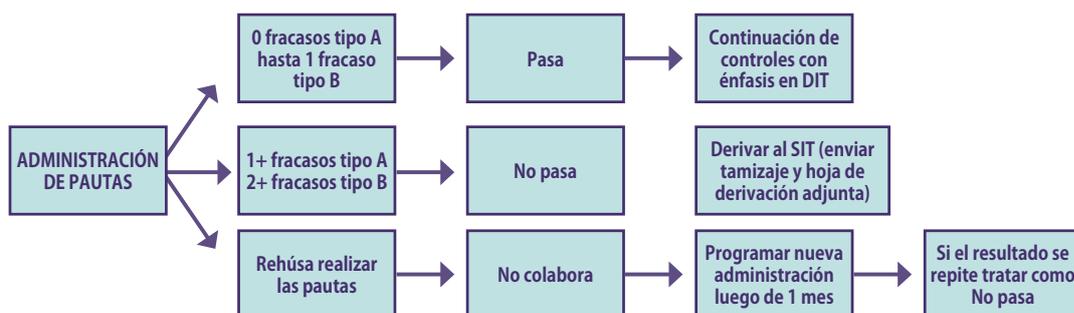


CLASIFICACIÓN	EVIDENCIA CLÍNICA	CONDUCTA
		aproximadamente según problemática).
Desarrollo adecuado	Cumple con hitos y no hay señales de alarma.	Estimular y reconocer al cuidador principal para continuar con las indicaciones propias de cada control (según la edad).

**Fuente:** Elaboración Propia en colaboración con Bedregal, P. con base en Cuadros de Procedimientos de AIEPI (2014).

# 5.

## ANEXO: ADMINISTRACIÓN DEL TAMIZAJE PRUNAPE EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS EN CONTROLES DE SALUD CON ÉNFASIS EN DIT



Si se trata de una administración del tamizaje en edad normativa (9, 18 o 36 meses) y el niño presenta uno o más factores de riesgo, intervenir primero en el(los) riesgo(s) identificado(s) y repetir tamizaje al mes y a los 2 meses de iniciada la intervención. Si aun así no pasa la prueba, referir al SIT adjuntando hoja de derivación (Anexo 11).

**Fuente:** Elaboración propia con base en el Manual del PRUNAPE.

# ANEXO: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO DE 0 A 7 DÍAS

6.

## FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A EL MENOR DE 7 DÍAS QUE ES TRAÍDO AL SERVICIO DE SALUD



Fuente: Cuadro de Procedimientos de AIEPI (2014).

**Antropometría:** Utilizar Patrones de Evaluación Nutricional de la OMS y el Manual Básico de Evaluación Nutricional por Antropometría del INAN. Es fundamental contar con los siguientes instrumentos:

- Infantómetro para medir la longitud en niños de 0 a 2 años (acostado).
- Tallímetro para medir la estatura en niños de 2 años o más.
- Balanza pediátrica (según capacidad máxima de la balanza y el peso del niño o hasta los 2 años).
- Balanza de plataforma a partir de los dos años o si el peso es mayor a la capacidad máxima de la balanza pediátrica
- Balanza de pie digital o tipo reloj (balanza madre/hijo o 2 en 1)

**Técnicas de medición del perímetro cefálico:**

- La medición del perímetro cefálico debe realizarse hasta los 3 años. En niños con discapacidad evidente a esta edad se recomienda mantener su medición hasta los 5 años.
- De preferencia se usa una cinta de medir inextensible o metálica, para evitar errores.
- La cinta métrica debe pasar encima de las cejas del niño (delante) y por la zona más protuberante occipital (detrás).

**Evaluación de suturas y fontanelas:** Junto con la medición es bueno evaluar el cierre de las suturas del cráneo y fontanelas:

- La fontanela anterior suele ser amplia (1-4 cm), permanece blanda hasta los 2 años.
- La fontanela posterior es pequeña (1 cm) y se cierra entre el 1-2 mes de vida.
- Las suturas del cráneo suelen estar afrontadas, puede haber algo de cabalgamiento. Suelen modificarse hasta los 2-3 años.

**Fórmulas para condiciones específicas. Uso de “Edad corregida”:** Siempre es importante preguntar a la madre, padre o tutor a las cuantas semanas de gestación nació el niño, ya que en algunos casos el niño tiene antecedentes de haber nacido prematuro (antes de las 37 semanas de gestación). En estos casos es importante realizar la corrección de la edad cronológica considerando la cantidad de semanas que faltaron para completar las 40 semanas de embarazo. Para calcular la edad corregida (EC) se resta de la edad actual (EA) el tiempo de prematuridad. Ejemplo: Un niño que nació de 32 semanas de gestación, consulta con una edad cronológica (edad actual) de 9 meses.

**Para calcular la edad corregida seguir los siguientes pasos:**

- Calcular las semanas de prematuridad, restando a 40 la edad gestacional (en este caso nació 8 semanas antes:  $40-32$  semanas).
- Pasar el tiempo de prematuridad de semanas a meses, ya que cada mes tiene cuatro semana, dividir por cuatro ( $8 \div 4=2$  meses).
- Restar a la edad actual el tiempo de prematuridad ( $9-2 = 7$  meses). La edad corregida, en este ejemplo, corresponde a 7 meses.

## CÁLCULO DE LA EDAD CORREGIDA DEL NIÑO

CÁLCULO DE LA EDAD CORREGIDA	EJEMPLO
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cálculo de tiempo de prematuridad: 40- Edad gestacional (EG).</li><li>2. Pasar las semanas de prematuridad a meses =</li><li>3. Cálculo de la edad corregida (EC) = Edad cronológica- tiempo de prematuridad.</li></ol>	$40 - 32 = 8$ semanas $8 \div 4 = 2$ meses EC: 9 meses - 2 meses = 7 meses

Sin embargo, estas correcciones en prematuros no se realizan a lo largo del tiempo, sino que dependen de cada situación, ya que también influye el peso con el que nació el niño.

## CORRECCIÓN DE EDAD CRONOLÓGICA SEGÚN EL PESO DE NACIMIENTO DEL NIÑO

PESO AL NACER (G)	EDAD CRONOLÓGICA HASTA QUE SE UTILIZA LA EDAD CORREGIDA
Bajo peso de nacimiento (BPN) < 2.500g Muy bajo peso de nacimiento (MBPN) < 1.500 g Extremo bajo peso de nacimiento (EBPN) < 1.000 g	hasta 1 año de edad hasta 2 años de edad hasta 3 años de edad

**Fuente:** Manual Básico de Antropometría del INAN.

## PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN Y BAJO PESO MENOR DE 2 MESES DE EDAD

VALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peso para la edad por debajo de - 3 DE de la media (por debajo de la última línea de la zona roja).</li> <li>■ No sube o baja de peso más del 10% de su peso al nacer, a partir de los 10 días de vida.</li> </ul>	<p><b>DESNUTRICIÓN GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL, aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho.</li> <li>■ Prevenir hipotermia.</li> <li>■ Prevenir hipoglucemia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peso para la edad entre - 2 DE y - 3 DE.</li> </ul>	<p><b>DESNUTRICIÓN MODERADA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si tiene patología asociada o signo general de peligro, internarle(**) o REFERIR URGENTEMENTE HOSPITAL.</li> <li>■ Referir o ingresar al Programa de Asistencia Nutricional Integral (PANI).</li> <li>■ Si no tiene patología asociada, tratamiento ambulatorio: dar vitamina A, zinc, ácido fólico y multivitaminas, hierro en dosis de tratamiento.</li> <li>■ Evaluar la alimentación y recomendar a la madre sobre la alimentación (*)</li> <li>■ Hacer el seguimiento en siete días, si no vuelve, búsqueda activa.</li> </ul>
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peso para la edad entre -1 DE y -2 DE.</li> <li>■ Agarre deficiente, o</li> <li>■ No mama bien, o</li> <li>■ Se alimenta al pecho menos de 8 veces al día, o</li> <li>■ Recibe otros alimentos o líquidos, o</li> <li>■ Recibe otra leche, o</li> <li>■ Tiene Candidiasis oral (úlceras o placas blancas en la boca).</li> </ul>	<p><b>RIESGO DE DESNUTRICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Referir lo antes posible al Programa de Asistencia Nutricional Integral (PANI), para que la madre reciba el complemento alimentario y continúe con la lactancia exclusiva.</li> <li>■ Aconsejar a la madre sobre lactancia materna a libre demanda, guiada por el bebé.</li> <li>■ Si el niño o la niña tiene agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre, padre o acompañante sobre técnicas correctas de amamantamiento (posición y agarre), revisar mamas y pezones de la madre para identificar problemas.</li> <li>■ Si no toma pecho materno aconsejar sobre lactancia materna y posible lactancia y/o, enseñar a preparar correctamente otros tipos de leche y a usar una taza.</li> <li>■ Si recibe otros alimentos: aconsejar a la madre que le dé solamente pecho más veces, eliminando el agua, el té y otros alimentos.</li> <li>■ Si utiliza chupete u otros sucedáneos, aconsejar la suspensión de su uso.</li> <li>■ Iniciar hierro para tratamiento y un suplemento multivitamínico.</li> <li>■ Indicar a la madre, padre o acompañante cuándo volver de inmediato.</li> <li>■ Hacer el seguimiento a los 2 días por problemas de alimentación y a los 7 días por bajo peso.</li> <li>■ Programar una visita domiciliaria.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peso para la edad entre -1 DE y +1 DE.</li> <li>■ El peso no es bajo para la edad y no hay ningún otro signo de alimentación inadecuada.</li> </ul>	<p><b>NO TIENE DESNUTRICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elijar a la madre porque alimenta bien a su hijo/a y reforzar consejos sobre lactancia materna.</li> <li>■ Hacer una visita de seguimiento según normas para Crecimiento y Desarrollo.</li> </ul>

**PREGUNTAR ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN**

- ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?
- ¿Ha dejado de alimentarse?
- ¿Desde cuándo?
- ¿Se alimenta al pecho?
- ¿Cuántas veces por día?
- ¿Recibe el niño o la niña otros alimentos? ¿Cuáles y con qué frecuencia?
- ¿Toma otra leche? Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál? ¿Cómo la prepara?

**OBSERVAR Y DETERMINAR**

- El peso para la edad.
- El buen agarre y posición en el amamantamiento.

Nutrición

Alimentación

**PREGUNTAR ACERCA DE LA ANEMIA:**

Si existen causas probables de anemia.

- Trastorno hemolítico neonatal.
- Pérdida aguda de sangre por la placenta o el cordón umbilical.
- Transfusión feto-materna o feto-fetal
- Hemorragia intraventricular.
- Cefalohematomas gigantes.
- Enfermedad hemolítica.
- Pérdida iatrogénica de sangre (extracciones repetidas)

**OBSERVAR**

- Si hay palidez palmar

**DETERMINAR**

- Nivel de Hemoglobina (Hb)
- Nivel de Hematocrito (Hto)

## ANEMIA

VALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Palidez palmar intensa o</li> <li>■ Hb &lt; 10 g/dl. Hto &lt; 30%</li> </ul>	<p><b>ANEMIA GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL.</li> <li>■ Prevenir hipotermia e hipoglucemia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Palidez palmar leve</li> <li>■ ≤ 28 días: Hb &lt; 13 g/dl, Hto &lt; 39%</li> <li>■ 1 a 2 meses: Hb 10 a 12 g/dl, Hto entre 30 y 36%</li> </ul>	<p><b>ANEMIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dar hierro para tratamiento.</li> <li>■ Seguimiento cada 14 días.</li> <li>■ En caso de infección, administrar el hierro luego de superado el cuadro infeccioso.</li> <li>■ Indicar cuándo volver, seguimiento para control de Crecimiento y Desarrollo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No tiene palidez palmar.</li> <li>■ ≤ 28 días: Hb ≥ 13 g/dl, Hto ≥ 39%</li> <li>■ 1 a 2 meses: Hb &gt; 12 g/dl, Hto &gt; 36%</li> </ul>	<p><b>NO TIENE EVIDENCIA DE ANEMIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aconsejar a la madre, padre o acompañante sobre la alimentación, indicar cuando volver, seguimiento para control de Crecimiento y Desarrollo.</li> </ul>

Fuente: Cuadro de Procedimientos de AIEPI (2014). ■ Representa el rojo, ■ representa el amarillo y ■ representa el verde.

## PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN Y BAJO PESO MENOR DE 2 MESES DE EDAD

PREPREGUNTAR ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p><b>PREPREGUNTAR ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?</li> <li>¿Ha dejado de alimentarse?</li> <li>¿Desde cuándo?</li> <li>¿Se alimenta al pecho?</li> <li>¿Cuántas veces por día?</li> <li>¿Recibe el niño o la niña otros alimentos? ¿Cuáles y con qué frecuencia?</li> <li>¿Toma otra leche? Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál?</li> <li>¿Cómo la prepara?</li> </ul> <p><b>OBSERVAR Y DETERMINAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El peso para la edad.</li> <li>El buen agarre y posición en el amamantamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso para la edad por debajo de - 3 DE de la media (por debajo de la última línea de la zona roja).</li> <li>No sube o baja de peso más del 10% de su peso al nacer, a partir de los 10 días de vida.</li> </ul>	<p><b>DESNUTRICIÓN GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL, aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho.</li> <li>Prevenir hipotermia.</li> <li>Prevenir hipoglucemia.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso para la edad entre - 2 DE y - 3 DE.</li> </ul>	<p><b>DESNUTRICIÓN MODERADA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si tiene patología asociada, o signo general de peligro, internarle(**) o REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL.</li> <li>Referir o ingresar al Programa de Asistencia Nutricional Integral (PANI).</li> <li>Si no tiene patología asociada, tratamiento ambulatorio: dar vitamina A, zinc, ácido fólico y multivitaminas, hierro en dosis de tratamiento.</li> <li>Evaluar la alimentación y recomendar a la madre sobre la alimentación (*)</li> <li>Hacer el seguimiento en siete días, si no vuelve, búsqueda activa.</li> </ul>
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso para la edad entre -1 DE y -2 DE.</li> <li>Agarre deficiente, o</li> <li>No mama bien, o</li> <li>Se alimenta al pecho menos de 8 veces al día, o</li> <li>Recibe otros alimentos o líquidos, o</li> <li>Recibe otra leche, o</li> <li>Tiene Candidiasis oral (úlceras o placas blancas en la boca).</li> </ul>	<p><b>RIESGO DE DESNUTRICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir lo antes posible al Programa de Asistencia Nutricional Integral (PANI), para que la madre reciba el complemento alimentario y continúe con la lactancia exclusiva.</li> <li>Aconsejar a la madre sobre lactancia materna a libre demanda, guiada por el bebé.</li> <li>Si el niño o la niña tiene agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre, padre o acompañante sobre técnicas correctas de amamantamiento (posición y agarre), revisar mamas y pezones de la madre para identificar problemas.</li> <li>Si no toma pecho materno aconsejar sobre lactancia materna y posible lactancia y/o, enseñar a preparar correctamente otros tipos de leche y a usar una taza.</li> <li>Si recibe otros alimentos: aconsejar a la madre que le dé solamente pecho más veces, eliminando el agua, el té y otros alimentos.</li> <li>Si utiliza chupete u otros sucedáneos, aconsejar la suspensión de su uso.</li> <li>Iniciar hierro para tratamiento y un suplemento multivitamínico.</li> <li>Indicar a la madre, padre o acompañante cuándo volver de inmediato.</li> <li>Hacer el seguimiento a los 2 días por problemas de alimentación y a los 7 días por bajo peso.</li> <li>Programar una visita domiciliaria.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso para la edad entre -1 DE y +1 DE.</li> <li>El peso no es bajo para la edad y no hay ningún otro signo de alimentación inadecuada.</li> </ul>	<p><b>NO TIENE DESNUTRICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elogiar a la madre porque alimenta bien a su hijo/a y reforzar consejos sobre lactancia materna.</li> <li>Hacer una visita de seguimiento según normas para Crecimiento y Desarrollo.</li> </ul>	

**PREPREGUNTAR ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN**

- ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?
- ¿Ha dejado de alimentarse?
- ¿Desde cuándo?
- ¿Se alimenta al pecho?
- ¿Cuántas veces por día?
- ¿Recibe el niño o la niña otros alimentos? ¿Cuáles y con qué frecuencia?
- ¿Toma otra leche? Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál?
- ¿Cómo la prepara?

**OBSERVAR Y DETERMINAR**

- El peso para la edad.
- El buen agarre y posición en el amamantamiento.

**PREPREGUNTAR ACERCA DE LA ANEMIA:**

Si existen causas probables de anemia.

- Trastorno hemolítico neonatal.
- Pérdida aguda de sangre por la placenta o el cordón umbilical.
- Transfusión feto-materna o feto-fetal
- Hemorragia intraventricular.
- Cefalohematomas gigantes.
- Enfermedad hemolítica.
- Pérdida iatrogénica de sangre (extracciones repetidas)

**OBSERVAR**

- Si hay palidez palmar

**DETERMINAR**

- Nivel de Hemoglobina (Hb)
- Nivel de Hematocrito (Hto)

## ANEMIA

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Palidez palmar intensa o</li> <li>Hb &lt; 10 g/dl, Hto &lt; 30%</li> </ul>	<p><b>ANEMIA GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL.</li> <li>Prevenir hipotermia e hipoglucemia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Palidez palmar leve</li> <li>≤ 28 días: Hb &lt; 13 g/dl, Hto &lt; 39%</li> <li>1 a 2 meses: Hb 10 a 12 g/dl, Hto entre 30 y 36%</li> </ul>	<p><b>ANEMIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar hierro para tratamiento.</li> <li>Seguimiento cada 14 días.</li> <li>En caso de infección, administrar el hierro luego de superado el cuadro infeccioso.</li> <li>Indicar cuándo volver, seguimiento para control de Crecimiento y Desarrollo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No tiene palidez palmar.</li> <li>≤ 28 días: Hb ≥ 13 g/dl, Hto ≥ 39%</li> <li>1 a 2 meses: Hb &gt; 12 g/dl, Hto &gt; 36%</li> </ul>	<p><b>NO TIENE EVIDENCIA DE ANEMIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aconsejar a la madre, padre o acompañante sobre la alimentación, indicar cuando volver, seguimiento para control de Crecimiento y Desarrollo.</li> </ul>

Fuente: Cuadro de Procedimientos de AIEPI (2014). ■ Representa el rojo, ■ representa el amarillo y ■ representa el verde.

## VERIFICAR SI PRESENTA ANEMIA

**EN TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS**

**OBSERVAR**

- Si tiene palidez palmar:
  - Intensa.
  - Leve.
- No tiene palidez palmar.

**SI ES POSIBLE; DETERMINAR:**

- Nivel de hemoglobina.
- Hematocrito.

**CLASIFICAR LA ANEMIA**

Palidez palmar intensa o Hemoglobina es menor de 7 g/dl.	ANEMIA GRAVE	REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL.
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Palidez palmar leve o</li> <li>■ Hemoglobina menor de 11g/dl.</li> </ul>	ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evaluar la alimentación(*) y recomendar a la madre, padre o acompañante de acuerdo al cuadro de procedimientos.</li> <li>■ Si la alimentación es un problema visita de seguimiento a los 7 días.</li> <li>■ Dar Hierro dosis de tratamiento durante 4 meses.</li> <li>■ Dar Mebendazol si es mayor de 1 año y no ha recibido en 6 meses.</li> <li>■ Dar un antipalúdico, si el riesgo de paludismo es alto.</li> <li>■ Enseñar a la madre, padre o acompañante cuándo volver con urgencia.</li> <li>■ Volver para consulta de seguimiento en 30 días.</li> <li>■ Indicar cuidados en el hogar.</li> <li>■ Evaluación del desarrollo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ No tiene palidez palmar, o</li> <li>■ Tiene Hb igual o mayor a 11g/dl.</li> </ul>	NO TIENE ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enseñar a la madre, padre o acompañante cuándo volver con urgencia.</li> <li>■ Si hay un problema de alimentación, volver en 7 días.</li> <li>■ Indicar cuidados en el hogar.</li> <li>■ Indicar controles para crecimiento y desarrollo.</li> </ul>

(\*) Para aconsejar sobre la alimentación leer también las Guías Alimentarias del Paraguay para el niño y la niña menor de 2 años y para la familia. MSPy BS.

**Fuente:** Cuadro de Procedimientos de AIEPI (2014). ■ Representa el rojo, ■ representa el amarillo y ■ representa el verde.

## CONSEJO PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA (SANO O ENFERMO)

### De 6 a 11 meses de edad

- Es importante continuar la lactancia materna.
- Además de la leche materna, debe iniciar la alimentación complementaria con:
  - Puré de mandioca, zanahoria, batata, zapallo y/o papa, polenta de maíz, arroz o fideo, siempre con carne molida de pollo o vaca.
  - Es recomendable agregar a la comida 1 cucharadita de aceite vegetal crudo (de girasol, canola, soja o maíz) en cada platito, además sal yodada en pequeña cantidad.
- También es bueno que coma las frutas en forma de puré, trocitos o enteras (Ej.: Banana, pera, manzana, durazno, mamón, mango, aguacate).  
Luego se pueden ir agregando:
  - Legumbres (poroto, arveja, poroto manteca, lenteja).
  - Huevo duro, bien cocinado. Es importante que consuma la clara (parte blanca del huevo).
  - Pescado, bien cortadito y sin huesos.
  - Hígado, queso fresco o yogur.

Cerca de los 9 meses el niño/a debe estar recibiendo dos comidas al día (almuerzo y cena), una media mañana y una merienda, además de la leche materna. La cantidad de alimentos que recibe a esta edad corresponde como mínimo a 4 cucharadas hasta alcanzar un plato pequeño y los alimentos deben ser administrados cortados en trocitos o molidos. Evitar los condimentos muy fuertes.

### A partir del año de edad

- El niño ya puede comer la comida de la olla familiar, es importante continuar dándole pecho si es posible.
- A esta edad es recomendable que coma:
  - Cereales, tubérculos y derivados tales como: Fideo o arroz o harina de maíz o harina de trigo o mandioca o batata o papa en el almuerzo y la cena; y panificados (pan, coquitos, palitos, etc.) hasta 2 veces por día.
  - Carnes de pollo, vaca, pescado, pavo: 4 o 5 veces a la semana.
  - Legumbres (poroto, lenteja): 2 a 3 veces a la semana.
  - Leche y derivados (yogur o queso): 3 porciones (1 taza de leche = 1 taza de yogur = 1 feta de queso) todos los días.
  - Verduras y frutas: Todos los días.
  - Aceite: en pequeña cantidad en el día.

- Se debe cocinar con sal yodada en poca cantidad.
- Azúcares o mieles: en poca cantidad en el día.

## De 2 a 5 años

**Desayuno:** 1 taza de leche con 1 panificado (pan, coquitos, palitos, etc.). Puede acompañar con mermelada o margarina.

**Media mañana:** Fruta de estación o 1 yogur o 1 huevo duro (el huevo hasta 3 veces por semana).

**Almuerzo:** Aproximadamente ½ plato o ½ taza de cereales o tubérculos: Fideos o arroz o pastas o papas o maíz, junto con: Porotos o con carne (1 presa chica de pollo o carne vacuna o pescado) o menudencias o huevo. Acompañar siempre con ensalada de verduras crudas.

**Postre:** Frutas o ensalada de frutas.

**Ejemplos:** Soyo de carne con arroz y verduras, guiso de arroz o fideo con carne o pollo, locro, poroto con fideo y queso, cualquiera de estos con ensalada de lechuga y tomate u otro vegetal.

**Merienda:** 1 taza de leche con 1 pan con queso, o calabaza (anda'i) con leche o arroz con leche. Según preferencia se puede acompañar la leche con una pequeña cantidad de café o mate cocido o licuado con frutas.

**Cena:** Igual que el almuerzo. Ejemplos: Arroz con queso, bife de hígado con puré de papa, guiso de arroz y carne; siempre con ensalada de verduras según la disponibilidad (según estación del año).

**Para el recreo, si va a la escuela o guardería, es mejor que:**

- Consuma como merienda o media mañana una fruta de estación, yogur o leche, sándwich de queso.
- Evitar completamente papas fritas, gaseosas, golosinas o galletitas dulces o saladas u otro producto envasado no natural.

**Fuente:** Guías alimentarias del Paraguay INAN MSPyBS.

## ACONSEJAR A LA MADRE O ACOMPAÑANTE SOBRE PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

- Si la madre dice que tiene dificultades para dar el pecho, evaluar la lactancia, mostrar la técnica correcta (agarre y posición) para la lactancia.



- Si el niño o la niña tiene menos de 6 meses y está tomando otro tipo de leche o de alimento:
  - Infundir confianza a la madre en el sentido de que puede producir toda la leche que el niño o niña necesita.
  - Sugerir que le de el pecho al niño o niña con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche y que reduzca gradualmente otros tipos de leche o de alimentos.
  - Si la madre trabaja fuera del hogar, enseñar extracción, conservación y transporte de la leche humana.
  - Enseñar a la madre que debe entibiar en baño María la leche materna extraída.
  - Indicar la forma apropiada de preparar la fórmula láctea, en cuanto a cantidad, concentración apropiada de sus componentes y preparación higiénica.
  - Enseñar a la madre para que no guarde restos de leche u otros alimentos para usarlos en la próxima comida.
- Si la madre está alimentando al niño o niña con biberón.
  - Recomendar como otra opción, el uso de la taza y cucharita en vez del biberón.
  - Mostrarle cómo alimentar al niño o niña con una taza y cucharita.
- Si el niño o niña mayor de 6 meses, no come lo suficiente, recomendar a la madre:
  - No ofrecer alimentos no nutritivos (golosinas, gaseosas, jugos, etc.)
  - Sentarse con el niño o niña y animarle para que coma.
  - Sirva al niño o niña una porción adecuada en un plato o recipiente separado.



- Si el niño o niña no está alimentándose bien durante la enfermedad, recomendar a la madre:
  - Le dé el pecho con mayor frecuencia y durante el tiempo adecuado.
  - Le dé las comidas blandas variadas y apetitosas que más le gusten a fin de animarle a que coma la mayor cantidad posible, y ofrecerle porciones pequeñas con frecuencia.
  - Le limpie la nariz si la tiene tapada.
  - El apetito mejorará a medida que el niño o la niña se recupere.
  - Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación 2 días después.

Fuente: Cuadro de Procedimientos de AIEPI (2014).

# 9.

## ANEXO: HOJA DE DERIVACIÓN AL SIT

Nombre del niño: .....  
Fecha de nacimiento: ..... Sexo: F M  
Nombre de madre, padre o cuidador: .....  
Relación con el niño: .....  
Dirección: .....  
Teléfono principal: ..... Otro teléfono: .....  
Correo electrónico: .....  
Idioma principal del cuidador: ..... Idioma principal del niño: .....  
Nombre de la persona que deriva: .....  
USF: : .....  
Teléfono y correo electrónico de la persona que deriva: .....

### Motivo de derivación (Marque todos los que se aplican)

No pasa prueba de tamizaje .....  
Alteración sensorial detectada: Visual .....  
Auditivo .....

No pasa examen neurológico  
Sospecha de desviación de desarrollo típico:  
Comunicación .....  
Motricidad Gruesa .....  
Motricidad Fina .....  
Cognitivo .....  
Socioemocional .....

**Fecha:** .....

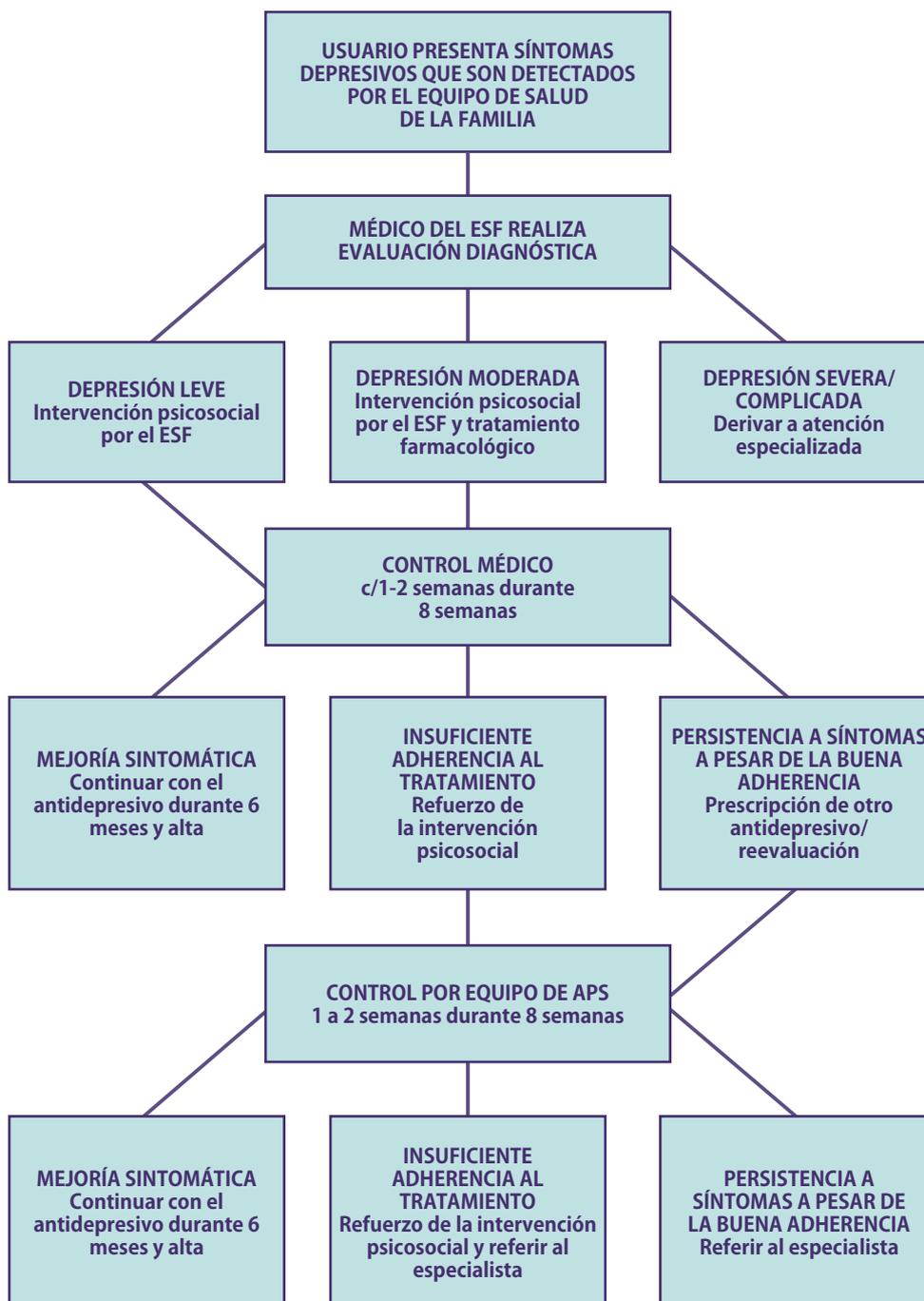
Comentarios y observaciones: .....  
.....  
.....

### Marque la casilla si es que:

El niño acude a un centro de cuidado o guardería .....  
El niño ya recibe servicios de protección social, intervención temprana, o tratamientos de salud. Especifique .....  
Firma del personal de salud .....

**Fecha:** .....

**Fuente:** Elaboración propia con base en el formulario de referencia de Early Stages (Washington, DC).



- Acostar al bebé boca arriba.
- No fumar en la habitación del bebé, y procurar no hacerlo en ninguna habitación de la casa.
- Mantener al bebé con una temperatura adecuada (cálida), sin abrigo excesivo.
- Amamantar al bebé cada vez que lo pida.
- Utilizar un colchón firme, sin almohada.
- Dejar brazos y manos del lactante por fuera de la ropa de cama.
- Asegurarse de que su cabeza quede descubierta.

**Fuente:** Material Informativo para los Equipos de Salud, Ministerio de Salud de la República Argentina, con apoyo de Unicef y Sociedad Argentina de Pediatría.

El sistema visual en los niños al nacer se encuentra en desarrollo. Muchas desviaciones de la normalidad pueden ser corregidas antes de los 9 años. Para un buen examen oftalmológico se requiere solo de un oftalmoscopio directo o una linterna de bolsillo.

La evaluación oftalmoscópica incluye la evaluación de:

- Actitud visual hasta los 3 años, luego agudeza visual.
- Alteración de la motilidad ocular externa: estrabismo permanente o intermitente, limitaciones para el movimiento ocular.
- Alteraciones del segmento ocular anterior: Ojo rojo persistente, lagrimeo, secreciones, leucocorias (córnea, leucoma, opacificación del cristalino o leucocorias, retinopatías, retinoblastoma), asimetría de órbitas.

**Pruebas de alineación ocular:** Sirven para detectar estrabismo fijo o intermitente.

**El Test de Hirschberg:** es el más importante y debe realizarse en todos los controles. Consiste en iluminar ambas pupilas en forma simultánea con una linterna a unos 30 cm de la cara del niño. El reflejo debe ubicarse en el mismo lugar en ambas pupilas. Si hay asimetría, puede haber estrabismo y debe indicarse derivación a especialista.

**Cover test:** Realizar si el test de Hirschberg está normal, pero la familia refiere percibir desviación o queda alguna duda con el test. El niño debe mirar atentamente un objeto pequeño (blanco de atención) y luego se ocluye o cubre uno de los ojos, observando si el ojo descubierta realiza o no un movimiento de refijación. Si el ojo realizó el movimiento corrector significa que presenta una desviación y según el sentido del movimiento supondremos hacia dónde está desviado.

**Estrabismo patológico:** Si es permanente, independiente de la edad; o intermitente después de los 3 a 6 meses.

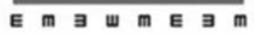
**Rojo pupilar:** Debe realizarse en todos los controles hasta los 3 años. Con poca luz, en un momento que tenga los ojos abiertos y a una distancia de 50 cm se iluminan ambos ojos. Se espera que ambas pupilas a la luz se vean rojas-anaranjadas (como ojo rojo del flash). Si hay un reflejo opaco (blanco) simétrico o asimétrico indica que hay patología en el ojo como: Cataratas congénitas, estrabismo, glaucoma infantil, hemorragia vítrea y tumores como los retinoblastomas.

Evaluación de actitud visual (se adquiere a las 4 a 6 semanas).

**Prueba de fijación para menores de 3 años:** Debe sentarse a la altura del niño o la niña, el cual puede sentar en la falda de la madre y ella debe ayudar a que se mantenga derecho y gire lo menos posible la cabeza para que realice la rotación de los ojos. Se debe observar si hay posiciones anómalas de la cabeza y corregirlas, luego mover el juguete en dirección horizontal y vertical y evaluar que los movimientos sean coordinados y simétricos en ambos ojos. En algunos casos los lactantes suelen seguir la cara de la mamá más que los juguetes, en este caso la evaluación puede realizarse con el niño o la niña recostada.

## AGUDEZA VISUAL

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

20/200		200 FT 61 M	1
20/100		100 FT 30.5 M	2
20/70		70 FT 21.3 M	3
20/50		50 FT 15.2 M	4
20/40		40 FT 12.2 M	5
20/30		30 FT 9.14 M	6
20/25		25 FT 7.62 M	7
20/20		20 FT 6.10 M	8
20/15		15 FT 4.57 M	9
20/13		13 FT 3.96 M	10
20/10		10 FT 3.05 M	11

Posición de la E con los dedos



Fuente: Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS, adaptada.

### Factores riesgo en RN

- Permanencia en UTI neonatal más de 5 días.
- Ventilación mecánica por más de 10 días.
- TORCH.
- Alteraciones craneofaciales (fisura palatina).
- Prematurez.
- Peso menos de 2.000 gr.
- Hiperbilirrubinemia que requirió transfusión sangre.
- Historia familiar de hipoacusia sensorioneural.

### Factores de riesgo posteriores

- Infección del SNC.
- Uso de ototóxicos.
- Síndromes asociados a hipoacusia (neurofibromatosis, etc.).
- Fractura del hueso temporal.
- Quimioterapia.
- Otitis media a repetición.
- Otorrea indolora intermitente.

### Conductas de riesgo 0-3 meses

- No se sobresalta con ruidos fuertes.
- No se despierta con algunos sonidos.
- No parpadea o abre los ojos en respuesta al ruido.

### Conductas de riesgo 3-6 meses

- No se tranquiliza con la voz de la madre.
- No detiene su juego cuando escucha sonidos nuevos.
- No busca la fuente de sonidos nuevos fuera de su alcance.

### Conductas de riesgo 6-9 meses

- No disfruta de juguetes nuevos.
- No gorjea con inflexión de voz.
- No dice disílabos.
- Conductas de riesgo 12-15 meses
- No responde a su nombre y al "no".
- No sigue órdenes simples.
- No tiene vocabulario.
- No imita sonidos.

### Conductas de riesgo 18-24 meses

- No conoce partes de su cuerpo.
- No aumenta su vocabulario.
- No genera frases (a los 2 años).
- Retraso de lenguaje a cualquier edad.

**Fuente:** Bedregal, P. et al.

Para tomar la presión arterial en niños se deben seguir los pasos siguientes:

1. El niño/a debe estar sentado en ropa interior, con piernas descruzadas y con el manguito de presión arterial a la altura del corazón.
2. Antes de tomar la presión, el niño debe haber estado en reposo por 5 minutos.
3. Se debe usar un manguito de presión adecuado (cubre 80-100% circunferencia del brazo y dos tercios del largo).
4. Tomar dos veces la presión, separadas por 30 segundos o más. Se saca el promedio de ambas.
5. El resultado se revisa con curvas de presión para niño.

**Fuente:** Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud de Chile.

# GLOSARIO

**ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD:** se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

**AGENTES COMUNITARIOS DE LA SALUD (ACS):** son el complemento necesario para fortalecer el vínculo entre el equipo de salud de la familia y la comunidad, con responsabilidad sobre una determinada área geográfica del territorio social (micro territorio). Realizan acciones educativas, de promoción, prevención, y vigilancia de acuerdo con la planificación del Equipo de Salud de la Familia. Constituyen un elemento clave e imprescindible para instalar el cuidado de la salud desde una perspectiva territorial y promocional.

**ATENCIÓN DE SALUD:** es la actividad desarrollada tendiente a promover la salud, prevenir la enfermedad, curar, recuperar y rehabilitar al individuo, la familia, la comunidad.

**ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA:** la integralidad es una función de todo el sistema de salud y exige la coordinación entre todos los componentes del sistema de salud para satisfacer las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como su continuidad a través de los diferentes niveles de atención. Desde la perspectiva de los individuos, tener una atención integral significa tener respuestas coherentes para todas las fases del curso de su vida. Desde la perspectiva de los servicios de salud, la atención integrada requiere la implementación y el fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud (RISS). La "atención integral, integrada y continua" exige la disponibilidad de una cartera de servicios suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, "incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado". La atención integral, para ser efectiva, no se puede limitar al sector formal de salud, sino tiene que relacionarse y actuar de forma conjunta con todos los otros sectores y actores sociales involucrados directa o indirectamente con la salud.

**ARTICULACIÓN (INTER E INTRASECTORIAL):** la articulación intrasectorial es la que realizan las instituciones y organismos al interior del sector (en nuestro caso, el sector salud). El trabajo intersectorial involucra a instituciones y organizaciones de sectores diferentes como educación, agricultura, economía, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones privadas, iglesias y otras, que pueden participar en la búsqueda de alternativas para mejorar la salud de la población. La articulación intersectorial se refleja a nivel central como a nivel comunitario.

**ATENCIÓN ABIERTA Y CERRADA:** hace referencia a los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, a aquellos establecimientos asistenciales de salud que otorgan atención in-

tegral, general y/o especializada, y que están habilitados para la internación de pacientes con ocupación de una cama en hospitales de alta, mediana y baja complejidad). Los Prestadores Institucionales de Atención Abierta, son aquellos centros asistenciales que sólo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes (consultorios, centros de diagnóstico, USF, Puesto de Salud).

**BALANCE DE RIESGOS Y FORTALEZAS BIOPSIOSOCIALES:** consiste en la identificación de una serie de condiciones individuales, familiares y sociales de las gestantes y familias, que pueden contribuir a riesgos para el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) de sus niños y niñas y por lo tanto, requieren un apoyo diferenciado. La evaluación de riesgos y fortalezas realizadas en el control prenatal deberán incluir: las condiciones del entorno comunitario, familiar, la situación de la madre, de la pareja, factibilidad de modificar factores de riesgo biopsicosocial detectados y coordinación con redes de apoyo existentes.

**CALIDAD DE ATENCIÓN:** grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y en coherencia con los conocimientos científicos y profesionales del momento. Se refiere a la capacidad de los servicios de salud para dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, necesidades y demandas de salud de la población. Clásicamente, los componentes clásicos de la calidad de atención son: efectividad, eficiencia, adecuación, accesibilidad, calidad científico-técnica, continuidad y satisfacción del usuario y el prestador. Otros modelos de calidad responden a al enfoque de Estructura-Proceso-Resultado).

**COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD:** capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, la cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento para que las personas puedan mejorar, conservar y recuperar su salud. Implica que los mecanismos de organización y financiación sean suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

**COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD:** se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD:** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. Las condiciones sociales y económicas, determinan el riesgo de enfermar. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.

**ENTORNOS:** son los espacios físicos, sociales y culturales donde habitamos los seres humanos, en donde se produce una intensa y continua interacción con el contexto que nos rodea, es decir con el espacio físico y biológico, con el ecosistema, la comunidad, la cultura y la sociedad en general. Los entornos se delimitan por fronteras físicas, personas con roles definidos y una estructura organizativa. Los entornos donde transcurre la mayor parte de la vida de los niño/as y niñas durante la gestación y la primera infancia son: los hogares, los entornos educativos, los entornos de salud y los espacios públicos más inmediatos (los que rodean los sitios de vivienda y las instituciones educativas y los escenarios comunitarios y colectivos para el arte, la recreación y el esparcimiento). Estos entornos tienen la potencialidad, si cuentan con las condiciones humanas, materiales y sociales necesarias, de promover el desarrollo integral de los niño/as y niñas, favoreciendo su salud física, mental, emocional y social y contribuyendo a acogerlos y a promover identidades y encuentros con su comunidad y su cultura.

**FRAGMENTACIÓN (DE SERVICIOS DE SALUD):** coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial, que no se ajustan a las necesidades de las personas.

**FORTALEZA BIOPSIICOSOCIAL:** se refiere al conjunto de condiciones que protegen a los niños y niñas de la probabilidad de sufrir enfermedades, o alteraciones del DIT, como condiciones de vida saludables, entornos aptos para el desarrollo infantil, resiliencia, apoyo social, acceso a educación, experiencias de buenos tratos y apego sano y seguro, además de los aportes nutricionales y culturales para sentirse una persona digna y amada.

**HOSPITAL REGIONAL:** es el establecimiento de salud responsable de satisfacer la demanda de aquellos servicios de mayor complejidad que el Hospital Distrital y constituye la referencia de los demás establecimientos de la Región.

**INEQUIDAD:** las inequidades sanitarias, se definen como diferencias injustas y evitables observadas en y entre grupos poblacionales, en lo que respecta a su situación sanitaria. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades, y de las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.

**INTEGRACIÓN HORIZONTAL:** la coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios. Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención.

**INTEGRALIDAD:** el concepto de integralidad en salud engloba las siguientes dimensiones: el ser humano y no la enfermedad como centro de la atención; el ser humano o el grupo concebido en su totalidad; la asistencia propiciada en los diversos niveles de salud; el tratamiento diferente para quien está en una situación desigual y, por último; la interferencia de las prácticas en las condiciones generales de vida de la comunidad. El alcance de este compromiso engloba acciones complejas, cuya operacionalización reclama un trabajo responsable, integrado, articulado e integral, de carácter interdisciplinario dirigido a la integralidad de las prácticas en salud; la integralidad como modo de organizar servicios de salud y la integralidad como modo de organizar políticas de salud. Bajo uno u otro sentido, se destaca que las prácticas de salud, pautadas en la integralidad, deben tener como una de sus características, la escucha ampliada de las necesidades de los sujetos, sus deseos y sus derechos.

**MODELO DE ATENCIÓN:** es el conjunto de normas y procedimientos basados en valores y principios fundamentales que permitan orientar la entrega de los servicios de salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación, rehabilitación, cuidados paliativos) integrando el uso de la tecnología disponible y adecuada, la gestión del conocimiento, la forma en que los recursos pueden ser utilizados, las formas de participación social y de gobierno en función de las necesidades y expectativas en salud de la población.

**MODELO BÍO-ECOLÓGICO:** el modelo ecológico asume que la salud y bienestar son afectadas por las interacciones entre los múltiples determinantes de la salud que incluyen la biología, lo social, la conducta y el ambiente.

**NIVEL DE ATENCIÓN:** se define como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino como los problemas de salud que se resuelven. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención: El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto o la puerta de entrada al sistema. Brinda atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general. El tercer

Nivel se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

**PRESTACIONES UNIVERSALES:** el término prestaciones hace referencia al conjunto de servicios o prestaciones que forman parte del Programa de DIT, y que son objeto potencial de derechos y obligaciones. Las prestaciones universales son el conjunto de prestaciones que se garantizan a la totalidad de la población infantil.

**PRESTACIONES ESPECÍFICAS O DIFERENCIADAS:** es el conjunto de prestaciones del programa de DIT, que recibirán los niño/as y niñas que se gestan y nacen en entornos de vulnerabilidad biopsicosocial. Las mismas son intervenciones complementarias a las universales, y abarcan aquellas que se realizan según los requerimientos particulares de un niño/a o niña y/o su familia.

**PRESTACIONES INESPECÍFICAS:** son acciones generales incorporadas dentro del modelo prestacional y que abarcan, entre otras, la supervisión del crecimiento con evaluaciones antropométricas, la detección temprana de desviaciones y las acciones tendientes a la disminución de riesgos.

**PREVENCIÓN PRIMARIA:** son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Este nivel incluye las acciones de promoción de la salud y protección específica de ciertas enfermedades, que se pueden efectuar a nivel de los individuos, o del medio ambiente biofísico.

**PREVENCIÓN SECUNDARIA:** está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad en fase preclínica, cuando aún los síntomas no son aparentes. Comprende la búsqueda de enfermedades en sujetos "aparentemente sanos" (Screening o tamizaje), y acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para el control de la enfermedad.

**PREVENCIÓN TERCIARIA:** se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un diagnóstico correcto, tratamiento, y rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas (OMS, 1998).

**PROMOCIÓN DE LA SALUD:** proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, mejorándola de esta manera. Involucra a la población como un todo en el contexto de la vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

**RED INTEGRADA E INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS):** la RIISS denominada “TE-SAI PYAHURA PARAGUAY” es un conjunto de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y funcionamiento cooperativo e interdependiente, que permiten ofrecer atención continua e integral a la población, de forma humanizada, segura y con equidad.

**SEGMENTACIÓN (DE SISTEMAS DE SALUD):** sistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos ‘especializado’ en diferentes estratos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

**SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD:** el concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población, ya sean familias, grupos o personas, que por su condición económica, de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide acceder a mejores condiciones de bienestar. Se considera que la vulnerabilidad es resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Considera como vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran las niñas, los niño/as y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que más allá de su pobreza, viven en situaciones de riesgo. La cuestión terminológica trasciende, muchas veces, los aspectos semánticos ya que muchas veces, lo que caracterizamos como vulnerable es una expresión de una situación de vulneración de derechos, hecho que se traduce en una mayor vulnerabilidad de los grupos afectados.

**SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROGRAMAS DE SALUD:** los servicios de salud, su organización y administración comprenden también a los programas de salud; es decir, la organización de los servicios orientados a resolver un determinado problema de salud o a la inversa, los programas de salud al ejecutarse comprenden y hacen parte de los servicios de salud. Esta concepción de salud integral tendrá importancia en el momento de considerar los aspectos operativos de la organización de los servicios y en la programación y evaluación de los mismos.

**SISTEMA DE SALUD:** conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud.

**SISTEMA DE SALUD BASADO EN APS:** está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

**VULNERABILIDAD BIOPICOSOCIAL:** puede ser definida como una condición o conjunto de condiciones que modula la probabilidad de sufrir enfermedades, o alteraciones del DIT en virtud de condiciones macrosociales y socioeconómicas, modos de vida compartidos por una parte de la población, condiciones grupales como la pertenencia a grupos vulnerables, y condiciones individuales y del sistema de relaciones del sujeto.

**UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA (USF):** es la sede donde se ubican los Equipos de Salud de la Familia (ESF) que brindan servicios integrales de salud.

**UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA ESTÁNDAR:** es aquella Unidad con ubicación fija en la cual trabaja un Equipo de Salud de la Familia compuesta por un/a médico/a, un licenciada/o en Enfermería/Obstetricia, un auxiliar-técnico en salud, agentes comunitarios de salud o promotores de salud, un odontólogo (un odontólogo por cada dos USF) y un polivalente (múltiples funciones administrativas) en un territorio social determinado con una población adscripta de 3500 a 5000.

**UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA AMPLIADA:** es una Unidad que además de los Servicios ofertados en la Estándar, brinda servicios asistenciales adicionales. Estos servicios adicionales pueden estar ofertados en un horario diferenciado ajustado a las necesidades propias de la zona. Está compuesta por un/a médico/a, un/a licenciado/a en Enfermería/Obstetricia, un auxiliar administrativo, un auxiliar técnico en Enfermería/Obstetricia, cinco agentes comunitarios de salud, un odontólogo, un polivalente y se asignan otros profesionales según necesidad (Ejemplo: territorios Sociales con necesidades de disminuir partos domiciliarios o con complicaciones evitables, que pudiesen tener resolución con una prestación oportuna y adecuada de un profesional en Obstetricia, asignando horarios complementarios).

# SIGLAS Y ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agentes Comunitarios de Salud
<b>AIEPI</b>	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia
<b>ANI</b>	Asistencia Neonatal Integrada
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>Art.</b>	Artículo
<b>AUS</b>	Atención Universal a la Salud
<b>BPS</b>	Biopsicosocial
<b>CDN</b>	Convención de los Derechos de la niña, niño
<b>CEBINFA</b>	Centro de Bienestar de la Infancia y la Familia
<b>CEON</b>	Centro de Especialidades Obstétricas y Neonatales
<b>CODENI</b>	Consejería Municipal por los Derechos de la Niñez y Adolescencia
<b>CONE</b>	Cuidados obstétricos y neonatales esenciales
<b>CUS</b>	Cobertura Universal de Salud
<b>DGEEC</b>	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
<b>DIRSINA</b>	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia
<b>DIT</b>	Desarrollo Infantil Temprano
<b>ENDSSR</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva
<b>ESF</b>	Equipo de Salud Familiar
<b>INAN</b>	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
<b>IPS</b>	Instituto de Previsión Social
<b>MAIDIT</b>	Modelo de Atención Integral del Desarrollo Infantil Temprano
<b>MEC</b>	Ministerio de Educación y Cultura
<b>MR</b>	Micro Red
<b>MSPyBS</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OEE</b>	Organismos y entidades del Estado
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PNDIPI</b>	Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020
<b>PRIDI</b>	Proyecto Regional de Indicadores
<b>RIISS</b>	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
<b>ROP</b>	Reglamento Operativo del Programa
<b>SAT</b>	Servicios de Atención Temprana
<b>SISVAN</b>	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional
<b>SIT</b>	Servicios de Intervención Temprana
<b>SNNA</b>	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
<b>SNPPNA</b>	Sistema Nacional de Protección a la Infancia y la Adolescencia
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud del Paraguay
<b>UEP</b>	Unidad Ejecutora de Proyectos
<b>UNESCO</b>	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
<b>USF</b>	Unidades de Salud de la Familia
<b>USF-A</b>	Unidades de Salud de la Familia Ampliada

# BIBLIOGRAFÍA

1. Baker-Henningham, Helen; López Boo, Florencia (2013): Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: Lo que funciona, por qué y para quién. Nota técnica IDB-TN-540. BID. Recuperado a partir de: <http://bienal-clacso-redinju-umz.cinde.org.co/archivos/BID.pdf>, revisado el 24 de Setiembre de 2016.
2. Banco Interamericano de Desarrollo, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2015) Reglamento Operativo del Programa de Desarrollo Infantil Temprano PR-L1051.
3. Bedregal, P.; Molina, H.; Mercer, R. (2013): Desarrollo Infantil Temprano: Desafío para la pediatría. In Enrique Paris Mancilla, Ignacio Sánchez, Daniel Beltramino, Alfonso Copto García (Eds.): Menenghello Pediatría. 6a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana (Tomo 1).
4. Bronfenbrenner, Urie (1979): The ecology of human development. Experiments by nature and design. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
5. Costa M., Torres E., Romero M.T., Fabregat M., Torres S., Martínez Y. et al. (2008): Juego, Juguetes y Atención Temprana: Pautas para el diseño de juguetes útiles en la terapia psicopedagógica. Editorial Instituto Tecnológico del Juguete (AIJU). Alicante, España. Recuperado a partir de: <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=2971&tipo=documento>, revisado el 24 de setiembre de 2016.
6. Familia y Salud (página web). Recursos para Padres. <http://www.familiaysalud.es/recursos-para-padres>, revisado el 24 de setiembre de 2016.
7. Figueiras A.C., Neves de Souza I.C., Ríos V.G., Benguigui Y. (2011): Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-años) en el contexto de AIEPI. (OPS) Washington, DC. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/Vigilancia2.pdf> revisado el 24 de Setiembre de 2016
8. Instituto Carlos Slim de la Salud (2009): Estrategia Amanece. Estimulación temprana. Crecimiento y desarrollo. Guía comunitaria. México. Recuperado de: <https://www.clikisalud.net/manuales/cuadernodesarrollohumano.pdf> revisado el 24 de setiembre de 2016.
9. Ministerio de Planificación de Chile (2009): Protección Social y Género. Determinantes de Riesgo Psicosocial en Gestantes que ingresan al Sistema Chile Crece Contigo. Recuperado a partir de [http://siis.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/seminario\\_genero2009/doc/2009/Nota\\_tecnica2.pdf](http://siis.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/seminario_genero2009/doc/2009/Nota_tecnica2.pdf), revisado el 24 de setiembre de 2016.
10. Ministerio de Salud de Chile (2010): Pauta de Riesgo Psicosocial. Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA). Recuperado a partir de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/12/Pauta-de-Riesgo-Psicosocial.pdf>, revisado el 24 de setiembre de 2016.
11. Ministerio de Salud de Chile (2013): Orientaciones Técnicas para las Modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Guía para los equipos locales. Recuperado a partir de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Orientaciones-t%C3%A9cnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>, revisado el 12 de setiembre de 2015.
12. Ministerio de Salud de Chile (2014): Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS. Programa Nacional de Salud de la Infancia. Edited by Dra. Heather Strain Henkes. Recuperado a partir de: [https://issuu.com/lydialiaaris/docs/2014\\_norma\\_tecnica\\_para\\_la\\_supervi](https://issuu.com/lydialiaaris/docs/2014_norma_tecnica_para_la_supervi), revisado el 24 de setiembre de 2016.

13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2007): Guía de la atención de la salud integral de la niñez-adolescencia y madre embarazada de la DIRSINA.
14. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2008): Manual de la Familia Saludable. Recuperado a partir de <http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2015/09/MANUAL-FAMILIA-SALUDABLE-.pdf>, revisado el 14 de diciembre de 2015.
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2008): Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Manual Clínico para profesionales de la salud. Módulo de Capacitación. Recuperado a partir de: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=91-aiapi-manual-clinico-para-profesionales-de-la-salud-modulo-de-capacitacion&Itemid=253](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=91-aiapi-manual-clinico-para-profesionales-de-la-salud-modulo-de-capacitacion&Itemid=253), revisado el 24 de setiembre de 2016.
16. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2011): Norma de evaluación, intervención y monitoreo del programa de desarrollo psicomotor en niños y niñas entre 0 y 3 años de la DIRSINA.
17. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2011): DIRSINA. Libreta de Salud del niño y la niña. Recuperado de: <http://dirsina.webnode.es/products/libreta%20de%20salud%20del%20ni%C3%B1o%20y%20la%20ni%C3%B1a/>, revisado el 24 de setiembre de 2016.
18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2012): Manual de Funciones de las Unidades de Salud de Familia. Recuperado a partir de: <http://www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/uploads/2013/11/MANUAL-DE-FUNCIONES-DE-LA-USF.docx>, revisado el 14 de diciembre de 2015.
19. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2013): Guía de Acogida en Puerta de Entrada. Recuperado a partir de: <http://www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/uploads/2013/11/GU-%C3%ACA-DE-ACOGIDA-EN-PUERTA-DE-ENTRADA.pdf>, revisado el 14 de diciembre de 2015.
20. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2013): Guía de Trabajo con Grupos. Recuperado a partir de: <http://www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/uploads/2013/11/GUIA-DE-TRABAJO-CON-GRUPOS.pdf>, revisado el 14 de diciembre de 2015.
21. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2014): Protocolo 1-Atención Prenatal en atención primaria de la Salud, recuperado a partir de: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=186-protocolo-1-atencion-prenatal-en-aps&Itemid=253](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=186-protocolo-1-atencion-prenatal-en-aps&Itemid=253), revisado el 14 de julio de 2016.
22. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2015): Diseño del Modelo de Atención de Desarrollo integral Infantil Temprano (MAIDIT) -versión del 6 de noviembre de 2015.
23. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Manual nacional de normas de cuidados preconcepcional, prenatal, parto, nacimiento y puerperio, seguros e inclusivos.

24. Paris Mancilla, Enrique; Sánchez, Ignacio; Beltramino, Daniel; Copto García, Alfonso (Eds.) (2013): Menenghello Pediatría. 6a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana (Tomo 1).
25. Poupin Berttoni, Lauren Jeanette (2009): El encuentro prenatal. Santiago, Chile: Eds. Universidad Católica de Chile.
26. Quintero A., Domínguez J. (2007). Guía para la evaluación y estimulación temprana del niño de 0 a 1 años. Ministerio de Salud de Panamá. Programa de Salud y Atención Integral a la Niñez. Clínica de Crecimiento y Desarrollo. Recuperado a partir de: <http://docplayer.es/6607933-Guia-para-la-evaluacion-nino-y-estimulacion-temprana-del-de-0-a-1-ano-ministerio-de-salud-programa-de-salud-y-atencion-integral-a-la-ninez.html>, revisado el 24 de setiembre de 2016.
27. Unicef Paraguay (2014): ¡UPA! Guía de pautas de crianza de niños y niñas entre 0 y 5 años para agentes formadores de familia. Recuperado a partir de: [http://www.unicef.org/paraguay/spanish/resources\\_28239.htm](http://www.unicef.org/paraguay/spanish/resources_28239.htm), revisado el 24 de julio de 2016.

# RESOLUCIÓN SG. N° 532

"Semioctenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Resolución S.G. N° ~~532~~ -

**POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, PARA PROFESIONALES DE LA SALUD, EN EL MARCO DEL PROCESO DE INSTALACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (MAIDIT).**

Asunción, 31 de agosto de 2016

**VISTO:**

El proceso de transformación en que se halla inmerso el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con miras a la implementación de un nuevo Modelo de Atención Integral en Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT), en la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS), basado en el trabajo continuado en un solo lugar, el desarrollo profesional y la calidad de la atención a los ciudadanos y a la comunidad; y

**CONSIDERANDO:**

Que la Constitución Nacional, en su Artículo 6, prescribe que *"La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza..."*, en tanto que en el Artículo 68 establece: *"El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad"*, y en el Artículo 69, que *"se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado"*.

Que la Ley N° 1032/1996, que crea el Sistema Nacional de Salud, en su Artículo 2° menciona entre los objetivos del mismo, *"Distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el Sector Salud, y a través del mismo, establecer conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas, incorporando a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de salud y prevención de la enfermedad en individuos y comunidades"*.

Que la Ley N° 836/1980, Código sanitario, establece en su Art. 3°, que: *"El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social"*.

Que el Decreto N° 513/2008, en su Art. 1° establece: Autorízase al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a definir y aprobar su Estructura Organizacional y Funcional.

Que el Decreto N° 21376/98; en su artículo 20, numeral 7; autoriza al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social a dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamenten su organización y determinen sus funciones.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, a través del Dictamen A.J. N° 1451, de fecha 23 de agosto de 2016, ha emitido su parecer favorable a la presente Resolución.

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Resolución S.G. N° 532.-

**POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, PARA PROFESIONALES DE LA SALUD, EN EL MARCO DEL PROCESO DE INSTALACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (MAIDIT).**

3) de agosto de 2016  
Hoja N° 02/02

**POR TANTO**, en ejercicio de sus atribuciones legales;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
R E S U E L V E:**

- Artículo 1°.** Aprobar el Manual de Vigilancia del Desarrollo Integral del Niño y niña menor de 5 años, para profesionales de la salud, en el marco del Modelo de Atención Integral en Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT), que se anexa a esta Resolución.
- Artículo 2°.** Encomendar a la Dirección General de Programas de Salud por intermedio de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia (DIRSINA), el Instituto Nacional de Salud y la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, la socialización y organización de la capacitación progresiva para funcionarios de establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social sobre el contenido del Manual aprobado en el Artículo precedente, el cual se anexa a esta Resolución.
- Artículo 3°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

  
**DR. ANTONIO CARLOS BARRIOS F.  
MINISTRO**







PROGRAMA DE DESARROLLO  
INFANTIL TEMPRANO  
“PARAGUAY, CRECIENDO JUNTOS”

