



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

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

CAPÍTULO

3

SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL



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

2^{da} edición

Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

EDITORES

SEGUNDA EDICIÓN ACTUALIZACIÓN 2021

Dra. Sylvia Santander Rigollet
Enf. Bárbara Leyton Cárdenas

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

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

Todos los derechos reservados.

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

EDITORES Y COEDITORES

PRIMERA EDICIÓN 2014

Editora
Dra. Heather Strain Henkes

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

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

Todos los derechos reservados.

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

ARTE

Rodolfo Valenzuela
Diseño, Ilustraciones y Diagramación

Valentina Jara
Fotografías

Paloma Leiva
Colaboración Fotografía, Proyecto Tetarte

Luis Miranda
Ilustraciones

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



ABREVIATURAS

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



ÍNDICE

CAPÍTULO 3

3.	SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL	11
3.1.	COMPONENTES GENERALES DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL	13
3.1.1.	Historia Clínica o Anamnesis	14
3.1.2.	Examen Físico con Evaluación Segmentaria	15
3.1.3.	Ejes de Abordajes Diagnósticos	17
3.1.4.	Plan de Cuidados Integrales	18
3.1.5.	Derivación e Interconsulta	18
3.1.6.	Seguimiento y Monitoreo	18
3.2.	SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL POR EDADES	21
3.2.1.	Control de Salud Infantil en Recién Nacidos/as (menores de 28 días)	22
3.2.2.	Control de Salud Infantil y Consultas en Lactante Menor (2 a 5 meses)	49
3.2.3.	Control de Salud Infantil en Lactante Medio (6 a 11 meses)	72
3.2.4.	Control de Salud Infantil en Lactante Mayor (12 a 23 meses)	89
3.2.5.	Control de Salud Infantil en Preescolar (2 a 4 años)	103
3.2.6.	Control de Salud Infantil en Escolar (5 a 9 años)	123
3.3.	SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL EN SITUACIONES ESPECIALES	143
3.3.1.	Abordaje de Niños y Niñas Prematuros	144
3.3.2.	Abordaje de Niños y Niñas con Necesidades Especiales de Atención de Salud (NANEAS)	156
3.3.3.	Control de Salud Infantil al Ingreso de Niños y Niñas Prematuros	170
3.3.4.	Control de Salud Infantil al Ingreso de Niños y Niñas con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS)	176
3.3.5.	Consulta de Lactancia Materna en Niños y Niñas Menores de 6 meses	186
	REFERENCIAS	194

La supervisión de salud integral se considera la base del proceso de acompañamiento en la trayectoria de crecimiento y desarrollo de la población infantil. A través de los contactos sistemáticos de los equipos de salud con los niños, niñas y sus familias, se configura como una oportunidad para lograr los objetivos esperados.



CAPÍTULO 3

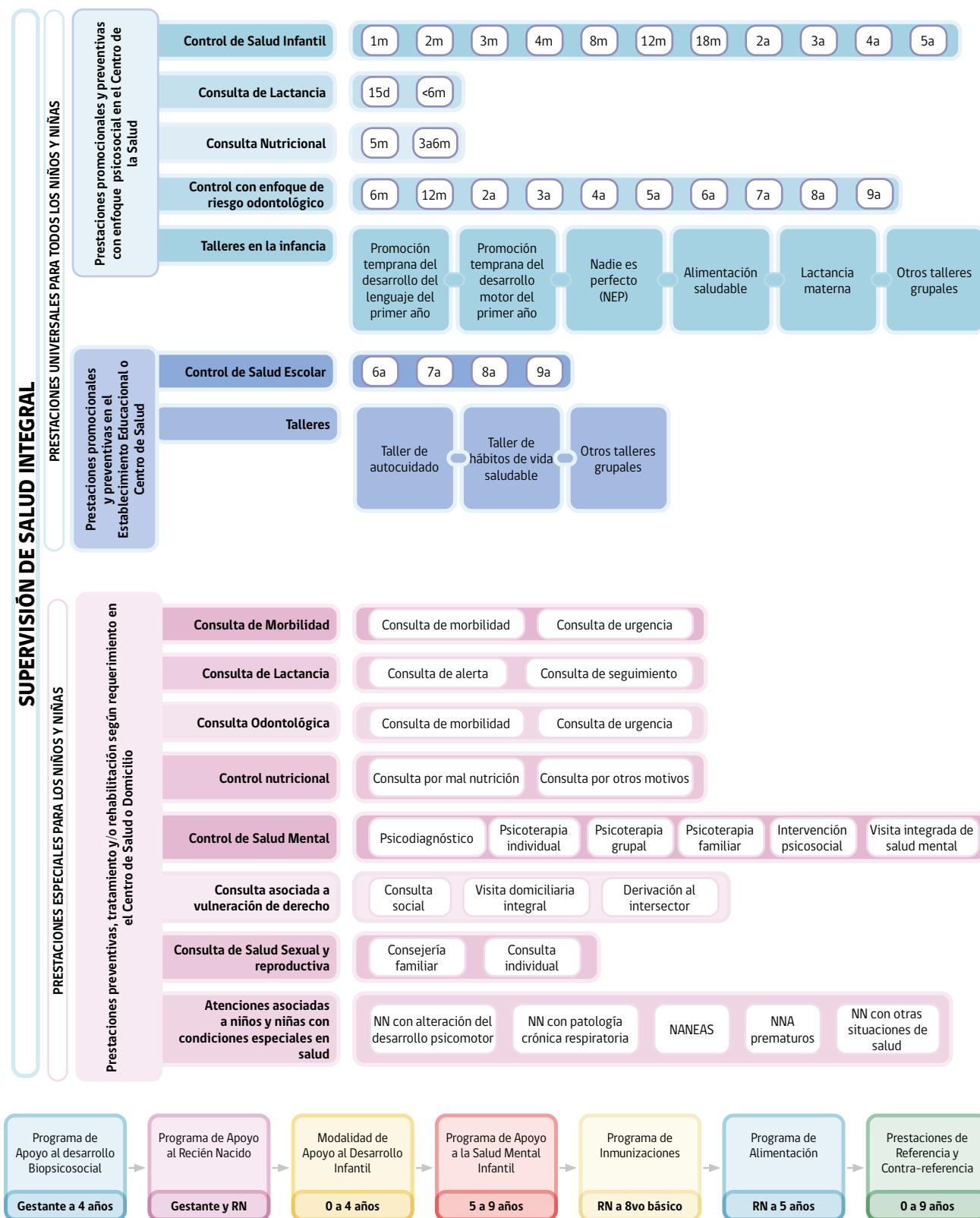
SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

A través de esta estrategia convergen todas las prestaciones y actividades de salud necesarias para un abordaje integral de los niños y niñas. Entre estas, se encuentran actividades que se realizan tanto dentro como fuera del establecimiento, involucrando de esta forma, a la familia y comunidad. Algunos ejemplos de estas actividades son (1):

- **Control de salud infantil** es la prestación eje de la supervisión integral, se realiza de manera secuencial y continua desde los 0 a los 9 años, lo que permite establecer una comunicación frecuente con los niños, niñas y sus familias. A través de ella, se pesquisan e intervienen oportunamente factores de riesgo para la salud infantil. Se supervisa el crecimiento, y se acompaña la trayectoria del desarrollo integral de los niños y niñas, actividades que se fortalecen con el Subsistema Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo.
- **Consulta nutricional** es una prestación de carácter promocional y preventiva, destinada a fomentar hábitos de alimentación saludables en los niños y niñas, a entregar guías anticipatorias y pautas alimentarias a las familias y a detectar factores de riesgo de malnutrición de manera oportuna.
- **Consulta de lactancia materna** es una prestación que puede ser de resolución inmediata o de seguimiento, la cual está destinada a apoyar y guiar a las madres, hijos o hijas y sus familias, en la instalación, mantención y recuperación de la lactancia materna.
- **Control con enfoque de riesgo odontológico (CERO)** se refiere al seguimiento realizado a través de controles de salud oral a niños y niñas menores de 10 años, con o sin patologías orales, para mantenerlos sanos y compensar en forma temprana a los que están enfermos.
- **Control de salud escolar** tiene como objetivo mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los factores de riesgo en salud más prevalentes en la población de 5 a 9 años 11 meses y 29 días, en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional.
- **Talleres en la infancia** están destinados a padres, madres y/o cuidadores para fortalecer las habilidades parentales, prevenir enfermedades, fomentar el desarrollo integral de niños y niñas y potenciar los factores protectores familiares. Utilizan metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando el aprendizaje, la expresión de emociones y el intercambio de experiencias entre pares.

A continuación, se detallan las prestaciones y programas vinculados a la supervisión integral de salud infantil (figura III-1).

Figura III-1. Prestaciones y programas vinculados a la supervisión de salud integral.



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

Los aspectos y consideraciones que deben estar presentes en cada supervisión de salud se describen a continuación:

- **El cuidado en salud es un proceso continuo:** comienza desde la gestación, continúa con el nacimiento y prosigue en las etapas de recién nacido/a, lactante, preescolar y escolar a través de los controles de salud infantil en APS. La continuidad del proceso de atención permite desarrollar un vínculo entre la familia, el niño o la niña y el equipo de salud. El seguimiento continuo facilita el desarrollo de un plan de trabajo dinámico, flexible y acorde con las necesidades de cada familia, en el que es posible priorizar, ejecutar y evaluar en forma periódica las dificultades, aprendizajes y logros.
- **Cada familia y persona es única:** cada una de ellas tiene características que las hacen particulares e irrepetibles, razón por la que el control de salud debe considerar dichas características para lograr un mejor impacto. El desafío para el equipo de salud es adaptar los conocimientos, la evidencia científica y las normativas a cada persona y su familia, con el fin de lograr los mejores resultados. La atención debe ser diferenciada según los problemas, factores de riesgo y factores protectores detectados.
- **El niño o niña es parte de una familia:** cada persona forma parte de un sistema familiar, donde cada integrante cumple roles y funciones que se interrelacionan. Por ende, la condición de salud de una persona que pertenece al grupo familiar impactará en el resto de sus integrantes (enfoque sistémico).
- **El niño o niña es parte de un contexto social:** como se describió en el Capítulo 1, cada persona está vinculada con los determinantes sociales de la salud. Esto implica que las condiciones y el contexto en que las personas nacen, crecen y se desenvuelven, tienen un impacto en su salud y bienestar.
- **Cada control es una oportunidad:** las familias son unidades cambiantes y dinámicas, donde cada encuentro con el equipo de salud puede ser considerado un momento para establecer un vínculo con ellas, de manera de mantener un plan de trabajo, identificar potenciales riesgos, fortalecer factores protectores y realizar las intervenciones que sean pertinentes a cada familia.

El equipo de salud acompaña el proceso de crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas. Esto, por medio de un enfoque anticipatorio, promocional y preventivo, favoreciendo acciones dirigidas al desarrollo armónico de los niños y niñas en su comunidad, y empoderando a la familia en su conjunto en el cuidado integral de su salud.

3.1. COMPONENTES GENERALES DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL

El control de salud infantil con enfoque integral es una oportunidad única, que permite a los profesionales de salud, en conjunto con la familia, realizar vigilancia al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas a través de su curso de vida, además permite conocer el entorno familiar y ambiental, evaluar el estado de salud y presencia de factores de riesgo, así como potenciar las habilidades parentales y otros factores protectores identificados. A través de la valoración y el diagnóstico de situaciones pesquissadas, el control de salud es un espacio en el que se efectúan acciones de prevención y promoción de salud, así como la aplicación de guías anticipatorias a la familia sobre diferentes temas relacionados al crecimiento y desarrollo de sus hijos e hijas, en base a una estructura de carácter transversal con enfoque de curso de vida.

Los aspectos generales de la Supervisión Integral de Salud Infantil son los siguientes:

- Historia clínica o anamnesis.
- Examen físico con evaluación segmentaria.
- Ejes de abordaje diagnósticos.
- Plan de cuidados integrales.
- Derivación e interconsultas.
- Seguimiento y monitoreo.

3.1.1. HISTORIA CLÍNICA O ANAMNESIS

Se entiende el desarrollo infantil como un proceso de cambios continuos, sucesivos y progresivos que experimenta el individuo durante su crecimiento, en el que confluyen y se interrelacionan factores biológicos, ambientales y sociales. Este proceso se caracteriza por la adquisición de una identidad física, psicológica y social que equilibre las necesidades del niño o la niña con las del contexto social y ambiental en que se encuentra inserto. El resultado de este proceso, puede describirse en distintas áreas del desarrollo físico, cognitivo, emocional y social (2).

La anamnesis (valoración) consiste en la obtención de información para la historia clínica mediante preguntas al niño o niña y a su familia, con el objetivo de obtener información valiosa que permita evaluar el desarrollo integral de ellos y ellas.

Es importante iniciar la entrevista identificándose como profesional y saludar en forma agradable y apropiada a la edad del niño o niña y dirigiéndose a él o ella por su nombre. Al comenzar la historia clínica, se debe establecer cuál es el objetivo del control, y recoger las inquietudes y/o motivos de consulta, tanto de los cuidadores principales como del niño o niña, tan pronto como pueda contribuir a la anamnesis. Dichas inquietudes son medulares para orientar el examen físico y realizar las indicaciones (3).

El o la profesional de la salud debe escuchar atentamente las inquietudes y preguntas de la madre, padre y/o cuidador principal del niño o la niña. Luego, debe completar la historia clínica con sus propias preguntas. Durante toda la entrevista, conviene privilegiar las preguntas abiertas que invitan a hablar a la familia, evitando dirigir la respuesta o emitir juicios de valor. Es importante que en todo momento el o la profesional identifique las emociones que el niño, la niña o la familia despiertan en él o ella, para manejarla y utilizarla en pro de la evaluación (3).

Por otra parte, los equipos de salud deben considerar que, al abrir temas en la anamnesis, se generan expectativas en la familia. Es por esto que todos los tópicos abiertos durante ésta, deben tener una planificación o cierre en el momento de la entrega de indicaciones (3). Es importante, además, incluir al padre en todo el proceso de atención, tanto en la citación previa como durante el control, haciéndole preguntas o hablándole directamente, potenciando un rol activo de la paternidad. Así también, es fundamental involucrar al niño o niña en la entrevista, realizándole preguntas de acuerdo con su edad. Es recomendable mantener el respeto y la empatía al momento de abordar temas que conciernen a la intimidad del niño o niña.

La anamnesis tendrá distintos focos prioritarios acorde con el control a realizar. En general, es esencial que considere antecedentes del niño o niña y su familia de forma integral. Dentro de ésta, es fundamental evaluar: antecedentes de la gestación y del parto; patologías perinatales; aspectos de su vida diaria como la alimentación; estado nutricional previo; nivel de actividad física; hábitos de sueño y características y frecuencia defecatoria y miccional. Además, es importante consignar la exposición a pantallas, logros en relación al desarrollo integral, inmunizaciones recibidas, medicamentos de uso habitual y antecedentes familiares tales como muerte precoz, enfermedades crónicas y/o enfermedades con alto componente hereditario. Por otra parte, es fundamental abordar cualquier otra duda o preocupación que tengan los padres y/o cuidadores (3).

Se debe considerar además que el contexto familiar en el que el niño o la niña vive es un determinante importante para su estado de salud. Al respecto, existen numerosos estudios que demuestran que, aunque exista indemnidad biológica en la infancia, un ambiente desfavorable puede enlentecer el ritmo del desarrollo, restringiendo la capacidad de aprendizaje de la persona (4). Es por ello que el o la profesional de salud debe conocer la composición de cada familia, cómo son las relaciones entre sus miembros, qué actividades desarrollan, cuál es la disposición emocional de los miembros hacia el niño o la niña, cuáles son sus creencias y tradiciones, si existen estresores recientes, o si alguno de los miembros tiene alguna enfermedad crónica, entre otros. Todos estos factores constituirán el contexto familiar y psicosocial del niño o la niña, el cual influenciará potentemente sus posibilidades de desarrollo y crecimiento.

Por otra parte, resulta relevante conocer si la familia pertenece a grupos de vulnerabilidad biopsicosocial, detectados por el Sistema de Protección Social como el Chile Seguridades y Oportunidades (a través del registro social de hogares) o Chile Crece Contigo y si está recibiendo beneficios o las atenciones correspondientes.

También es importante revisar la ficha de salud del niño o niña, con el fin de otorgar continuidad al proceso de atención y dar seguimiento a potenciales factores de riesgo pesquisados previamente. Además, se recomienda indagar sobre el estado de salud del niño o niña y su familia en las últimas semanas previas al control.

3.1.2. EXAMEN FÍSICO CON EVALUACIÓN SEGMENTARIA

Posterior a la historia clínica, se debe realizar el examen físico. La observación del niño o niña, nos entrega importante información respecto de su estado de salud, crecimiento, nutrición, comportamiento, sociabilidad e interacción con sus cuidadores principales. Esta instancia es además una oportunidad para evaluar los logros alcanzados en el desarrollo psicomotor. Es importante no olvidar que se debe explorar especialmente aquellos hallazgos detectados en la anamnesis.

Cada profesional de salud debe crear un ambiente de confianza con el niño, niña y su familia, el cual se forma desde la primera interacción con ellos. El examen físico debe tener concordancia con la edad del niño o la niña que consulta. Debe ser, idealmente, una exploración cefalo caudal. En lactantes, se recomienda que el examen físico sea realizado mientras la madre, el padre o acompañante lo tiene en brazos o sentado en sus piernas, de esa forma es menos estresante para el infante y produce menos rechazo. Es importante recalcar que el o la profesional siempre debe ser respetuoso/a, utilizando el método más amigable posible.

Independiente de la edad, se debe explicar cada procedimiento a realizar tanto al niño o la niña, como a sus padres o cuidadores principales, con un lenguaje simple, cercano y veraz.

Se sugiere comenzar con la observación y luego, si corresponde, proceder a la auscultación de áreas críticas (pulmonar y cardíaca), dejando lo más invasivo o lo más atemorizante (examen de boca, pesar y medir), para el final. En niños y niñas más grandes, se debe considerar su asentimiento, y el profesional debe ser muy respetuoso con el pudor, facilitando que puedan vestirse en la medida que se completa el examen.

A pesar de que los puntos clave a examinar en cada control se encuentran descritos en forma detallada en esta norma según la edad del niño o niña a examinar, siempre el criterio clínico y las necesidades de cada niño o niña y su familia son los que imperan a la hora de realizar un examen físico, no pudiendo minimizarse solamente a lo que está escrito en esta normativa, dado que en ésta solo se establece un estándar base de las actividades a realizar en la población infantil.

Es importante observar el aspecto general del niño o niña, el estado de conciencia, posición y grado de actividad, apariencia general de la hidratación, perfusión distal, facies, color de la piel, patrón respiratorio, voz, llanto, consolabilidad y afectividad.

- La inspección, antes de iniciar el examen, entrega valiosa información acerca de su estado nutricional, comportamiento y respuesta social, nivel de higiene y cuidado.
- En el examen físico general es importante, además, realizar la antropometría, el control de los signos vitales, y la toma adecuada de la presión arterial.

Evaluación segmentaria

Se debe evaluar los aspectos generales de todos los niños y niñas en el control de salud infantil, tales como la coloración de la piel y las mucosas, el pelo, las uñas, músculos y articulaciones en general.

- **Estado de conciencia:** la observación de su estado general se realiza desde que ingresan al box de atención. Un buen indicador de la función de la corteza cerebral es la Escala AVDI (alerta, voz, dolor e inconsciente) (5), que consiste en valorar 4 parámetros (tabla III-1).

Tabla III-1. Escala AVDI

ALERTA	Despierto, activo, responde correctamente a padres y al examinador.
VOZ	El niño responde SOLO a la voz (Ej.: al llamado por su nombre o al hablar en voz alta).
DOLOR	El niño responde solo ante estímulos dolorosos (Ej.: pincharle el lecho ungueal).
INCONSCIENTE	El niño no responde a ningún estímulo.

Fuente: American Heart Association y American Academy of Pediatrics, 2011 (5).

- **La observación de forma:** longitud y tamaño de las extremidades, posición ante el examen físico (indiferente, antiálgica, flexión etc.), dismorfias mayores y menores.
- **La observación neuromuscular:** evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos. En caso de lactante menor la evaluación de los reflejos es fundamental.
- **Piel y mucosas:** observar y describir erupciones o lesiones cutáneas, registrarlas en la historia clínica, y compararla con sus respectivas características anteriores. Evaluar la presencia de signos carenciales.
- **Cabeza y cuello:** tamaño, forma y posición. Evaluar suturas y fontanelas, registrar tamaño y características (según a la edad del infante). Palpar adenopatías cervicales y tiroides.
- **Cara:** forma, tamaño y simetría de toda la constitución de esta. Descartar rasgos genéticos menores (hipertelorismo, implantación baja de las orejas, etc.). La observación de ojos, orejas, nariz, cavidad oral y lengua, el cuidado de la piel, mucosas y dentición, según corresponda para cada grupo etario.
- **Tórax:** observar el tórax y sus movimientos. Valorar expansión torácica y simetría de la respiración, control de frecuencia por minuto y auscultación pulmonar. Hay que recordar que la respiración abdominal es irregular hasta aproximadamente los 12 meses de edad. En relación con el sistema cardiovascular, se debe realizar auscultación cardíaca, la cual se debe complementar con la palpación de pulsos, siendo importante constatar la frecuencia cardíaca por minuto.
- **Abdomen:** inspección, auscultación, percusión y palpación. En caso de la valoración de un RN, debe considerar el ombligo y la cicatrización del muñón umbilical.
- **Genitales:** observar genitales externos, evaluar tamaño, integridad de la piel, presencia de secreciones, fenómenos fisiológicos y estadio de Tanner. La evaluación genital y posteriormente la madurez puberal es una parte importante del examen físico. Debe ser efectuada con especial cuidado, informando tanto a los padres, como al niño o la niña, de lo que se realizará y el motivo.
- **Extremidades:** evaluar integridad de la piel, perfusión, simetría o alteraciones en la forma, eje y alineación de ellas. Esta se debe realizar en la camilla y en marcha, para realizar evaluación biomecánica general.

3.1.3. EJES DE ABORDAJES DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico individual de cada niño y niña debe incluir cinco ejes de abordaje (figura III-2), los cuales se describen a continuación:

1. **Desarrollo integral:** el diagnóstico debe considerar la progresión y maduración de las diferentes áreas del desarrollo, para esto debe realizar una evaluación clínica, apoyada en la observación, entrevista, registros e instrumentos vigentes, así como la evaluación que realizan las madres, padres y/o cuidadores.
2. **Biopsicosocial:** se deben evaluar los factores de riesgos y factores protectores que impacten en la adquisición del máximo potencial de desarrollo y/o en el crecimiento saludable de cada niño o niña.
3. **Familiar:** incluye situación de la familia, el momento curso de vida familiar y problemas de salud biopsicosocial de los miembros de esta, que puedan afectar la salud y la trayectoria normal del desarrollo de niños y niñas.
4. **Nutricional:** definir el diagnóstico nutricional integrado de acuerdo con las orientaciones vigentes del MINSAL (6). Además, en este apartado, debe estipularse además si el niño o la niña presenta una talla fuera de los parámetros normales para la edad, así como también perímetro de cintura, perímetro cefálico y desarrollo puberal, cuando corresponda.
5. **Problemas de salud:** se detallan los problemas de salud detectados en orden de prioridad biomédica.

Figura III-2. Ejes de abordaje para el diagnóstico individual del niño o niña.



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

En el control de la diada, los diagnósticos difieren de los descritos anteriormente, dada las particularidades y necesidades en este período.

3.1.4. PLAN DE CUIDADOS INTEGRALES

De manera posterior al establecimiento de los distintos diagnósticos, se procede a priorizarlos de acuerdo con su gravedad o potencial impacto en la salud integral de niño o niña. Esto, con el fin de definir un Plan de Cuidados que permita abordar de manera congruente las situaciones detectadas. Si bien las acciones a implementar deben ser acordes a la evidencia científica y a los lineamientos emitidos por el Nivel Central, el Plan de Cuidados debe además ser afín a la realidad de cada núcleo familiar, considerando sus fortalezas y debilidades, con el fin último de velar por el Bien superior del niño o niña. Además, se deben considerar los recursos locales y el contexto del territorio donde se realiza la supervisión de crecimiento y desarrollo del niño o niña.

Para la salud integral de los niños y niñas es necesario, además, mantener la continuidad de los cuidados a través del rol del equipo de cabecera (7). De esta forma, el Plan de Cuidados se debe basar en una relación horizontal con la familia, que no se limite a la mera entrega de instrucciones, siendo parte de un acompañamiento continuo e integral en el cual se lleguen a acuerdos con los niños, niñas y sus familias, de manera de potenciar sus capacidades y habilidades y aumentar su autoeficacia en la entrega del cuidado. Son finalmente las familias las que tomarán las decisiones finales acerca del cuidado de los niños y niñas, y la influencia del equipo de salud en estas decisiones dependerá de la calidad de la relación que se establezca y de los recursos propios de cada familia (8).

3.1.5. DERIVACIÓN E INTERCONSULTA

El desafío de un sistema de redes integradas de los servicios de salud es relevante con el fin de lograr mejoras en la continuidad de la atención, el seguimiento de los usuarios y las derivaciones oportunas (9).

Cabe señalar que, el equipo de salud, a través del gestor de red, gestiona las medidas necesarias (administrativas y/o asistenciales) para mantener la coordinación de las redes integradas. La finalidad es que se dé continuidad a las derivaciones, referencias y contrarreferencias de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red. Por tanto, el sistema de referencia y contrarreferencia corresponde al conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud (9).

Finalmente, la coordinación de los equipos de salud entre los distintos niveles de la red de atención es fundamental para romper con la fragmentación administrativa, institucional y organizacional del sector salud. Esto permitirá avanzar en la integración de los servicios y en la continuidad de los cuidados, pudiendo responder con mayor resolutoriedad (9).

3.1.6. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Para el seguimiento y monitoreo, además de mantener la continuidad del cuidado con un equipo de cabecera, es necesario cumplir a cabalidad con el sistema de registro que se encuentre disponible en cada centro, de manera de monitorear la evolución y/o levantar alertas acerca de las distintas situaciones que puedan ser identificadas en cada niño, niña y su familia.

Figura III-3. Calendario de Supervisión de Salud Integral, 2021.

Recién Nacido/Nacida	Control de salud de la diada (antes de los 10 días)
	Control de salud infantil del primer mes
Lactante Menor	Control de salud infantil de los 2 meses
	Control de salud infantil de los 3 meses
	Control de salud infantil de los 4 meses
	Consulta nutricional de los 5 meses
Consulta de Lactancia	Consulta de alerta
	Consulta de seguimiento
Lactante Medio	Control de salud infantil de los 6 meses
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 6 meses
	Control de salud infantil de los 8 meses + evaluación del DSM
Lactante Mayor	Control de salud infantil de los 12 meses
	Control de salud con enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) de los 12 meses
	Control de salud infantil de los 18 meses + evaluación del DSM
Preescolar	Control de salud infantil de los 2 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 2 años
	Control de salud infantil de los 3 años + evaluación del DSM
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 3 años
	Consulta nutricional de los 3 años y 6 meses
	Control de salud infantil de los 4 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 4 años
	Control de salud infantil de los 5 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 5 años
Escolar	Control de salud infantil de los 6 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) y GES Salud Oral Integral de los 6 años
	Control de salud infantil de los 7 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 7 años
	Control de salud infantil de los 8 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 8 años
	Control de salud infantil de los 9 años
	Control de salud con enfoque de riesgo odontológico (CERO) de los 9 años
Controles Extras	Cada niño o niña puede tener más controles y consultas según sus necesidades de salud

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

3.2. SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL POR EDADES

La supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud, tiene como objetivos principales:

- Evaluar la salud integral.
- Acompañar la trayectoria del proceso de crecimiento y desarrollo individual.
- Promover hábitos de vida saludables.
- Prevenir enfermedades o accidentes.
- Detectar en forma temprana y derivar oportunamente, situaciones que puedan afectar la salud y el desarrollo.
- Activar las redes y realizar seguimiento en caso de detectar factores de riesgo.

En cada control de salud, se debe revisar la historia clínica, realizar un examen físico, antropometría, establecer los diagnósticos antes descritos en esta norma y elaborar un plan de trabajo con los niños y niñas y su familia. Sin embargo, cada control tiene evaluaciones específicas dependiendo de los hitos del desarrollo en cada etapa del niño o la niña. Dichas especificaciones, son detalladas en las fichas de los controles de salud infantil por edades presentadas en este capítulo.

En Chile, un 78,7% de la población se encuentra afiliada al Fondo Nacional de Salud (FONASA). De forma puntual, alrededor de un 79% de la población menor de 10 años se encuentra dentro de este grupo (10). Es importante destacar que el 65,1% de la población inmigrante y el 63,3% de los NNA menores de 14 años nacidos en el extranjero, están afiliados a FONASA (11).

De acuerdo con los datos del Registro Estadístico Mensual (REM), para el año 2019, se realizaron en el sistema público 2.827.989 controles de salud en niños y niñas menores de 10 años. De estos, un 71,2% fue realizado por profesionales de enfermería, un 13,7% por profesionales médico/as y un 14,3% por matronas/es. Además, del total de población del país en control se realizaron 19.008 controles de salud a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de población SENAME durante el año 2019.

Al revisar la cobertura del control de salud infantil desde el año 2015 al 2019, se puede identificar un alza en los últimos 5 años, según la información DEIS 2019:

Tabla III -2. Cobertura del Control de salud de niños y niñas de 0 a 9 años, 11 meses y 29 días, años 2015 al 2019.

POBLACIÓN NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 0 Y 9 AÑOS	2015	2016	2017	2018	2019
Población Bajo Control: REM P2	1.116.076	1.134.444	1.137.597	1.161.056	1.162.064
Población Inscrita y validada: FONASA	1.808.003	1.805.424	1.606.409	1.671.547	1.636.409
% de niños y niñas entre 0 y 9 años bajo control respecto a la población inscrita y validada	61,7%	62,8%	70,8%	69,5%	71,0%

Fuente: DEIS, MINSAL, 2021 (datos extraídos marzo de 2021).

3.2.1. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN RECIÉN NACIDOS/AS (MENORES DE 28 DÍAS)

Los/las Recién Nacidos/as son dados de alta en promedio entre 48 y 72 horas post parto. Para lograr un ingreso oportuno al control de salud infantil, las familias deben ser dadas de alta con una cita concertada en el Centro de Salud de Atención Primaria en el que estén inscritos (idealmente entre 48 a 72 horas post alta), para asegurar la continuidad de la atención.



Es importante entender que la llegada de un nuevo o una nueva integrante a la familia suele ser un evento de felicidad, pero también puede transformarse en un momento de crisis normativa, en donde la familia se enfrenta a situaciones de estrés y cambios biopsicosociales. Deben adaptarse a cambios en la funcionalidad de cada miembro de la familia, a las necesidades del nuevo hijo o hija, y en algunos casos, también a las demandas de los hermanos mayores. Los padres y/o cuidadores deben construir o reconstruir su identidad y adecuarse a las nuevas exigencias y desafíos del rol, los que incluyen adecuaciones físicas, emocionales, intelectuales, sociales, entre otras.

En este contexto, los nuevos padres, madres y/o cuidadores deben ajustar el ambiente, sus rutinas y horarios a las necesidades de su hijo o hija, redireccionando sus energías. Es normal que muchas veces las personas adultas suelen sentirse sobrepasadas y agotadas en el período inicial (3).

Debido a la inmadurez fisiológica del sistema nervioso central de los recién nacidos/as, existen particularidades que deben ser consideradas. Es importante recordar a la madre y padre y/o cuidadores, que el/la RN posee todos los sentidos (aunque algunos más maduros que otros), los que utiliza para comunicarse y conectarse, por lo que es necesario que reciba estimulación adecuada y contacto frecuente y oportuno.

En relación con su desarrollo, en el Tabla III - 3 se explican los reflejos primitivos y su relación con algunos de los hitos del desarrollo infantil:

Tabla III - 3. Evaluación de Reflejos Primitivos del Recién Nacido y Lactante

Reflejos arcaicos	¿Cómo se realiza la evaluación?	¿Cuál es la respuesta normal?	¿Con qué hito del desarrollo se relaciona?	¿Qué puede indicar cuando se altera?	¿Cuál es la edad de aparición?	¿Cuál es la edad de desaparición?
Reflejo de Moro	<p>En supino, colocar al lactante sobre un pañal o manta y traccionar en forma súbita.</p> <p>O en supino levantar la cabeza del lactante (15°) y suavemente dejarla caer en las manos del examinador.</p> <p>También lo pueden provocar ruidos fuertes, tocar al lactante con la mano fría o de improviso, flash de una foto.</p>	<p>Extensión y luego flexión rápida y simétrica de brazos y piernas.</p> <p>Al progresar la maduración del Sistema Nervioso Central, desaparece primero la fase flexora.</p>	<p>Dado que es el reflejo de la inestabilidad postural del niño o niña, no puede coexistir con hitos que implican estabilidad, como la Coordinación Mano-Mano-Boca y menos aún con hitos posteriores como sedestación, gateo u otros.</p>	<p>Su alteración implica que el niño o niña tiene un control postural deficiente, como ocurre en las alteraciones neuromotoras (Parálisis Cerebral). En el desarrollo espástico se observa una respuesta incompleta, mientras que en el distónico está aumentada y persistente.</p>	<p>Recién nacido/a.</p> <p>Aproximadamente a las 32 semanas de gestación.</p>	<p>Con los estímulos descritos, no debería sobrepasar los 4 meses.</p>
Reflejo de Búsqueda	<p>Tocar una vez la mejilla desde la comisura hacia la oreja.</p>	<p>El lactante abre la boca, desvía la comisura y gira la cabeza, hacia el lado estimulado.</p>	<p>Es el reflejo que le permite al lactante buscar y encontrar la fuente de alimento.</p>	<p>Disminuido o ausente en la Parálisis Facial.</p> <p>Persistente en forma inespecífica en alteraciones neuromotoras.</p>	<p>Recién nacido/a.</p> <p>Como cadena de reflejos desde la 34 - 36 semanas de gestación.</p>	<p>Muy intenso el 1. mes, luego disminuye gradualmente. No debiera sobrepasar los 3 meses.</p>
Reflejo de Succión	<p>Poner el dedo (con guantes), sobre los labios, al centro, rozando suavemente.</p>	<p>Succión del dedo, con cierre bilabial, movimientos rítmicos de la mandíbula y ondulantes de la lengua.</p>	<p>Permite la alimentación del niño o niña y se traslapa en forma casi imperceptible con la succión voluntaria.</p>	<p>Está disminuido o ausente en las alteraciones del Sistema Nervioso Central (asfixia neonatal, lesiones severas). Si se asocia a una alteración de la deglución, es un signo de mal pronóstico del desarrollo neurológico.</p>	<p>Recién nacido/a.</p> <p>Desde muy temprano en la vida intrauterina, pero como cadena de reflejos orofaciales, desde las 34 semanas gestacionales.</p>	<p>3 - 4 meses, muy intenso el primer mes de vida, disminuye gradualmente y se sobrepone con la succión voluntaria aproximadamente a los 3 meses.</p>
Reflejo de Prensión palmar	<p>Se coloca el dedo en sentido transversal en la palma del lactante, sin tocar el dorso de la mano.</p>	<p>Fuerte flexión de todos los dedos de la mano, envolviendo al dedo del examinador.</p>	<p>Debe desaparecer para que el niño o niña pueda hacer transferencia (pasarse un objeto de una mano a la otra) y realizar el apoyo palmar.</p>	<p>Está anormal en el desarrollo de las alteraciones neuromotoras:</p> <p>aumentado o persistente en el desarrollo espástico, disminuido o ausente en el desarrollo distónico.</p>	<p>Recién nacido/a.</p> <p>Desde aproximadamente 16 semanas de gestación.</p>	<p>Muy intenso el primer mes de vida, disminuye gradualmente. Desaparece por completo poco antes de los 6 meses.</p>

Reflejo de Prensión plantar	Tocar con un dedo en la planta del pie del lactante, en la mitad de la base de los orfejos, sin tocar el dorso del pie.	Flexión de todos los dedos del pie.	Debe desaparecer para que el niño o niña logre el apoyo plantar y así iniciar la marcha libre.	Similar al Reflejo de Prensión palmar, está anormal en las alteraciones neuromotoras, pero al revés. Está disminuido o ausente en el desarrollo espástico y aumentado o persistente, en el distónico.	Recién nacido/a. Desde aproximadamente las 20 semanas de gestación.	Muy intenso en los primeros 6 meses de vida, decrece paulatinamente a medida que va logrando el apoyo plantar. Desaparece poco antes de que logre la marcha libre (10 - 18 meses).
Reflejo de Marcha Automática	En posición vertical, tomado desde la región torácica (debajo de las axilas) y apoyando los pies del RN en una superficie, inclinar ligeramente hacia un lado, (importante aclarar a los padres que es sólo un reflejo, que debe desaparecer para que el niño o niña pueda caminar bien).	El RN realiza amplios movimientos de paso, como de astronauta, apoyando toda la planta del pie. Durante el primer mes hay también movimientos de los brazos, similares a los de las piernas (extensión y flexión ipsilaterales).	En este reflejo no hay disociación de las extremidades, por lo que no puede coexistir con aquellos hitos que la requieran, como el giro coordinado o la marcha libre.	En las alteraciones neuromotoras está aumentado o persistente en el desarrollo distónico, disminuido o ausente en el espástico.	Recién nacido/a. Desde aproximadamente las 32 y 34 semanas gestacionales.	Muy intenso en período de RN, y luego desaparece rápidamente. Dura hasta aproximadamente las 4 a 6 semanas.
Reflejo de Galant	Con una mano tomar al lactante en suspensión ventral en el aire (cerca y arriba de la camilla), pasar suavemente el dedo, de forma vertical a 1 cm de la línea media, iniciando desde el ángulo de la escápula hasta la cresta ilíaca.	Se incurva el tronco hacia el mismo lado que se estimuló. En los primeros meses, respuesta muy intensa, que incluye movimientos de las extremidades, flexión del lado estimulado, extensión del lado contrario (similar a lo que ocurre en la Marcha Automática).	Dado que es un patrón de respuesta global, sin disociación, no puede coexistir con el giro coordinado , que a su vez es un precursor de la marcha libre.	Respuesta anormal en las alteraciones neuromotoras, aumentado o persistente en el desarrollo distónico, disminuido o ausente en el desarrollo espástico.	Recién nacido/a. Desde aproximadamente las 32 y 34 gestacionales.	Desaparece gradualmente, muy intenso en los primeros meses, desaparece alrededor de los 4m.

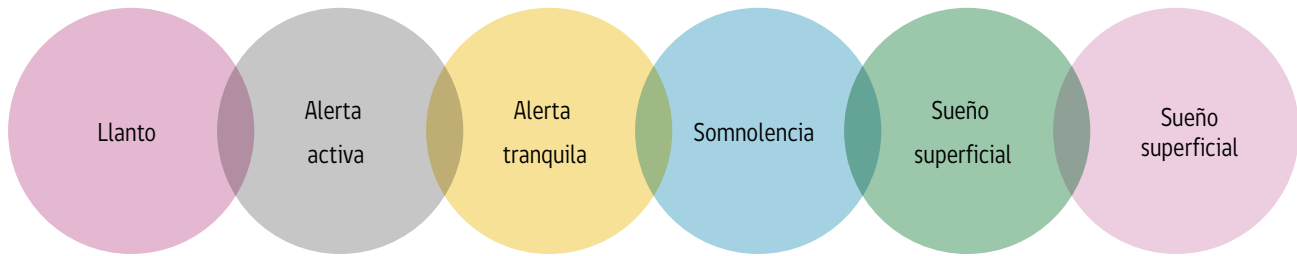
Postura del Esgrimista (Nota: no utilizar el concepto de reflejo Tónico Nucal o Cervical Asimétrico)	Observar al RN o lactante, en supino, cuando mira algo, cuando ya logra la fijación y seguimiento visual.	No es un reflejo. Al mirar algo que le llama la atención, gira la cabeza hacia ese lado, extiende el brazo y pierna ipsilateral y flexiona las del lado contrario. Al taparle la vista, se desarma el patrón. La posición de las extremidades es en rotación externa, flexión y extensión sueltas, manos sueltas. Puede hacerla a ambos lados.	Se produce cuando aún no logra mantener la cabeza en la línea media, cuando no tiene control cefálico y todos los hitos que lo implican: Coordinación. mano-mano-boca, giro, sedestación, marcha, etc.	Persiste cuando el RN no logra girar la cabeza libremente y/o mantenerla en la línea media. Persiste en las alteraciones neuromotoras, en un patrón alterado (mano en puño, rotación interna, extensión o flexión rígidas).	Aparece alrededor de las 4 - 6 semanas de vida, cuando logra la fijación y seguimiento visual .	Desaparece poco antes de los 3 meses.
Reacción de Paracaídas anterior	Se toma al lactante por la cintura y se proyecta hacia adelante (sin soltarlo).	Reacciona extendiendo rápidamente los brazos y apoyando las palmas, para protegerse de la caída.	Implica que el lactante es capaz de percibir el cambio postural y adaptarse a él. Paralelamente, logra el apoyo palmar . Debe ser una respuesta simétrica de ambas manos.	Se retrasa en los niños y niñas con alteraciones neuromotoras y/o aparece en patrón alterado, con las manos insuficientemente abiertas. También se retrasa en los lactantes ciegos y en aquellos con un pobre nivel cognitivo.	Desde aproximadamente los 6 meses de vida.	No desaparece, dura toda la vida.

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

Es importante que los/las profesionales de salud refuercen en las madres, padres y/o cuidadores la importancia de reconocer, interpretar y responder adecuadamente a las diferentes manifestaciones de malestar o estrés que el/la RN pueda expresar. Deben ser educados y habilitados en estrategias efectivas y oportunas de consuelo y vinculación, como cargar al niño o niña en brazos, favorecer el porteo, intencionar periodos de contacto piel con piel, amamantar a libre demanda, entre otras, desmitificando que por estas acciones pueden «malcriar al niño o niña».

Asimismo, es importante que los/las profesionales de la salud puedan fomentar la comprensión de los diferentes estados de conciencia durante el primer mes del recién nacido/a, favoreciendo la interacción, comunicación y estimulación entre el adulto significativo y el niño o niña, durante los períodos de alerta tranquila.

Figura III-4. Estados de conciencia del recién nacido/a.



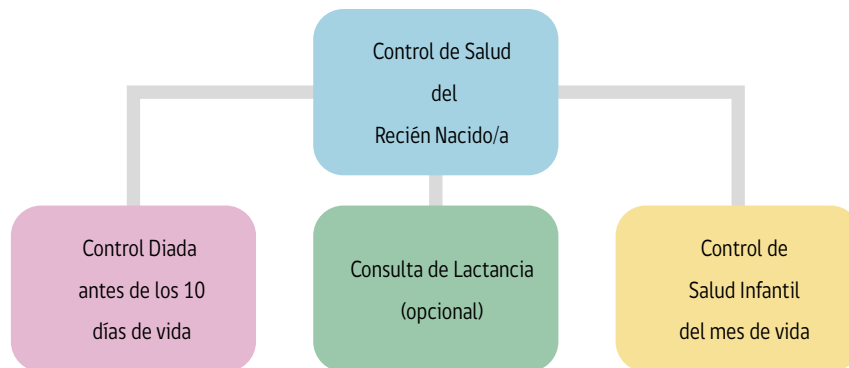
Fuente: elaborado por el Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

En este primer mes de vida, es especialmente importante acompañar a la madre en su lactancia materna y poder acogerla de manera inmediata ante cualquier consulta por dificultades relacionadas. Generalmente, los problemas de lactancia (mal acople, dolor) se inician tempranamente y pueden desalentar a una madre a continuar con la lactancia materna exclusiva si no recibe apoyo y solución oportuna, razón por la cual, ante cualquier consulta o duda de esta índole en los primeros días, debe ser considerada una consulta de urgencia.

En el primer control, la participación del padre suele ser mayor, por lo que es un buen momento para reforzar la importancia de su asistencia a los siguientes controles de salud y reforzar su rol clave y único en la crianza y cuidado de los hijos e hijas en el contexto familiar. Durante el control de salud se le debe realizar preguntas directas respecto a las acciones de cuidado que realiza e incluir en la educación. Cuando no exista un padre en la familia, es de gran importancia identificar otra figura de apoyo para involucrarle precozmente en la supervisión de salud integral los controles de salud. Se debe registrar en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM), la asistencia del acompañante al control.

Durante este primer período, se deben realizar dos controles de salud infantil de acceso universal y una consulta de lactancia según factores de riesgo y problemas detectados.

Figura III-5. Supervisión de Salud del Recién Nacido/a.



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

3.2.1.1. CONTROL DE SALUD DE LA DÍADA

Período	Ideal		Tardío	
	Antes de los 10 días de vida (Idealmente entre las 48 y 72 horas post alta)		Entre 11 a 28 días de vida	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar integralmente el crecimiento, desarrollo y adaptación al entorno del recién nacido/a.• Evaluar integralmente a la madre y el bienestar e interacción familiar.• Evaluar los riesgos biopsicosociales, realizar activación de redes y seguimiento.• Evaluar la instalación de la lactancia materna.• Formular los diagnósticos correspondientes al control de salud.• Fomentar la corresponsabilidad en la crianza, cuidados, salud y desarrollo del niño o niña.• Reafirmar el vínculo de la familia con el Centro de Salud.• Entregar contenidos promocionales y preventivos concordantes con el período.			
Profesional	<ul style="list-style-type: none">• Matró/a o Médico/a.			
Instrumento o herramienta	<ul style="list-style-type: none">• Pauta de factores de riesgo biopsicosocial (anexo 1).• Score riesgo de morir por neumonía (anexo 22).			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
60 minutos	Universal	Díada	<ul style="list-style-type: none">• Libro Descubriendo juntos.• Cuaderno de Salud de niñas y niños entre 0 y 9 años• Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niña.</p>	Módulo: Primer Control de Salud Infantil (ingreso)
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none">• Revisar la pauta EPsA (aplicada durante la gestación) y plan de trabajo durante el embarazo. En caso de contar con EPsA alterado revisar monitoreo de acciones realizadas por la red social y salud, en módulo Gestión y Administración de acciones, acción gestante, en SRDM. Aplicar pauta de factores de riesgo biopsicosocial para niños y niñas.• Aplicar pauta de factores de riesgo biopsicosocial para niños y niñas y registrarla en SRDM.• Revisar Inscripción en el Registro Civil.• Si la familia recibió un set de implementos del Programa de apoyo al recién nacido (PARN).• Si le han aplicado la Ficha de Protección Social (FPS) y si recibe Subsidio Único Familiar (SUF).			
Antecedentes de la gestación	<ul style="list-style-type: none">• Consignar problemas de salud durante la gestación y resultados de exámenes de rutina y vacunación dTpa e Influenza• Consignar uso de fármacos y/o suplementos durante el embarazo.• Evaluar cambios mamarios durante la gestación.• Indagar si la madre recibió GES “Salud Oral Integral de la Embarazada” y educación en prevención de enfermedades bucales, recordar que puede terminar su tratamiento hasta 15 meses después de la primera atención.• Indagar sobre enfermedades de base de la madre (considerar salud física y psicológica).• Indagar respecto a la experiencia de embarazo de la madre y su pareja.			

Antecedentes del parto	<ul style="list-style-type: none"> Indagar sobre tipo de parto, cuidados proporcionados durante el trabajo de parto y complicaciones asociadas. Conocer diagnósticos del RN durante y al momento del alta hospitalaria. Explorar sobre antecedentes relevantes de la adaptación al medio extrauterino tales como: Evolución clínica durante la estadía hospitalaria, Exámenes de laboratorio realizados, necesidad de reanimación inicial o avanzada y puntaje APGAR. Preguntar sobre datos antropométricos del nacimiento, y su adecuación para la edad gestacional del RN. Preguntar sobre realización de contacto piel con piel y lactancia materna durante la primera hora de vida. Valorar acompañamiento del padre o de una persona significativa durante el parto. Preguntar sobre la experiencia de parto de la madre y su pareja.
Antecedentes de la hospitalización y alta	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar curva de peso: porcentaje de baja, incremento de peso diario, recuperación de peso de nacimiento. Consignar si el/la RN recibió algún líquido distinto a la leche materna. Evaluar inicio de la lactancia materna: producción de leche, frecuencia, duración de las tomas y problemas percibidos. Evaluar cumplimiento de las indicaciones del alta de la maternidad. Indagar estado de salud y problemas de salud del RN y de la madre en esta etapa. Verificar que al RN se le efectuaron en la maternidad los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje de hipotiroidismo congénito (TSH). - Evaluación auditiva (EOA, si el nacimiento se realizó en el hospital con procedimiento instalado). - Toma de muestra de screening de fenilcetonuria (PKU). - Vacuna BCG. - Vacuna Hepatitis B.
Experiencia de los padres y/o cuidadores con el RN	<ul style="list-style-type: none"> Preguntarle a la familia sobre su estado emocional y capacidad de adaptación a la nueva etapa. Evaluar instalación de rutinas y hábitos de autocuidado en los padres y/o cuidadores (alimentación, descanso, hidratación, etc.). Indagar sobre preguntas e inquietudes respecto al cuidado y salud del RN. Indagar si existe una red de apoyo y si la madre tiene alguna figura de apoyo en la crianza. Indagar sobre el estilo de crianza y habilidades parentales, disposición al consuelo efectivo y al contacto físico. Observar las actitudes de cariño de los padres y acompañantes con el niño o niña (esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla) y su disposición al amamantamiento/alimentación. Evaluar la coresponsabilidad en los cuidados, en la crianza, en la lactancia materna y en entregar apoyo a la madre (psicológico y práctico).
Temas de salud específicos del RN	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar hábitos de alimentación: tipo de alimentación, frecuencia, factores que pueden interferir en la instalación de la LM, técnica de lactancia y transferencia de leche. Evaluar diuresis: cantidad, frecuencia y color. Descartar presencia de cristales de urea y pseudomenstruación en el pañal. Evaluar deposiciones: cantidad, frecuencia, color y consistencia. Descartar presencia de sangre en deposiciones o color blanco de las mismas (sospecha de atresia biliar, anexo 15). Preguntar por eliminación de meconio en las primeras 24 horas de vida. Evaluar sueño y nivel de actividad en el RN. Preguntar sobre posición para dormir, lugar y abrigo. Atención con factores de riesgo de muerte súbita. Preguntar sobre aseo diario, muda y aseo del cordón, frecuencia y productos. Indagar sobre condiciones que favorecen la termoestabilidad del recién nacido tales como: número de prendas utilizadas y condiciones de habitabilidad en donde duerme el recién nacido. Indagar acerca de la forma de transporte que utiliza y, si corresponde, acerca de uso de Sistema de Retención Infantil (SRI) y de seguridad en el hogar.

Temas de salud específicos de la madre en periodo de puerperio	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado general: descanso, alimentación, hidratación. • Evaluar estado emocional: nivel de estrés, labilidad, bienestar general, disponibilidad de figuras de apoyo. • Evaluar el bienestar físico de la puérpera: realizar examen físico y segmentario y todas las acciones consideradas en control de puerperio. Poner especial atención en aspectos relacionados a patologías o factores de riesgo que se desprenden de su experiencia de parto y del inicio de lactancia materna. • Consultar acerca de situaciones de salud particulares de la puérpera que se hayan presentado en este período.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO O RECIÉN NACIDA	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla. • Evaluar peso. • Evaluar perímetro craneano, determinar si existe sospecha de macrocefalia (corregir por talla) o de microcefalia. • Se aconseja por comodidad del RN dejar para el final esta evaluación.
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad, color de la piel y mucosas). • Evaluar estado de conciencia y nivel de actividad. Y considerar la evaluación de signos vitales. • Descartar malformaciones evidentes, por ejemplo: polidactilias o sindactilias.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar presencia de reflejos arcaicos: Moro, prensión palmar y plantar, marcha automática, búsqueda, etc. • Evaluar reflejo de succión, fuerza y funcionalidad. • Evaluar: tono muscular, descartar hipotonía o hipertonía marcada. • Inspeccionar: postura, descartar asimetrías evidentes. • Evaluar: tipo de llanto y consolabilidad.
Evaluación de piel y fanéres	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar indemidad e hidratación • Evaluar ictericia y su extensión. • Inspeccionar la presencia y extensión de eritema, hemangiomas o nevos. Describir apariencia, tamaño y ubicación en ficha clínica. • Inspeccionar la presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar presencia de dermatitis.
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar asimetrías del cráneo (plagiocefalia, braquicefalia, escafocefalia), cabalgamiento de suturas (normal hasta los 7 días) y signos de craneosinostosis (cierre prematuro de suturas). • Evaluar presencia de deformaciones plásticas (cefalohematomas y bolsa serosanguínea). • Palpar fontanelas: presencia, tamaño y tensión (deprimidas o abombadas). • Palpar ganglios. • Evaluar en zona auriculares presencia de papilomas y fistulas preauriculares (derivar a médico/a).
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección general de la apariencia y simetría. • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Descartar estrabismo permanente. • Fijación de mirada.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua, piso de boca, frenillos labiales, mucosos y frenillo lingual. • Descartar dientes perinatales y candidiasis bucal. • Palpar indemidad del paladar. • Evaluar reflejos de succión-deglución, coordinación, fuerza y funcionalidad.
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultación pulmonar: evaluar murmullo pulmonar simétrico, descartar ruidos pulmonares patológicos (diferenciar de ruidos fisiológicos transmitidos desde la zona nasal). • Evaluar pulsos periféricos: presentes y simétricos. • Auscultación cardíaca: buscar soplos cardíacos, ritmo irregular, signos de insuficiencia cardíaca y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos).

Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar callo óseo en clavícula o dolor a la palpación. • Palpar distensión abdominal. Si presentara distensión abdominal e ictericia tardía derivar a médico/a de urgencia para descarte de atresia biliar. • Descartar masas palpables. • Descartar visceromegalia y hernias (especialmente umbilicales e inguinales). • Examinar si el muñón umbilical está presente o ausente y examinar la base del mismo buscando signos de infección (eritema, mal olor o secreción purulenta).
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar presencia de fosita pilonidal o signos sugerentes de defectos de cierre de neuroporo anterior o posterior (manchas, hemangiomas, fositas, etc. en la línea media dorso-lumbar). • Caderas: limitación en la abducción, signo de Galeazzi, evaluación con técnica de Ortolani y Barlow. • Extremidades: asimetrías en movimiento o fuerzas, malformaciones, movimientos espontáneos. • Evaluar simetrías en la fuerza y postura. • Factores de riesgo de displasia de caderas (derivar a médico/a).
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar que el ano esté perforado y que su ubicación sea normal. • Observar integridad de la piel (ausencia de dermatitis del pañal). • Genitales con caracteres claros femeninos o masculinos. • Caracteres Sexuales Femeninos: descartar clítoris hipertrófico, sinequia. • Caracteres Sexuales Masculinos: palpar presencia de ambos testículos en escroto (descartar criptorquidia) y descartar hipospadia o epispadia. Descartar aumento de volumen escrotal, reductible con transiluminación negativa (sospecha de hernia), diferenciándolo de hidrocele fisiológico. • Evaluar diuresis: cantidad, frecuencia y color. Detectar presencia de cristales de urea y pseudomenstruación en el pañal. • Evaluar deposiciones: cantidad, frecuencia, color y consistencia. Descartar presencia de sangre en deposiciones o color blanco de las mismas (sospecha de atresia biliar).
MADRE	
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar acerca del bienestar psicoemocional de la madre desde la llegada del RN. • Evaluación del estado general de la madre (estado de conciencia, piel y mucosas). • Evaluar signos vitales (pulso, temperatura y presión arterial). • Evaluar régimen alimentario, estado nutricional, peso. • Evaluar evolución del dolor postparto. • Evaluar frecuencia y características de la diuresis y deposiciones. • Evaluar involución uterina. • Evaluar herida quirúrgica en caso de parto por cesárea. Realizar curación y/o extracción de puntos cuando corresponda. • Revisar extremidades inferiores en búsqueda de edema o várices. • Evaluar integridad de genitales externos y zona perianal. Evaluar estado de episiorrafia si corresponde. Observar características de loquios.
LACTANCIA MATERNA	
Aspectos generales de la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar factores de riesgo y factores protectores para el éxito de la lactancia materna. • Indagar en torno a la decisión y autoeficacia de la madre en torno al proceso de lactancia.
Técnica de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la posición de la madre y del RN, acople profundo y asimétrico de la mama, succión y transferencia de leche. • Evaluar grado de vaciamiento y estado del pezón al desacople.
Examen de mamas	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el estado general: descartar enrojecimiento local y congestión. • Evaluar el estado del pezón: descartar heridas, grietas u otras lesiones. • Indagar por problemas percibidos por la madre (dolor, baja producción de leche, etc.)

DIAGNÓSTICOS

- Incremento ponderal desde alta hospitalaria (adecuado/lento/sin incremento/pérdida de peso y porcentaje).
- Lactancia materna (instalada/en vías de instalación/con o sin dificultades).
- Problemas de salud detectados en el RN.
- Problemas de salud detectados en la madre.
- Pesquisa de riesgos biopsicosociales en la madre y/o niño o niña.
- Otros problemas detectados.

INDICACIONES, RECOMENDACIONES Y ACUERDOS GENERALES DEL CONTROL DE LA DÍADA

Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Amamantar de forma frecuente y efectiva (alrededor de 8 a 12 veces en 24 horas), cada vez que crea que el niño o niña lo necesite (educar sobre signos tempranos de hambre y libre demanda) (12). - Optimizar el agarre profundo y asimétrico de la mama, considerando la areola y no sólo el pezón. - Educar que, en cada toma, se debe ofrecer de un pecho hasta vaciarlo y luego el otro. • Desincentivar el uso de chupete al menos hasta que la lactancia esté bien instalada (generalmente al mes de vida). Luego, el uso es opcional, sin embargo, debe ser usado de manera ocasional, incentivando otras herramientas de consuelo. • Informar a la madre sobre grupos de apoyo de pares en la comunidad. • Informar a la familia sobre instancias de apoyo a la lactancia (consultas de lactancia, talleres) y cómo acceder ante problemas o dudas.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar administración de vitamina D 400 UI al día. Número de gotas varía según marca comercial.
Cuidados del RN	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de apego y vínculo, acoger y calmar al/el RN cada vez que manifieste malestar (los niños y niñas manifiestan su malestar de diferentes formas tales como: quejidos, expresiones faciales, incomodidad corporal, etc., el llanto es una más de estas expresiones), educar sobre técnicas de consuelo efectivo. Promover llevar en contacto piel con piel cuando sea posible, fomentar el uso del Mei-tai. • Fomento de sueño seguro, prevención de muerte súbita y muerte por aplastamiento. El niño o niña deben dormir en la habitación de sus padres hasta el año de vida. La posición debe ser de espalda, en una superficie firme (sobre un colchón), sin almohadas, con los brazos descubiertos, evitando sobreabrigar, sin gorro. Reforzar el correcto uso de la cuna. • Baño, puede ser aún en presencia del cordón umbilical usando agua entre 35 °C y 37 °C (tibia). El jabón no es necesario a esta edad y si se usa debe ser neutro, sin perfumes, en pequeña cantidad y de uso ocasional. No es necesario que el baño sea diario. • Muda frecuente, realizar limpieza con agua y/o aceite, evitar uso de toallas húmedas y jabón. • Aseo del cordón umbilical no debe quedar cubierto por el pañal (dejar al aire), sólo por ropa del algodón. Se debe mantener limpio y seco. El uso de alcohol se reserva sólo cuando las condiciones ambientales del hogar no sean las adecuadas (hacinamiento, dificultad de acceso a agua potable y al lavado de manos), ya que el uso de antisépticos retrasa su caída (13). • Cuidado de la piel, no exponer al sol y no aplicar bloqueador. • Limar las uñas idealmente cuando esté dormido con lima de grano fino. • Indicar el procedimiento para registro en el Registro Civil, cuando sea necesario. • Indicar cómo utilizar el Material Educativo entregado. • Reforzar la utilización de materiales del Programa de apoyo al recién nacido (PARN): cartillas educativas, bolso, ropa, aceite para masajes, cojín de lactancia, etc. según nota metodológica correspondiente. • Reforzar lectura del Material: Descubriendo Juntos: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/03/Descubriendo-Juntos.pdf. El cual abarca todos estos contenidos.

Estimulación y acompañamiento del desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Acudir siempre al llanto y/o diferentes manifestaciones de malestar del RN, y consolar efectivamente. • Explicar al padre, madre y/o cuidadores, que el/la RN consolados rápida y efectivamente durante el primer año de vida, tiene mejor desarrollo cerebral, menos problemas de alimentación y sueño y aprende a manejar mejor sus emociones. Así como, favorece el establecimiento del vínculo seguro de apego. • Explicar la importancia de leer e interpretar las señales del RN, verbalizando lo que los padres creen que sienten y verbalizando las acciones que realizarán con él/ella. Por ejemplo: «Pedro, creo que estás incómodo porque tienes el pañal sucio. Ahora te voy a mudar». • Educar a la familia respecto a actividades de estimulación de las diferentes áreas del desarrollo del RN, puede leer y usar material de Chile Crece entregado en el control.
Guías anticipatorias: Cólicos del lactante	<p>Educación en los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muchos/as RN cerca de los 21 días de vida, aumentan los períodos de irritabilidad o llanto (lo que en los casos más severos se conocen como los "cólicos del lactante"). Para disminuir la probabilidad que esto ocurra, es importante cargar a los niños o niñas en brazos o porta bebé desde el comienzo de su vida. Es importante que al momento de las indicaciones el profesional enseñe métodos de contención del llanto (Revisar material educativo Chile Crece Contigo, sobre manejo respetuoso de los cólicos y manejo respetuoso del llanto). • Los/las RN perciben el estado emocional de la madre, padre o cuidador significativo, por lo que es probable que si los adultos manifiestan estrés o malestar psicoemocional, los/las RN estén más irritables o inconsolables ("contagio emocional"). • De todos modos, si la familia percibe que su hijo o hija llora de forma inconsolable o de manera preocupante, deben consultar al centro de salud.
Guías anticipatorias: Hipo y reflujo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la familia respecto a los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa (14,15): • Hipo o singulto: es frecuente que los/las RN y lactantes. Se produce por contracciones del diafragma con el frío o con la alimentación. En algunas ocasiones puede estar asociado a llanto. • Reflujo gastroesofágico: es un proceso fisiológico que consiste en regurgitación sin esfuerzo muscular y se debe a inmadurez del esfínter gastroesofágico. Comienza a disminuir desde los 6 meses y desaparece antes de los 18 meses. Evitar realizar muda o acostarlo inmediatamente después de la alimentación, revisar que la ropa no comprima la zona abdominal.

<p>Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a factores de riesgo de contraer enfermedades, considerando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos frecuente con agua y jabón. - No estar en contacto con personas con enfermedades contagiosas. - No exponer al humo del cigarrillo. Nunca fumar dentro de la casa. Si se realiza en el exterior, cambiar de ropa y realizar lavado de manos y rostro. - No exponer a sistemas de calefacción contaminantes (parafina, leña), idealmente utilizar estufas eléctricas y si no es posible abrigar al RN (evitando el sobre abrigo). - Evitar asistir a lugares cerrados concurridos o con mala ventilación. Desaconsejar besar al niño o la niña en la boca o chupar cosas que él o ella vaya a chupar después (riesgo de enfermedades infectocontagiosas, incluyendo caries dentales). • Educar respecto a factores de riesgo de accidentes, considerando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - No beber líquidos calientes con el niño o niña en brazos. - Prevención de muerte súbita y aplastamiento: correcta posición al dormir y correcto uso de la cuna. - No poner alfileres de gancho en su ropa, cuerdas, collares o pulseras que pueden enredarse en su cuello o muñecas y provocar lesiones. • Educar respecto al traslado de los niños y niñas, según pertinencia: <ul style="list-style-type: none"> - Correcto uso del mei tai y/o coche (siempre fortaleciendo el uso del Mei tai). - Sistema de Retención Infantil (SRI): <ul style="list-style-type: none"> • El SRI debe ser de uso permanente, a contramarcha, considerando que el asiento central es más seguro si se puede instalar adecuadamente. • Evitar exceso de abrigo para la correcta sujeción del arnés. • Considerar que, si el acompañante adulto va al lado en el asiento trasero, debe usar cinturón de seguridad al igual que el conductor. • Fomentar el uso de teléfonos de emergencia y ayuda: <ul style="list-style-type: none"> - Fonoinfancia 800 200 818 en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas. - Salud responde 600 360 7777 en caso de dudas o necesidades de orientación (incluyendo urgencias) en relación con la salud del niño o niña. • Sitio web de Chile Crece Contigo www.crececontigo.gob.cl para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar "consulta a expertos" en diversas áreas. • Acudir al Servicio de Urgencia: ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar, que debe estar limpia y seca, siendo normal hasta 37,5°C), decaimiento importante o irritabilidad no consolable, rash cutáneo, tos, dificultad respiratoria (cianosis, aleteo nasal, retracciones intercostales, quejido), apnea 20-30 segundos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos o según necesidad.
<p>Derivaciones y/o exámenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frente a la detección de factores de riesgo para la instalación exitosa de la lactancia materna, derivar a Consulta de Lactancia, con carácter de urgencia indicando acciones realizadas y plan de intervención. • Derivar a control de salud del mes con médico/a.

BANDERAS ROJAS AL CONTROL DE LA DÍADA

Es fundamental que aquellos/as RN y/o madres que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendido/a por el/la profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, la derivación deberá ser asistida, es decir, un miembro del equipo deberá tomar la hora directamente, explicar y entregar por escrito a la familia el procedimiento a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Incremento ponderal menor a 20 gr/día	<ul style="list-style-type: none"> Después del parto, es normal que los/las RN pierdan hasta el 10 % del peso hasta el tercer a cuarto día de vida y que al quinto día inicien el aumento de peso, para recuperar el peso de nacimiento entre los 10 y 15 días de vida (16). En RNpT es diferente y se estima que pierdan entre un 12 a 15%. En el caso de niños y niñas nacidos por cesárea, es importante considerar la relación de la administración de líquido con la pérdida de peso de los RN. Si en el control de la díada el niño o niña no ha subido de peso en relación con el peso al alta de la maternidad, evaluar sus condiciones generales en aspectos tales como: tono, actividad, hidratación, cantidad de pañales (cantidad y calidad de diuresis y deposiciones). Si el/la RN se observa en buenas condiciones y se evidencia transferencia de leche en el control de salud: <ul style="list-style-type: none"> Optimizar técnica de lactancia. Derivar a consulta de lactancia. Si el/la RN tiene signos clínicos de deshidratación leve a moderada: <ul style="list-style-type: none"> Optimizar el acople (acople asimétrico y profundo), evaluar transferencia de leche. Evaluar problemas en el establecimiento de lactancia. Educar respecto a la técnica de lactancia: ✓ Abrigo adecuado («tenida de lactancia»: con body y calcetines solamente o incluso desnudo en verano ante mucho calor. Al terminar de amamantar abrigar nuevamente). ✓ Si se requiere extracción de leche, educar sobre técnica de extracción y forma de alimentar al niño o niña, indicar vasito, sonda al dedo o sonda al pecho. ✓ Si existe hipotonía o succión débil, aconsejar dar apoyo a mentón con mano de bailarina y realizar compresiones mamarias. <ul style="list-style-type: none"> Suplementar con leche materna extraída. Si lo anterior no es posible por alguna causa médicamente justificada, utilizar fórmula de inicio. Derivar a consulta de lactancia materna en las 48 a 72 horas posteriores. Si el niño o niña presenta signos de deshidratación severa, derivar a servicio de urgencia.
Signos de riesgo de hipoglicemia	<ul style="list-style-type: none"> Ante síntomas y signos como temblor, sudoración, irritabilidad, palidez, taquipnea, llanto débil o anormalmente agudo, hipotonía, dificultades para la alimentación en un niño o niña con buena ingesta previa, alteración en el nivel de conciencia (letargo, coma), convulsiones (17). Derivar a Servicio de Urgencia.
Problemas de lactancia	<p>En ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Indagar en los motivos por los que la madre no está amamantando de forma exclusiva. Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. Derivar a consulta de lactancia materna. Educar respecto a la técnica de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado. Derivar a médico/a en caso de requerir diagnóstico y tratamiento.
Presencia de Ictericia	<p>Ictericia bajo las rodillas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar de manera urgente para cuantificación de niveles de bilirrubina y evaluar la necesidad de fototerapia. Considerar control para evaluar progresión según cada caso (anexo 14).

Presencia de frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar técnica de lactancia y transferencia de leche. • Examinar mama en búsqueda de lesiones asociadas. • Evaluar derivación a odontólogo/a o especialista (odontopediatra, cirujano infantil, cirujano maxilofacial).
Presencia de dientes perinatales o neonatales	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a odontólogo/a para evaluación y eventual tratamiento.
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico: los episodios de reflujo se asocian con complicaciones como esofagitis, compromiso nutricional con pérdida de peso, complicaciones respiratorias, irritabilidad, rechazo a las tomas de leche e hiperextensión cervical. En caso de sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico se debe derivar a médico/a. • Derivar a Servicio de urgencia: si existe inicio precoz antes de las 2 semanas de vida. Vómitos persistentes, vómitos en proyectil, vómitos biliosos. Distensión abdominal marcada, signos peritoneales. Mal incremento ponderal/rechazo alimentario persistente. Hematemesis o rectorragia/hematoquecia. Signos neurológicos (fontanela abombada, convulsiones, alteración de conciencia). Hepatoesplenomegalia asociada a síntomas sistémicos: fiebre, deshidratación y/o compromiso del estado general.
Sospecha de Neurofibromatosis Tipo I o Esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. • Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). • Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). • Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centrofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Sospecha de fisura labiopalatina	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar con urgencia a médico/a para confirmación o descarte diagnóstico. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 15 días siguientes, por sospecha de enfermedad GES (Ver “Guía clínica fisura labiopalatina” (18)).
Presencia de candidiasis oral	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación y tratamiento.
Colecho inseguro	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que la familia haya decidido practicar colecho, se debe educar respecto a la inseguridad y riesgo de morir por aplastamiento y/o sobreabrigo, asociada a las siguientes prácticas de colecho: <ul style="list-style-type: none"> – Que en la cama que duerme el lactante y sus padres, además duerman otros hermanos, otras personas o mascotas. – Que la cama no sea lo suficientemente grande para que duerman el padre, madre y lactante. – Padre y/o madre que refieren situaciones de cansancio. – Padre y/o madre con malnutrición por exceso (por riesgo de aplastamiento). – Padre y/o madre usuarios de medicamentos que alteren estados de conciencia (relajantes musculares, benzodiacepinas, inductores del sueño, entre otros). – Padre y/o madre con consumo de alcohol, cigarro y/o drogas. – Recién nacidos/as prematuros y/o bajo peso de nacimiento. • Educar a la familia respecto a prácticas de sueño infantil seguro. • Si el colecho se asocia a riesgos biopsicosociales, activar alertas de vulnerabilidad, evaluar caso con equipo de cabecera y considerar visita domiciliaria.

Score de IRA en puntaje moderado o grave	<p>Moderado y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derivar a talleres IRA. - Revisar registro de vacuna dTpa de la madre. - Realizar Consejo breve antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. - Intervenir según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestionar visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios por sala IRA. <p>Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si presentó episodio agudo, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico, para apoyar a la familia y evitar recaídas o sobreinfección.
Sospecha de BRUE	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a urgencia para estudio.
Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el control lo realice matrona o matrn, derivar a médico/a para confirmar el diagnóstico. • En caso de que un médico/a confirme el diagnóstico, derivar en forma urgente a cirugía infantil.
Alteraciones del examen físico del RN	<ul style="list-style-type: none"> • Ante la presencia de tos, inestabilidad térmica (con mayor frecuencia hipotermia que fiebre), compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis, aleteo nasal, quejido respiratorio), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad detectados, derivar inmediatamente a médico/a para diagnóstico, indicación de tratamiento y/o derivación a servicio de urgencia de pediatría o neonatología según complejidad del problema detectado.
Alteraciones del examen físico de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de problema obstétrico derivar a urgencia del servicio de obstetricia y ginecología. • En caso de problemas no obstétrico derivar a consulta de morbilidad médica para evaluación y eventual derivación a servicio de urgencia.
Alteraciones emocionales madre/padre/ cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Activar red Chile Crece Contigo (en adelante ChCC). • Entregar herramientas de consuelo efectivo del llanto y de fomento del vínculo de apego. • En caso de sospecha de problemas y/o trastorno de salud (incluye consumo de drogas y alcohol) mental en la madre, padre o cuidador del niño o niña, derivar asistida a consulta de salud mental. • En caso de sospecha de psicosis o ideación suicida materna, la madre debe ser evaluada en el momento por el médico/a del CESFAM para evaluar la necesidad de derivación de forma inmediata y luego ser acompañada por miembro del centro de salud a urgencia del hospital de referencia.
Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. • Destacar los beneficios de expresar afecto al RN y lo significativas que son las experiencias tempranas para el desarrollo posterior. • Reforzar el contacto piel a piel (todos los días) y/o fomentar el uso de porta bebé o método canguro. Si la madre no se siente cómoda y está de acuerdo, evaluar si otro miembro de la familia desea hacerlo. • Derivar a un profesional, derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental, cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual. • Gestionar apoyo del equipo psicosocial del CESFAM para la elaboración de un plan familiar personalizado. • Llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para realizar un plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral.

Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar en SRDM riesgos detectados. • Trabajar el caso con el equipo de cabecera para realizar un plan de cuidado consensuado con la familia y eventual visita domiciliaria integral. • Derivar a Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI). • Activar la red Chile Crece Contigo.
Ingreso tardío a control de la diada	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un plan de seguimiento por el equipo de cabecera. • Fomentar la adherencia al control de salud, evitando juzgar a la familia por el atraso. • Explicar los beneficios asociados al control de salud periódico.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar posible Enfermedad de Hirschsprung, el niño o niña presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). • No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. • Derivar a médico/a y/o servicio de urgencia.

3.2.1.2. CONTROL DE SALUD INFANTIL DEL PRIMER MES

Período	Ideal			Tardío
	28 días a 1 mes 5 días			1 mes 6 días a 1 mes 20 días
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña.Detectar problemas del neurodesarrollo infantil, y promover su estimulación temprana.Pesquisar oportunamente anomalías o malformaciones infantiles.Formular los diagnósticos correspondientes al control y condición de cada lactante.Evaluar el proceso de adaptación del niño, niña, madre, padre y familia.Apoyar la lactancia materna exclusiva.Orientar a padres, madres y/o cuidadores y sus dudas respecto a desarrollo, salud y crianza de niños y niñas.			
Profesional	<ul style="list-style-type: none">Médico/a.			
Instrumento o herramienta	<ul style="list-style-type: none">Protocolo de evaluación neurosensorial (anexo 3).Score riesgo de morir por neumonía IRA (anexo 22).			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
30 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none">Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niña.</p>	<p>Módulo digitación niños y niñas, contacto.</p> <p>Registrar control de salud y la detección de riesgos biopsicosocial y neurosensorial.</p>
ANAMNESIS: ANTECEDENTES Y ENTREVISTA				
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none">En caso de niños o niñas que anteriormente fueron pesquisados con riesgo biopsicosocial revisar si las alertas generadas ya fueron resultas por la red Chile Crece Contigo, en caso de pesquisar nuevos riesgos de vulnerabilidad, levantar nuevas alertas en SRDM.Indagar si ha existido algún estresor importante o enfermedad del lactante desde el último control.Indagar sobre factores de riesgos previos que requieran seguimiento y su actual estado (riesgo biopsicosociales, visitas domiciliarias programadas, vacunaciones pendientes del lactante y la madre, etc).			
Antecedentes de la gestación y parto	<ul style="list-style-type: none">Indagar sobre condición y dificultades en la gestación y parto.Conocer diagnósticos de nacimiento (edad gestacional, antropometría, Apgar).Preguntar sobre realización de contacto piel con piel y lactancia materna durante la primera hora de vida.Valorar participación del padre en el proceso de gestación, parto y primer mes.			
Antecedentes de la hospitalización y alta	<ul style="list-style-type: none">Evaluar curva de peso: incremento de peso diario, recuperación de peso de nacimiento.Evaluar inicio de la lactancia materna: producción de leche, frecuencia, duración de las tomas y problemas percibidos.Indagar estado de salud y problemas de salud del lactante y de la madre en esta etapa.			
Experiencia de los padres y/o cuidadores con el RN	<ul style="list-style-type: none">Preguntarle a la familia sobre su estado emocional y capacidad de adaptación a la nueva etapa.Evaluar instalación de rutinas y hábitos de autocuidado en los padres y/o cuidadores (alimentación, descanso, hidratación, etc.).Indagar sobre preguntas e inquietudes respecto al cuidado y salud del RN.Indagar si existe una red de apoyo y si la madre tiene alguna figura de apoyo en la crianza.Indagar sobre el estilo de crianza y habilidades parentales, disposición al consuelo efectivo y al contacto físico.Observar las actitudes de cariño de los padres y acompañantes con el niño o niña (esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla) y su disposición al amamantamiento/alimentación.Evaluar la corresponsabilidad en los cuidados, en la crianza, en la lactancia materna y en entregar apoyo a la madre (psicológico y práctico).			

Temas de salud específicos del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar hábitos de alimentación: tipo de alimentación, frecuencia, factores que pueden interferir en la instalación de la LM, técnica de lactancia y transferencia de leche. • Evaluar eliminación (diuresis y deposiciones), cantidad, frecuencia, color y consistencia en 24 horas. Descartar sospecha de atresia biliar (anexo 15). • Evaluar sueño y nivel de actividad en el lactante. Preguntar sobre posición para dormir y abrigo. Evaluar factores de riesgo de muerte súbita. • Preguntar respecto a la presencia de ronquido o ruidos cuando el niño o niña duerme. • Preguntar sobre aseo diario, cuidados de la piel, muda y aseo del cordón, frecuencia y productos. • Indagar acerca de la forma de transporte que utiliza y, si corresponde, acerca de uso de Sistema de Retención Infantil (SRI). • Uso correcto de Mei tai y/o coche de paseo.
Salud mental infantil	<p>Hito: Reconocimiento y contacto inicial con figuras significativas.</p> <p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo ha sido este primer mes con su hijo(a) en casa? • ¿Cómo ha sido el proceso de amamantamiento de su hijo(a)? • Observar cómo se relaciona la madre/padre con él o la recién nacido.
Temas de salud específicos de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el bienestar físico: dolor al amamantar, dificultad al defecar, estado herida operatoria, loquios, evolución del dolor postparto, nivel de energía. • Consultar acerca de situaciones de salud particulares de la puérpera que se hayan presentado en este período. • Indagar si la madre recibió GES "Salud Oral Integral de la Embarazada" y educación en prevención de enfermedades bucales, recordar que puede terminar su tratamiento hasta 15 meses después de la primera atención.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de talla y peso. • Medición de perímetro craneano, determinar existencia de sospecha de macrocefalia (corregir por talla) o sospecha de microcefalia. • Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva.
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad, color de la piel). • Evaluar estado de conciencia y nivel de actividad. Y considerar la evaluación de signos vitales. • Descartar malformaciones evidentes.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar presencia de reflejos arcaicos: Moro, prensión palmar y plantar, marcha automática, búsqueda, Babinski, etc. • Evaluar reflejo de succión, fuerza y funcionalidad. • Evaluar: tono muscular, descartar hipotonía o hipertonía marcada. • Movilidad: control cefálico, de extremidades y facial. Buscar signos sugerentes de parálisis cerebral. • Tono axilar: rotación interna de extremidades y aducción. Extensión, es normal que los recién nacidos tengan sus extremidades en flexión. • Asimetría persistente.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar persistencia de ictericia y su extensión. • Si existe eritema, hemangiomas o nevos, describir apariencia, tamaño y ubicación en ficha clínica. • Si existen manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar presencia de dermatitis.
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar asimetrías del cráneo (plagiocefalia, braquicefalia, escafocefalia), cabalgamiento de suturas (no debería persistir al mes), craneosinostosis (cierre prematuro de suturas) u otra alteración. • Evaluar presencia de deformaciones plásticas (cefalohematomas y bolsa serosanguínea). • Palpar fontanelas: presencia, tamaño y tensión (deprimidas o abombadas). • Evaluar en zona auriculares presencia de papilomas y fistulas preauriculares.

Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia y caracterización de adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). • Ante hallazgo de adenopatías: búsqueda de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez, petequias o equimosis), síntomas B (fiebre, baja de peso, diaforesis / sudoración nocturna) y/o hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección general de la apariencia y simetría. • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Descartar estrabismo permanente. • Fijación de mirada.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia. • Preguntar respecto de presencia de riesgo de hipoacusia en la familia. • Evaluar sobresalto con sonidos fuertes. • Alerta al sonido.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua, piso de boca, frenillos labiales, mucosos y frenillo lingual. • Descartar dientes perinatales y candidiasis bucal. • Palpar indemnidad del paladar. • Evaluar reflejos de succión-deglución, coordinación, fuerza y funcionalidad. • Examinar orofaringe.
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultación pulmonar: evaluar murmullo pulmonar simétrico, descartar ruidos pulmonares patológicos (diferenciar de ruidos fisiológicos transmitidos desde la zona nasal). • Evaluar pulsos periféricos: presentes y simétricos. • Auscultación cardíaca: buscar soplos cardíacos, ritmo irregular, signos de insuficiencia cardíaca y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos).
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar visceromegalia o hernias (especialmente umbilicales e inguinales). • Evaluar distensión abdominal. • Descartar masas palpables.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar dermatitis del pañal. • Ano en posición normal. • Genitales con caracteres claros femeninos o masculinos. <ul style="list-style-type: none"> – Caracteres Sexuales Femeninos: descartar clítoris hipertrófico, sinequia. – Caracteres Sexuales Masculino: presencia de ambos testículos en escroto, descartar hipospadia o epispadia y evaluar hidrocele fisiológico.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar presencia de fosita pilonidal o signos sugerentes de defectos de cierre de európoro anterior o posterior (manchas, hemangiomas, fositas, etc. En la línea media dorso-lumbar). • Caderas: limitación en la abducción, signo de Galeazzi, evaluación con técnica de Ortolani y Barlow. • Extremidades: asimetrías en movimiento o fuerzas, malformaciones, movimientos espontáneos. • Evaluar simetrías en la fuerza y postura. • Factores de riesgo de displasia de caderas (derivar a médico/a).

Lactancia materna	<p>Lactancia materna, observar técnica de la lactancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Posición y disposición en el amamantamiento, tanto de la madre como de su hija o hijo. – Acople correcto; evaluar succión y transferencia efectiva de la leche. – Evaluar frenillo sublingual en caso de problema de acople (especialmente en lactantes que presentan «chasquidos» durante la toma o se «caen» de la areola). <p>Examen de mamas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – General: enrojecimiento local y congestión. – Pezón: heridas, grietas u otras lesiones.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar señales de negligencia o maltrato físico, la que se puede sospechar ante: <ul style="list-style-type: none"> – Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. – Lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención médica. – Sospechar maltrato físico si existen fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios inhabituales. – Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. • Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre.

DIAGNÓSTICOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas psicosociales a nivel familiar. • Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). Incremento ponderal. Recuperación de peso de nacimiento. • Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). • Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). • Desarrollo integral del niño o la niña (normal o anormal, especificar problema). • Lactancia materna con o sin dificultades (estipular problemas detectados). • Problemas de salud detectados en el niño o niña. • Otros problemas detectados.
INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES DEL CONTROL DEL MES	
Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Amamantar de forma frecuente y efectiva (alrededor de 8 a 12 veces en 24 horas), cada vez que crea que el lactante lo necesita (educar sobre signos tempranos de hambre en el niño o la niña, haciendo énfasis en que el llanto es un signo tardío y en la importancia de la libre demanda) (12). En cada toma: <ul style="list-style-type: none"> – Optimizar el agarre profundo y asimétrico de la mama, considerando que es de la areola y no sólo el pezón. – Para saber si existe transferencia de leche, ayudar a la madre a identificar deglución audible de forma rítmica. – Ofrecer de un pecho hasta vaciarlo y luego el otro. • No dar a beber ningún otro líquido diferente a la leche materna. • Si la lactancia aún está en vías de instalación, desincentivar el uso de chupete. Si la lactancia está instalada, su uso es opcional, incentivando su uso ocasional y otras herramientas de consuelo. • Informar a la familia sobre instancias de apoyo a la lactancia (clínicas de lactancia, consultas de lactancia) y cómo acceder ante problemas o dudas.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar administración de vitamina D 400 UI al día. Número de gotas varía según marca comercial.

Cuidados del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la utilización de cuna, cartilla educativa, bolso, ropa, aceite para masajes, cojín de lactancia del Programa de apoyo al recién nacido (PARN), según nota metodológica correspondiente. – Cuidados de la piel: – Baño con agua o con jabón hipoalergénico en muy poca cantidad (opcional). – Lavado de la ropa con jabón en barra blanco o detergente hipoalergénico en máquina. – No usar suavizante. Usar ropa 100 % de algodón sin etiquetas. – No exponer al sol en forma directa, ni aplicar bloqueador. • Salud Bucal: – Realizar higiene bucal 1 vez al día, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda o dedal de silicona.
Higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno. • Deben tener de 14 a 17 horas (0 a 3 meses de edad). • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula. • Educar respecto a la inmadurez de los ciclos circadianos y regulación del sueño. Fomentar estrategias respetuosas de regulación del sueño: porteo, cantos, amamantar, mecer, tomar en brazos, etc. Los niños y niñas se relajan en la presencia de un adulto significativo. No se recomienda dejar llorar a los niños y niñas, ni medidas de adoctrinamiento del sueño, ya que esto genera estrés, causando efectos negativos en el neurodesarrollo y en el establecimiento del apego. • Uso correcto de la cuna y co-habitación segura hasta al menos el primer año de vida. • Entregar recomendación de prevención de muerte súbita: posición supina y cabeza lateralizada al dormir, evitar el sobreabrigo, no utilizar almohadas ni gorros, la ropa de cama no debe sobrepasar la línea intermamaria, no juguetes ni mantas alrededor al momento de dormir, evitar ambientes contaminados, en caso de dormir en cuna usar colchón firme y que no queden espacios entre el colchón y los bordes de la cuna. • Educar respecto a los posibles accidentes vinculados al sueño: los espacios entre los barrotes de la cuna deben ser menores a 6 cm (para evitar que la cabeza quede atrapada); no acostar para dormir a los NN en huevito, silla de auto, ni en sillón. • Fomentar la lactancia como un factor protector contra la muerte súbita.
Estimulación y acompañamiento del desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el cargar al lactante en brazos o en porta bebé, ya que existe un peak de llanto entre las 6 y 8 semanas y esta pudiera ser una estrategia efectiva para disminuirlo y consolar al lactante. • Promover un estilo de estimulación orientado a generar un ambiente óptimo para que el niño o la niña explore y aprenda por sí solo o sola, acompañado por un adulto sensible, no intrusivo, que permita que descubra y pueda ir logrando nuevos hitos. • Fomentar el vínculo entre el niño o niña y su madre, padre y/o cuidador, a través de miradas, hablar de cerca, sonrisas, cantar canciones, tomar en brazos, juegos acordes a la edad, regular sus ciclos fisiológicos, recomendar revisar Material Educativo Chile Crece Contigo. • Derivación a taller de promoción del desarrollo en el primer año de vida con foco en lenguaje y motor. • Destacar la importancia de expresar afecto al lactante, algunas formas pueden ser: acunarlo, acariciarlo, cantarle, masajearlo, hablarle, mirarlo. Indicar que las experiencias tempranas son significativas para el desarrollo del niño o niña, ya que a partir de ellas irá construyendo confianza en el mundo y en los otros. • Sugerir hacer de las rutinas diarias una instancia de intercambio afectivo y de estimulación para el niño o niña, como lo son el baño, muda, juego libre, la alimentación, el momento de dormir, etc. • Orientar sobre la importancia de destinar tiempo especial a la lactancia materna, en un lugar tranquilo y adecuado. • Orientar sobre el proceso de reestructuración familiar que se está viviendo, fomentar la corresponsabilidad para que la madre pueda dedicar más tiempo a las necesidades del lactante y a sus necesidades personales.

Estimulación y acompañamiento del desarrollo integral (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Si la madre manifiesta ansiedad ante la lactancia o por no poder calmar el llanto de su hijo o hija, señalar que están pasando por un proceso habitual de conocimiento y adaptación mutua, de manera que paulatinamente irá descubriendo las señales de su hijo o hija. • Si se observan síntomas depresivos en la madre, ofrecer ayuda y derivar a consulta de salud mental. Se sugiere aplicar la escala de Edimburgo.
Guías anticipatorias: Crisis de Lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos lactantes presentan períodos de alrededor de 3 a 5 días en los que abruptamente piden de mamar de forma muy frecuente. • Se cree que su objetivo es aumentar la producción de leche de la madre por un desajuste normal entre la cantidad producida y la que el lactante necesita, lo que suele suceder en períodos de rápido crecimiento. Muchas mujeres lo confunden con que la lactancia se está terminando y/o que el lactante no recibe suficiente leche, lo que puede inducir un destete precoz. • Pueden ocurrir en cualquier momento, aunque son más frecuentes en la 3ra o 6ta semana de vida, a los 3 meses, y al año de vida. • Si el lactante se observa en buenas condiciones, sube de peso y moja pañales de acuerdo a lo esperado, se recomienda normalizar el proceso, reforzar en la madre su confianza, explicar que es transitorio y que se solucionará con paciencia y estando disponible para una mayor frecuencia de mamadas.
Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Deben estar físicamente activos varias veces al día de diferentes formas, especialmente mediante el juego libre en el suelo, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona (boca abajo) repartidos a lo largo del día mientras estén despiertos, que favorezcan el movimiento y actividad. • Los NN menores de 2 años no deben pasar tiempos de sedentarismo frente a pantallas.
Guías anticipatorias: Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a la disquécia del lactante (menores de 9 meses sanos), presenta esfuerzo de al menos 10 minutos y llanto antes de defecar, pero con deposiciones blandas, que se puede presentar por un máximo de 5 a 7 días (ver bandera roja de Enfermedad de Hirschsprung). Se debe hacer la distinción con signos patológicos tales como deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). • No se debe realizar estimulación rectal (uso de termómetros, calitas de jabón, etc), ni recomendar el uso de laxante ni de otros medicamentos. Favorecer el masaje abdominal (en el sentido del reloj) y de zona sacra; y flexión de rodillas.
Guías anticipatorias: Hipo y reflujo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la familia respecto a los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa (14,15): • Hipo o singulto: es frecuente que los/las RN y lactantes. Se produce por contracciones del diafragma con el frío o con la alimentación. En algunas ocasiones puede asociado a llanto. • Reflujo gastroesofágico: es un proceso fisiológico que consiste en regurgitación sin esfuerzo muscular y se debe a inmadurez del esfínter gastroesofágico. Comienza a disminuir desde los 6 meses y desaparece antes de los 18 meses. Evitar realizar muda o acostarlo inmediatamente después de la alimentación, revisar que la ropa no comprima la zona abdominal.
Medidas de prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar utilización del Sistema de Retención Infantil (SRI) en segunda fila a contramarcha. Cuando se baje del auto la silla con el lactante, cerciorarse que tenga arnés ajustado, ya que puede caerse de la silla durante el transporte. • No usar silla del auto para dormir en casa. • No exponer al sol de forma directa, no utilizar bloqueador. • Mantener medidas de prevención de muerte súbita.
Prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Según información recolectada y edad. Evitar contacto con personas enfermas y espacios cerrados muy concurridos. • Acudir al Servicio de Urgencia: ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar, que debe encontrarse limpia y seca, siendo normal hasta 37,5°C), decaimiento importante o irritabilidad no consolable, rash cutáneo, tos, dificultad respiratoria (cianosis, aleteo nasal, retracciones intercostales, quejido), apnea 20-30 segundos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos o según necesidad.
Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Frente a la detección de factores de riesgo para la instalación exitosa de la lactancia materna, derivar a Consulta de Lactancia. • Derivar a control de salud de los 2 meses con profesional de enfermería.

BANDERAS ROJAS DEL CONTROL DEL MES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar en SRDM riesgos detectados y/o monitorear las alertas resueltas. • Llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para realizar un plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. • Derivar a Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI). • Activar la red Chile Crece Contigo. • Priorizar derivación a Taller de Promoción del Desarrollo en el primer año de vida.
Incremento ponderal menor 20 gr/día	<ul style="list-style-type: none"> • Si en el control del mes el bebé no ha subido de peso en relación el último control, evaluar condiciones generales del niño o niña en aspectos tales como; tono, actividad, hidratación, cantidad de pañales (cantidad y calidad de diuresis y deposiciones). Realizar las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Optimizar el acople, evaluar transferencia de leche. - Evaluar problemas en el establecimiento de lactancia. - Educar respecto a la técnica de lactancia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abrigo adecuado («tenida de lactancia»: con body y calcetines solamente o incluso desnudo en verano ante mucho calor, al terminar de amamantar abrigar nuevamente). ✓ Si se requiere extracción de leche, educar sobre técnica de extracción y forma de alimentar al niño o niña, indicar vasito, sonda al dedo o sonda al pecho. ✓ Si existe hipotonía o succión débil, aconsejar dar apoyo a mentón con mano de bailarina y realizar compresiones mamarias. - Suplementar con leche materna extraída como primera opción. Como segunda opción utilizar fórmula de inicio. - Derivar a consulta de lactancia materna en las 48 a 72 horas posteriores. • Si el niño o niña presenta signos de deshidratación severa, derivar a servicio de urgencia. • Sugerir contactar a grupos de apoyo como liga de la leche u otros presentes a nivel local.
Problemas de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los motivos por lo que la madre no está amamantando de forma exclusiva. - Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones, emociones, creencias y contexto biopsicosocial. - Derivar a consulta de lactancia materna. - Sugerir contactar a grupos de apoyo presentes a nivel local. • Otros problemas: <ul style="list-style-type: none"> - Dependiendo de la causa del problema, educar respecto a la técnica de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado. - Controlar en consulta de lactancia materna. - Indicar diagnóstico y tratamiento, en caso de que sea necesario. • Sugerir contactar a grupos de apoyo de apoyo a la lactancia materna.

Colecho inseguro	<ul style="list-style-type: none"> En caso de que la familia haya decidido practicar colecho, de debe educar respecto a la insegura y riesgo de morir por aplastamiento y/o sobreabrigo, asociada a las siguientes prácticas de colecho: <ul style="list-style-type: none"> Que en la cama que duerme el lactante y sus padres, además duerman otros hermanos, otras personas o mascotas. Que la cama no sea lo suficientemente grande para que duerman el padre, madre y lactante. Padre y/o madre que refieren situaciones de cansancio. Padre y/o madre con malnutrición por exceso (por riesgo de aplastamiento). Padre y/o madre usuarios de medicamentos que alteren estados de conciencia (relajantes musculares, benzodiacepinas, inductores del sueño, entre otros). Padre y/o madre con consumo de alcohol, cigarro y/o drogas. Recién nacidos/as prematuros y/o bajo peso de nacimiento. Si el colecho se asocia a riesgos biopsicosociales, activar alertas de vulnerabilidad, evaluar caso con equipo de cabecera y considerar visita domiciliaria.
Presencia de Ictericia	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar niveles séricos de bilirrubina directa e indirecta. En caso de ictericia bajo las rodillas, solicitar urgentemente medición de niveles de bilirrubina y evaluar la necesidad de fototerapia. En caso de presencia de ictericia tardía y distensión abdominal, derivar urgente para descartar atresia biliar. Dejar citado a control para evaluar progresión según cada caso o realizar seguimiento en caso de hospitalización.
Alteraciones del examen físico del RN	<ul style="list-style-type: none"> Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad detectados, realizar diagnóstico, indicación de tratamiento y/o derivación a servicio de urgencia de pediatría según complejidad del problema detectado.
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad por reflujo gastroesofágico: los episodios de reflujo se asocian con complicaciones como esofagitis, compromiso nutricional con pérdida de peso, complicaciones respiratorias, irritabilidad, rechazo a las tomas de leche e hiperextensión cervical. En caso de sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico se debe derivar a médico/a. Derivar a Servicio de urgencia: si existe inicio precoz antes de las 2 semanas de vida. Vómitos persistentes, vómitos en proyectil, vómitos biliosos. Distensión abdominal marcada, signos peritoneales. Mal incremento ponderal/rechazo alimentario persistente. Hematemesis o rectorragia/hematoquecia. Signos neurológicos (fontanela abombada, convulsiones, alteración de conciencia). Hepatoesplenomegalia asociada a síntomas sistémicos: fiebre, deshidratación y/o compromiso del estado general.
Riesgo de anemia en población migrante	<ul style="list-style-type: none"> En niños y niñas migrantes con padres con antecedentes de anemia falciforme o talasemia (hemoglobinopatías), derivar a especialidad (hematología).
Protocolo de evaluación neurossensorial alterado (1 a 3 ptos)	<ul style="list-style-type: none"> Explicar que estas alteraciones generalmente corresponden a una inmadurez transitoria, pero que es necesario una reevaluación en el control de los 2 meses. Consiguar en ficha reevaluación en control de los 2 meses con profesional de enfermería entrenada/o en PENS, en caso de persistir alteración derivar a médico/a. Derivar a ingreso a Taller de promoción del desarrollo motor (ChCC).
Protocolo de evaluación neurossensorial alterado (≥ a 4 ptos) y/o existencia de macrocefalia o microcefalia	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar derivación a neurología infantil en nivel secundario.
Presencia de signos sugerentes de parálisis cerebral	<ul style="list-style-type: none"> Derivar en forma inmediata a neurología infantil para confirmación diagnóstica y tratamiento.

Presencia de adenopatías	<ul style="list-style-type: none"> • Ante los siguientes signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Tamaño adenopatía >2 cm. - Ubicación supraclavicular. - Falta de asociación a síntomas de infección respiratoria aguda. - Más de un grupo ganglionar comprometido. - Signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis). - Presencia de hepato o esplenomegalia. - Fiebre persistente, diaforesis y baja de peso. • Considerar estudio con exámenes y eventual derivación a nivel secundario.
Presencia de hemangiomas	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a Dermatólogo si el hemangioma es: <ul style="list-style-type: none"> - De gran tamaño (compromete más del 5% de la superficie corporal). - Crece a gran velocidad (duplica su tamaño en el transcurso de 1 mes). - Se encuentra en zonas periorificiales (genital, anal, ocular, ótica o nasal), línea media, en pliegues o zona del pañal. - Está complicado (ulcerado, con o sin sobreinfección, o sangrado a repetición). • Son múltiples hemangiomas (más de 5).
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. • Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). • Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). • Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. • Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil para evaluación.
Presencia de frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar técnica de lactancia. • Evaluar derivación odontólogo/a o especialista (odontopediatra, cirujano infantil, cirujano maxilofacial).
Presencia de dientes neonatales	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a cirugía infantil dentista para evaluación y eventual tratamiento.
Sospecha de fisura labiopalatina	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 15 días siguientes, por sospecha de enfermedad GES (Ver “Guía clínica fisura labiopalatina” (18)). • Derivar a especialista para confirmación o descarte del diagnóstico.
Presencia de candidiasis oral	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamiento farmacológico de acuerdo con disponibilidad del centro.
Rojo pupilar alterado o leucocoria	<p>Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento.</p> <p>Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad GES (Cáncer en personas menores de 15 años).</p>
Presencia de estrabismo fijo	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta urgente a oftalmología infantil para confirmación diagnóstica. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad GES (Estrabismo en menores de 9 años).

Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	<ul style="list-style-type: none"> • Si existe sospecha clínica de hipoacusia o cumple con factores de riesgo. • Derivar en forma urgente a Otorrinolaringología infantil para confirmación diagnóstica.
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta a otorrinolaringología infantil, para descartar posibles malformaciones, malacias, otros.
Sospecha de disrafia espinal oculta	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta urgente a neurocirugía infantil para confirmación o descarte del diagnóstico dentro de los 90 días siguientes, procedimiento especificado en la "Guía clínica disrafia espinal" (20).
Sospecha de cardiopatía congénita	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a interconsulta a cardiología infantil o pediatría con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 21 días, por sospecha de enfermedad GES (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Signo de Ortolani Barlow positivo o factores de riesgo para displasia luxante de cadera	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a Ortopedista para confirmación diagnóstica. • Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 30 días siguientes, por sospecha de enfermedad GES (Displasia luxante de cadera).
Presencia de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar en forma urgente a cirugía infantil.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar posible Enfermedad de Hirschsprung, el niño o niña presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). • No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. • Derivar a servicio de urgencia o especialidad (gastroenterología infantil), de acuerdo con el compromiso del estado general.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	<ul style="list-style-type: none"> • Moderado y grave: <ul style="list-style-type: none"> – Derivación a talleres IRA. – Consejo breve antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. – Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. • Grave: <ul style="list-style-type: none"> – Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. • Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> – Para evitar que estos lactantes se expongan a contagio, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico de episodio respiratorio agudo.
Sospecha de BRUE	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a urgencia.

Problemas vinculares o baja sensibilidad en el cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Señales de alerta: <ul style="list-style-type: none"> – El lactante no se acurruca o no responde a la madre mientras se alimenta, llora en exceso, sin consuelo y la madre manifiesta incapacidad de calmar a su hijo o hija. – La madre, padre o cuidador manifiesta sentirse incómoda sosteniendo, abrazando o alimentando al niño o niña. – La madre, padre o cuidador señala no disfrutar de pasar tiempo con su hijo o hija. • Acciones a seguir: <ul style="list-style-type: none"> – Educar a los padres y cuidadores en técnicas de manejo del llanto. – Destacar los beneficios de expresar afecto al lactante y lo significativo que son las experiencias tempranas para el desarrollo posterior. – Derivar a Taller Nadie es Perfecto, para aumentar las habilidades parentales.
Madre con síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar escala de Edimburgo y derivar según puntuación. • Derivar al equipo psicosocial del CESFAM y elaborar un plan familiar personalizado. • Activar redes de apoyo y recursos de apoyo de cada madre.
Madre con diagnóstico de sobrepeso u obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo breve sobre alimentación saludable basado en las GABA. • Derivación a Programa Elige Vida Sana, en las comunas en las que se encuentra implementado.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> – En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores” (21). – En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual” (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
Alteraciones del calendario de vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • Si no hay registro de la vacunación en la maternidad, revisar sistema de registro nacional RNI.

3.2.2. CONTROLES DE SALUD INFANTIL Y CONSULTAS EN LACTANTES MENORES (2 A 5 MESES)

Durante el segundo y tercer mes de vida los niños y niñas estarán muy interesados en el contacto interpersonal con sus padres, familiares y cuidadores/as, sintiendo placer en la comunicación e interacción. Las personas adultas, pueden entonces aprovechar la oportunidad de estimularlos neurosensorialmente a través de miradas, gestos, sonidos, palabras, canciones, masajes, etc. Los niños y niñas cerca de los 2 meses mostrarán inicio de vocalizaciones y capacidad comunicativa intencionada (protoconversaciones), habilidades precursoras del lenguaje, por lo que deben ser reforzadas.



Cerca de los cuatro y cinco meses, los lactantes, demostrarán interés por los objetos, momento en el que deben ser expuestos a otros ambientes e interacción con diferentes estímulos sensoriales. Este cambio en el desarrollo les permitirá adquirir un juego más exploratorio y amplio.

Respecto a la evolución del desarrollo psicomotor, dentro de las primeras habilidades que aparecen, está la capacidad de fijar la mirada y seguir con la vista en línea media. Comienzan a vocalizar y a reírse, primero con sonidos suaves y luego con carcajadas, a usar sus manos en forma progresiva y a disfrutar de nuevas sensaciones que les despiertan los estímulos (bucales, táctiles, sonoros, visuales, olfatorios, propioceptivos y vestibulares) (47).

El control del tronco y cabeza va siendo cada vez mayor y al final del período logran girar por sí solos.

Algunos de los hitos del desarrollo que debe tener en cuenta el profesional de salud de esta etapa son:

Tabla III – 4. Áreas e hitos del desarrollo de los 2 a 5 meses.

Área	2 a 3 meses	4 a 5 meses
Motor grueso	<ul style="list-style-type: none"> - Prono: levanta la cabeza a 45°. - Supino: levanta sus pies y patalea. - Suspensión ventral: cabeza en línea con el tronco. - Movimientos simétricos. - Cabeza en línea media y giro libre de la misma. - Apoyo simétrico de codos en decúbito prono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prono: levanta la cabeza y tronco, apoyándose en antebrazos. Gira de prono a supino (desde los 4 meses). - Supino: intenta sentarse y gira de supino a prono (desde los 5 meses). - Apoyo unilateral de codos, el niño o la niña boca abajo, empieza a liberar un brazo para poder alcanzar un objeto que le interese.
Motor fino	<ul style="list-style-type: none"> - Sigue objetos pasada la línea media. - Mantiene manos abiertas, las junta en la línea media. - Inicio coordinación mano-mano-boca. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sigue objetos con la mirada a 180°. - Toma objetos colgantes, mueve un cascabel, se lleva objetos a la boca (4 meses). - Golpea objetos contra la mesa. - Coordinación de mano-mano-boca.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción activa. - Expresa interés y observa los cambios del entorno. - Explora el ambiente con su mirada, atención y audición. - Mira rostros intencionadamente. - Repite movimientos para ensayarlos y manejarlos. Por ejemplo, observa sus manos y se las lleva a la boca, extiende y flexa sus piernas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde al afecto y cambios en el ambiente. - Expresa placer y desagrado. - Sigue con su mirada un objeto o persona que se mueven delante de sus ojos. - Cambia la mirada de un objeto a otro.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Sonrisa social. - Vocaliza algunos sonidos (ah, eh, ugh). - Presenta distintos tipos de llanto y actitudes (hambre, malestar, cansancio). - Llanto vigoroso y melódico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se gira hacia el cascabel y hacia la voz. Dice «agú», gorgojeo (4 meses) y hace sonidos con «rrr» (5 meses) de manera más expresiva y variada. - Emisión de sonidos labiales. - Percibe un sonido suave dentro de un ruido ambiente y busca de donde proviene, sin dejar, o soltar, lo que tenga en la mano y girando la cabeza y eventualmente el tronco, en esa dirección.
Socio-emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce y se calma al escuchar voces amables de sus cuidadores/as. - Sonríe en respuesta al estímulo de los padres. - Reconoce a su madre, padre y/o cuidadores/as. - Disfruta llevando sus manos a la boca. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonrisa espontánea y se ríe a carcajadas (risa sonora). - Se interesa por su imagen en el espejo. - Sonrisa social.

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

En este período, la familia ya conoce mejor al lactante. Cada vez la comunicación es mayor y se consolida más el vínculo afectivo. Las respuestas del niño o niña a los estímulos de los padres generan un círculo positivo, donde se fortalece el vínculo y la cercanía. La familia encuentra progresivamente equilibrio, organizando los tiempos de cuidado del niño o la niña, los quehaceres del hogar y las actividades en familia.

Algunas dificultades habituales y normales que pueden ser reportadas por los padres durante este período, son: disminución en la frecuencia de las deposiciones, sensación transitoria de falta de leche materna y un retroceso en la calidad del sueño del lactante.

Alrededor de los 2 meses se produce una hipertonía relativa del esfínter anal y los lactantes pueden presentar una disminución muy significativa de la frecuencia de sus deposiciones.

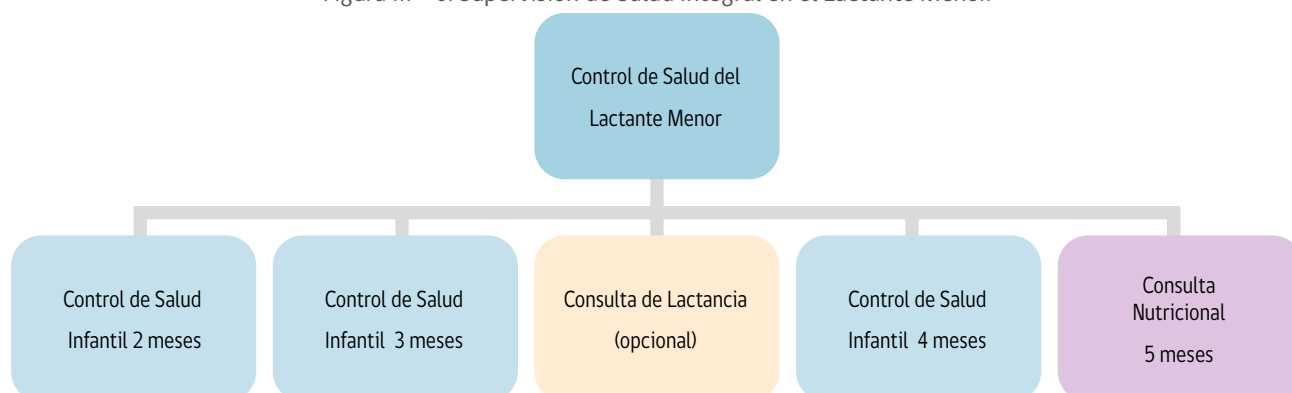
Además, en este período son frecuentes las llamadas “crisis transitorias de la lactancia”, en las cuales la madre tiene sensación de no tener suficiente leche y el o la lactante mama con más frecuencia de lo habitual. Corresponden a períodos de algunos días de duración, en el que, por el crecimiento rápido del niño o niña, los requerimientos de leche aumentan y mama en forma más frecuente. Esto estimula, por mecanismos hormonales, una mayor producción de leche en la madre.

A partir de los 4 o 5 meses, los niños y niñas pueden presentar despertares nocturnos frecuentes -breves, muchas veces el bebé despierta llorando-, como parte normal del desarrollo de los ciclos del sueño, llegando a un peak cercano a los 8 meses. Esto ocurre por una inmadurez relativa del Sistema Nervioso Central (SNC), dado que a esta edad incorporan más fases de sueño y el cerebro infantil puede tener dificultades en pasar de un ciclo de sueño al siguiente (cada ciclo dura aproximadamente una hora).

Dentro de los problemas de salud importantes de este período, puede manifestarse en la madre una depresión postparto, condición seria, común y tratable, que tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud de la niña o niño, la madre y la familia. Sin estrategias de tamizaje, es habitualmente subdiagnosticada. Es por esto que en nuestro país se aplica la escala Edimburgo de sospecha diagnóstica en el control de los 2 y 6 meses, o cuando la enfermera o enfermero considere adecuado aplicarlo. Ante la sospecha, es indispensable el diagnóstico profesional y seguimiento de las madres hasta el alta o el descarte de la depresión.

Durante este período, se deben realizar al menos tres controles de salud infantil (CSI) y una consulta nutricional (CN):

Figura III - 6. Supervisión de Salud Integral en el Lactante Menor.



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

3.2.2.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 2, 3 Y 4 MESES

Período	Edad	Ideal		Tardío
	2 meses	1 mes 21 días – 2 meses 10 días		2 meses 11 días – 2 meses 20 días
	3 meses	2 mes 21 días – 3 meses 10 días		3 meses 11 días – 3 meses 20 días
	4 meses	3 mes 21 días – 4 meses 10 días		4 meses 11 días – 4 meses 29 días
Objetivos	2, 3 y 4 meses	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar integralmente el crecimiento y desarrollo del niño o niña, considerando su etapa, familia y ambiente.• Pesquisar precozmente factores y conductas protectoras, y de riesgo para la salud del niño o niña y su familia.• Formular los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña.• Realizar plan de intervención integral acorde a las alteraciones detectadas.• Educar a madres/padres y cuidadores/as respecto al crecimiento, desarrollo, salud y crianza positiva/respetuosa de niños y niñas.• Orientar a madres/padres y cuidadores/as sobre la prevención de enfermedades y accidentes de niños y niñas.• Educar a padres/madres y cuidadores/as respecto al autocuidado y el establecimiento de conductas que promueven una adecuada salud integral.• Realizar las derivaciones y referencias oportunas de acuerdo con la situación de salud de cada niño o niña.		
Profesional	2 meses	<ul style="list-style-type: none">• Enfermera/o o médico/a.		
	3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Médico/a.		
	4 meses	<ul style="list-style-type: none">• Enfermera/o o médico/a.		
Instrumento o herramienta	2 meses	<ul style="list-style-type: none">• Score de riesgo de morir por neumonía.• Escala de depresión postparto de Edimburgo.• Solicitar radiografía de pelvis.• Protocolo de evaluación neurosensorial (en caso de alteración al mes de vida).		
	3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Score de riesgo de morir por neumonía.• Evaluar radiografía de pelvis.• Protocolo de evaluación neurosensorial (en caso de alteración al mes de vida).		
	4 meses	<ul style="list-style-type: none">• Score de riesgo de morir por neumonía.• Pauta breve de evaluación del DSM.• Pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso (anexo 23).• Pauta de riesgos biopsicosocial.		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
30 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none">• Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde.• 4 meses: Acompañándote a descubrir 1. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none">• En caso de niños o niñas que anteriormente fueron pesquisados con riesgo biopsicosocial revisar si las alertas generadas ya fueron resultas por la red Chile Crece, en caso de pesquisar nuevos riesgos de vulnerabilidad, levantar nuevas alertas en SRDM.• Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control.• Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior.			

Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> Revisar antecedentes de salud en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores. Valorar estado de salud y capacidades de cuidado de la madre/padre y/o cuidadores/as. Antecedentes de patologías congénitas en familiares de primer grado (displasia luxante de cadera, cardiopatía, disrafia espinal oculta, fisura labio palatina, ambliopía y/o estrabismo, cáncer infantil, trastornos sensoriales, etc.). Revisar cumplimiento del calendario de inmunizaciones y efectos adversos asociados a vacunas. Revisar en la ficha: antecedentes gestacionales, de nacimiento, morbilidades, cirugías, uso de medicamentos y/o suplementos vitamínicos/minerales. Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores/as.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar tipo de alimentación láctea y/u otros posibles alimentos. Valorar la alimentación con leche materna, número de tomas (puede continuar con libre demanda), vaciamiento correcto del pecho y dificultades asociadas. Valorar, si existe alimentación con fórmula, frecuencia y preparación de esta. Volumen y velocidad en qué el niño/niña ingiere la leche. Indagar respecto al uso de mamadera y de chupete (tiempo y momentos de uso). Indagar sobre uso de suplementos de vitaminas y minerales. 4 meses: aplicar pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso.
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> Valorar patrones de eliminación, frecuencia (número de pañales en 24 horas), características de la orina y las deposiciones. Indagar sobre rutinas de higiene asociadas. Preguntar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación.
Patrones e higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar higiene del sueño, ambiente, horas de sueño, rutinas establecidas. Considerar sueño diurno y nocturno. Posición al dormir, lugar en el que duerme y prevención de muerte súbita. Indagar sobre prácticas asociadas al colecho y su seguridad. Indagar sobre ronquidos o ruidos respiratorios. Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en los padres/madres y/o cuidadores/as.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> Valorar tipo de actividad y participación de los adultos en el juego. Posiciones de estimulación y uso de andador, saltarina u otro similar. Preguntar por el uso de implementos de juego del ajuar y específicamente juego libre en suelo. Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, etc). Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición y contexto.
Hábitos de aseo e higiene	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar sobre rutinas y prácticas asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, lavado de pelo, lavado de genitales, aseo bucal, cambio de ropa, corte de uñas, lavado de manos y cara. Indagar frecuencia y uso de productos específicos.
Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar sobre exposición solar. Evaluar sobre las medidas de seguridad en sus actividades habituales, tanto de adaptación del entorno como de supervisión y cuidado diario de los adultos responsables. Indagar sobre acciones asociadas a la prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas), uso de pantallas, uso de silla de autos, contacto con personas desconocidas, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, juegos peligrosos, etc.

Desarrollo integral	<p>Preguntar/indagar a la madre/padre y/o cuidadores/as respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se sienten respecto al cuidado del niño o la niña. • El temperamento y preferencias del niño o niña (solicitar que lo o la describan). • Situaciones que le causan malestar y grado de consolabilidad. • Preguntar sobre el uso de porta bebé (Mei-tai) del ajuar de Chile Crece u otro utilizado (facilitadores y obstaculizadores para el uso). • Dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo y comportamiento de su hija o hijo. • Cómo ha influido la llegada de su hijo o hija en las rutinas diarias de la familia. • Si han surgido cambios significativos en la familia tras el nacimiento de su hijo/a (pareja, padres e hijos, hermanos). • Observar si el niño o la niña se muestra dispuesto a explorar en los momentos en que disminuye el estrés en la consulta. También si mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal, buscando la interacción con ellos y les sonríe. • Observar la interacción y comunicación entre el niño o la niña con sus padres (cuando lo toman, lo desvisten, le hablan, etc.), especialmente en momentos de mayor estrés durante el control. • Evaluar si los padres le anticipan lo que ocurrirá durante la consulta, demuestran un trato sensible (lectura e interpretación de las señales del niño o niña) en la interacción socioemocional con su hijo o hija.
Proceso de reestructuración familiar	<p>Indagar sobre logros esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La familia se adecua a los cambios asociados a la llegada del nuevo miembro de la familia y surgimiento de nuevas responsabilidades y rutinas. • La pareja comparte las nuevas exigencias y experiencias asociadas a la maternidad y paternidad. Logran acordar rutinas y pautas de crianza. • Los padres logran paulatinamente ir atendiendo a las necesidades particulares de los otros hijos(as) e, idealmente, destinando tiempo para su vida de pareja. • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre, padre o cuidador/a.
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar resultados del "Protocolo neurossensorial" (anexo 3) realizado al mes de vida. En caso de alteración, verificar la derivación a especialidad, reevaluar con protocolo neurossensorial, realizar anamnesis y examen físico-neurológico.
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar de resultados del "Protocolo neurossensorial" (anexo 3) realizado al mes de vida. En caso de alteración verificar la derivación a especialidad, reevaluar con protocolo neurossensorial, realizar anamnesis y examen físico- neurológico. • Revisión de resultados de Radiografía de pelvis e indicaciones según hallazgos. • Si se encontraron signos o sintomatología depresiva en control de los 2 meses, evaluar si hubo confirmación diagnóstica y, en ese caso, si hubo ingreso a tratamiento. Preguntar a la madre cómo se ha sentido en el último mes y evaluar la activación de redes de apoyo. En caso de no haber acceso a tratamiento, volver a derivar a salud mental. • Indagar elección de la madre respecto a la modalidad del postnatal parental. • Si la madre retorna al trabajo o estudia, consultar si la familia cuenta con red de apoyo y si está capacitada en la técnica de extracción, conservación y transporte de leche materna, y si cuenta con acceso a sala cuna.
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Si se encontraron signos o sintomatología depresiva en la madre, en control de los 2 meses evaluar adherencia a tratamiento y revincular si fuese necesario. • Si se detectó alteración en los resultados de radiografía de pelvis en control de los 3 meses, evaluar si tuvo control con traumatología infantil, el procedimiento que se indicó, estado de controles posteriores. • Si la madre volvió a trabajar (en forma parcial a los 84 días) o estudiar, indagar sobre el proceso que ha vivido y si cuenta con alguien que cuide a su hijo o hija o asiste a sala cuna y si requiere un apoyo específico, si cuenta con red de apoyo y si está capacitada en la técnica de extracción, conservación y transporte de leche materna.

EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE LACTANTES DE 2, 3 Y 4 MESES	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar longitud. • Evaluar peso. • Evaluar perímetro cefálico, determinar la existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla) o microcefalia, y asimetrías (plagiocefalia o signos de craneosinostosis). • Evaluar simetría en general del cuerpo y cabeza. • Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva.
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad, color de la piel). • Evaluar estado de conciencia y nivel de actividad. Y considerar la evaluación de signos vitales. • Descartar malformaciones evidentes.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Tono y movilidad: <ul style="list-style-type: none"> – Descartar hipotonía o hipertonía marcada. – Ausencia de clonus y/o hiperreflexia. – Simetrías en la movilización de extremidades o en los reflejos. – Posición de los pulgares. • Evaluar reflejos: presencia o desaparición acorde a la edad. • Descartar dificultad en la succión. • Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor, sensorial, coordinación, comunicación,
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia y extensión de ictericia (hasta los 2 meses). • Presencia de hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos. Describir apariencia, tamaño y ubicación en ficha clínica. • Si existen manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en ficha clínica. • Evaluar dermatitis seborreica. • Descartar dermatitis de contacto, atópica, micótica o del pañal. • Reacción BCG (hasta los 3 meses).
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar forma y simetría del cráneo, presencia de plagiocefalia, craneosinostosis (cierre prematuro de suturas) o alguna otra deformidad. • Palpar extensión y tensión de la fontanela anterior presente.
Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). • Ante el hallazgo de adenopatías: búsqueda de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez, petequias o equimosis), síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis/ sudoración nocturna) y/o hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar estrabismo permanente, epífora o secreción ocular. • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Evaluar fijación de mirada y seguimiento con la mirada de objetos llamativos.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el Control de Salud es realizado por un profesional entrenado). • Evaluar que el lenguaje expresivo y comprensivo esté acorde a la edad del niño o la niña (utilizar los resultados de los test de desarrollo psicomotor o los hitos esperados al comienzo de este período). • Evaluar si reacciona frente a ruido (2 meses), observa a quien le habla (3 meses) y orienta cabeza en dirección a una voz (4 meses). • Preguntar si el niño o niña está atento a los sonidos, gira la cabeza y orienta bien al sonido.

Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua, piso de boca Descartar erupción de dientes neonatales y candidiasis oral. Evaluar frenillo lingual (funcional, en relación a la lactancia materna y/o alimentación).
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar pulsos periféricos, presentes y simétricos, con énfasis en pulsos femorales. Auscultación cardíaca: descartar soplos cardíacos, ritmo regular o irregular, y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos). Auscultación pulmonar: evaluar el murmullo pulmonar simétrico y descartar ruidos pulmonares patológicos (diferenciar de ruidos fisiológicos transmitidos desde zona nasal).
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Palpar presencia o ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente abdominales e inguinales). Palpar distensión abdominal. Percutir timpanismo epigástrico. Descartar presencia de masas palpables.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> Caderas: abducción completa, signo de Galeazzi, evaluación con técnica de Ortolani y Barlow. Extremidades: descartar asimetrías en movimiento o fuerzas y de pliegues, malformaciones (polidactilia, pie equino, sindactilia entre otras). Preguntar sobre resultados y revisión de la radiografía de caderas. En caso de que no se haya realizado en el control de los 3 meses, rescatar radiografía y hacer seguimiento. Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor, sensorial, coordinación.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar genitales según características femeninos o masculinos. Presencia de dermatitis del pañal. Ano en posición normal. En niños, palpar la presencia de testículos en el escroto (descartar criptorquidia), ausencia de líquido libre en escroto (hidrocele), fimosis (fisiológica hasta los cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a cirugía infantil o urología infantil, de lo contrario se considera fisiológica. En niñas, inspeccionar para descartar la presencia de sinequias, secreción y olor anormal. Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> Descartar señales de negligencia o maltrato físico, la que se puede sospechar ante: <ul style="list-style-type: none"> Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. Lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención médica. Sospechar maltrato físico si existen fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios inhabituales. Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de familia. Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo. Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). Desarrollo integral: áreas del desarrollo (clínico o con instrumentos, según corresponda). Pesquisa de problemas de salud. Lactancia materna con o sin dificultades (normal o anormal, especificar problema). 	

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE LOS 2, 3 Y 4 MESES	
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar a sistema SRDM para levantar alarmas de vulnerabilidad. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar lactancia materna exclusiva libre demanda en base a las necesidades del niño o niña y de la madre (sin horario ni frecuencia). • Citar a consulta de lactancia en caso de dificultades con la LM. • En niños o niñas no amamantados: entregar indicaciones de preparación, frecuencia y velocidad de la administración de la mamadera. Educar en técnica de alimentación pausada, promoviendo las tomas lentas para disminuir los peak de glicemias y proteger de la malnutrición. • Educar a las familias en reconocer señales de hambre y saciedad en los niños y niñas, para respetar sus ritmos. • Entregar pautas anticipatorias respecto a crisis de lactancia, asociadas a peak de crecimiento en los niños o niñas, los que se deben manejar aumentando la frecuencia de amamantamiento. <p>Si la madre volverá a trabajar en forma parcial a los 84 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre opciones de cuidado para su hijo o hija mientras ella asiste al trabajo, sobre las salas cunas del sector y procedimiento para ingreso. • Realizar un "Consejo breve" para reforzar técnicas de extracción, conservación y transporte de leche materna. • Citar a consulta de lactancia para profundizar en técnicas de extracción, conservación y transporte de leche materna. • Educar respecto a los derechos legales asociados a maternidad y lactancia.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<p>2, 3 y 4 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener vitamina D 400 UI al día, indicar gotas según la presentación. <p>4 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicar hierro (sulfato ferroso) 1mg/kilo/día, en niños amamantados. En niños y niñas con lactancia mixta revisar si la dosis de fórmula cubre requerimiento.
Guías anticipatorias: eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a la disquicia del lactante (menores de 9 meses sanos), presenta esfuerzo de al menos 10 minutos y llanto antes de defecar, pero con deposiciones blandas, que se puede presentar por un máximo de 5 a 7 días (ver bandera roja de Enfermedad de Hirschsprung). Se debe hacer la distinción con signos patológicos tales como deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). • No se debe realizar estimulación rectal (uso de termómetros, calitas de jabón, etc), ni recomendar el uso de laxante ni de otros medicamentos. Favorecer el masaje abdominal (en el sentido del reloj) y de zona sacra; y flexión de rodillas.
Guías anticipatorias: cólicos del lactante	<p>Educar en los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos niños o niñas aumentan los períodos de irritabilidad o llanto (lo que en los casos más severos se conocen como los "cólicos del lactante"). Para disminuir la probabilidad que esto ocurra, es importante cargar a los niños o niñas en brazos o porta bebé (recomendar el uso del Mei - Tai) desde el comienzo de su vida. Es importante que al momento de las indicaciones el profesional enseñe métodos de contención del llanto (Revisar material educativo Chile Crece Contigo: manejo respetuoso de los cólicos y manejo respetuoso del llanto). • Los niños y niñas perciben el estado emocional de la madre, padre o cuidador significativo, por lo que es probable que si los adultos manifiestan estrés o malestar psicoemocional, los niños o niñas se vuelvan más irritables o inconsolables ("contagio emocional"). • De todos modos, si la familia percibe que su hijo o hija llora de forma inconsolable o de manera preocupante, deben consultar al centro de salud.

<p>Guías anticipatorias: Hipo y reflujo gastroesofágico</p>	<p>Educación a la familia respecto a los siguientes procesos fisiológicos propios de la etapa (14,15):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipo o singulto: es frecuente en los/las lactantes, este se produce por contracciones del diafragma con el frío o con la alimentación. En algunas ocasiones puede asociarse a llanto. • Reflujo gastroesofágico: es un proceso fisiológico que consiste en regurgitación sin esfuerzo muscular y se debe a inmadurez del esfínter gastroesofágico. Comienza a disminuir desde los 6 meses y desaparece antes de los 18 meses. Evitar realizar muda o acostarlo inmediatamente después de la alimentación, revisar que la ropa no comprima la zona abdominal.
<p>Higiene del sueño y descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del niño o niña. • Educar respecto a la higiene del sueño, horarios y rutinas previas a la hora de acostarse (evitar pantallas en las habitaciones mientras los niños y niñas duermen). • Deben tener de 14 a 17 horas (0 a 3 meses de edad) o de 12 a 16 horas (4 a 11 meses de edad) de sueño de buena calidad, incluidas las siestas. • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula. • Educar respecto a la inmadurez de los ciclos circadianos y regulación del sueño. Fomentar estrategias respetuosas de regulación del sueño: porteo, cantos, amamantar, mecer, tomar en brazos, etc. Los niños y niñas se relajan en la presencia de un adulto significativo. No se recomienda dejar llorar a los niños y niñas, ni medidas de adoctrinamiento del sueño, ya que esto genera estrés, causando efectos negativos en el neurodesarrollo y en el establecimiento del apego. • Uso correcto de la cuna y cohabitación segura hasta al menos el primer año de vida. • Entregar recomendación de prevención de muerte súbita: posición supina y cabeza lateralizada al dormir, evitar el sobreabrigado, no utilizar almohadas ni gorros, la ropa de cama no debe sobrepasar la línea intermamaria, no juguetes ni mantas alrededor al momento de dormir, evitar ambientes contaminados, en caso de dormir en cuna usar colchón firme y que no queden espacios entre el colchón y los bordes de la cuna. • Educar respecto a los posibles accidentes vinculados al sueño: los espacios entre los barrotes de la cuna deben ser menores a 6 cm (para evitar que la cabeza quede atrapada); no acostar para dormir a los NN en huevito, silla de auto, ni en sillón. • Fomentar la lactancia como un factor protector contra la muerte súbita.
<p>Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deben estar físicamente activos varias veces al día de diferentes formas, especialmente mediante el juego libre en el suelo, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona (boca abajo) repartidos a lo largo del día mientras estén despiertos, que favorezcan el movimiento y actividad. • Los NN menores de 2 años no deben pasar tiempos de sedentarismo frente a pantallas. • Pasear con el niño o niña en Mei-tai o portabebé. • Educar a la madre, padre y cuidador respecto al uso y beneficios del porteo, se puede educar de manera práctica a los padres respecto a la manera correcta de usarlo (pedirles que lo lleven al control), así como usar los videos y cartillas correspondientes, para potenciar y normalizar su uso. • Buena calidad de sueño (tiempo recomendado de 14 a 17 horas).
<p>Cuidados de la salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si no han erupcionado dientes, realizar higiene bucal 1 vez al día, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda o dedal de silicona.
<p>Hábitos de higiene y cuidado de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto al baño: frecuencia (no es necesario que sea todos los días), productos hipoalergénicos (no usar jabón/champú todos los días), horario y propósito (higiénico y como espacio de estimulación neurosensorial). • Lubricar piel con aceite neutro (indagar presencia de dermatitis atópica o malestar sensorial). Fomentar el masaje luego del baño, como instancia de vínculo, juego, estimulación y de lubricación de la piel. • Realizar higiene bucal, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda, pañal de tela o dedal de silicona. • Fomentar y educar respecto al uso adecuado de los productos entregados en el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN), que tienen continuidad en esta etapa: shampoo/jabón, crema regeneradora, etc. • Indicar no exponer directamente al sol, usar gorro y ropa adecuada. Aún no usar protector solar. • Recomendar usar ropa de algodón y sin broches de metal, el lavado debe ser con detergente hipoalergénico y sin suavizante.

Medidas de seguridad y prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar la utilización de silla de auto en el asiento central de la segunda fila mirando hacia atrás. Nunca sacar al lactante para amamantar o consolar con auto en movimiento. • Cuidados de la piel: no exponer al sol en forma directa, ni aplicar bloqueador. Fomentar el uso de sombrero/gorro y ropa adecuada. • Entregar medidas para disminuir riesgo de muerte súbita durante el sueño. • Educar sobre la importancia de no dejar solo o sola durante el baño en ningún momento, por riesgo de asfixia por inmersión.
Prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Educar en no estar en contacto con personas enfermas y favorece el lavado de manos. • Educar en no exponer al humo de cigarro o a sistemas de calefacción que contaminen el aire (idealmente usar estufas eléctricas o, si no es posible, utilizar más abrigo). • No sobre abrigar en época de calor (solo usar una capa de ropa más que los padres). • Educación respecto de signos alarma (cuándo debe consultar con médico/a y acudir a la urgencia): <ul style="list-style-type: none"> – Ante la presencia de fiebre 37,5 °C, axilar (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar). – Signos específicos de dificultad respiratoria: apnea 20–30 segundos, polipnea, cianosis, retracción costal, sibilancia y/o aleteo nasal. – Signos sistémicos inespecíficos: decaimiento, irritabilidad, rash cutáneo, tos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.
ESTIMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL	
Área socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar énfasis en la importancia de la contención emocional y rápida respuesta ante el llanto, así como en el fomento de instancias de contacto piel con piel para disminuir el llanto. • Fomentar el cargar al niño o niña en brazos o en porta bebé (PARN). • Cuando el llanto persista, a pesar de atender adecuadamente, fomentar el consuelo efectivo: interacción cara a cara con el niño o niña, hablarle suavemente, mecerle, etc. • Aprovechar los espacios de lactancia para estimulación cara a cara, auditiva y táctil. • Fomentar uso del cuaderno descubriendo juntos el cual contiene recomendaciones para lactancia, área sociemocional, sueño, juego y estimulación entre otros.
Área física	<p>2 y 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el tiempo en prono diario (solo cuando esté despierto), sobre superficies firmes como la alfombra de goma Eva (PARN) sobre el suelo, o sobre el pecho/abdomen del padre o la madre, aprovechando así la interacción cara a cara. • Jugar con un cascabel y estimularlo con distintos sonidos, uno a la vez (timbre, pito o arrugar papel). • Utilizar móvil con figuras con volumen, como esferas de colores, y situarlo a unos 30 o 40 cm de altura, asegurándose que el bebé pueda verlo. • Colocar pulseras de colores para que observe sus manos, siempre bajo observación de un adulto para evitar el riesgo de asfixia y ahogo. • Tocarlos con distintos objetos y texturas (suave, áspero o seda). • Se recomienda poner al niño o niña sobre una goma Eva, ofreciéndole juguetes grandes y vistosos para jugar, gasas o pañuelos de colores hacia él o ella. <p>4 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poner al niño o a la niña por tiempos equivalentes en prono, en supino o de lado sobre el suelo para que se mueva libremente, con el sentido de movimiento desarrolla balance y control. • Inclinar cuidadosamente la goma eva para que el niño o la niña gire. • Mostrarle al niño o la niña objetos que llamen su atención (cascabeles, tazas de plástico sin contenido, cucharas de madera o paños de colores) a una distancia dentro del alcance de la niña o niño y motivarlo para que los tome. • Mostrarle al niño o la niña su imagen frente a un espejo. • Fomentar la asistencia al taller del primer año de vida con foco en área motora.

Área socio-
comunicativa

- Imitar los sonidos que el niño o la niña emite.
- Fomentar que el adulto se ponga cerca de su hijo/a y haga sonidos con la boca (moviendo lengua, emitiendo sonidos silbantes, guturales, gruñidos, etc), siempre mirándolo a los ojos (cara a cara).
- Aprovechar instancias como el baño, alimentación y juego para conversarle y cantarle.
- Ir describiéndole las actividades que se van realizando con el niño o niña.
- Fomentar la asistencia al taller del primer año de vida con foco en área lenguaje.
- Fomentar el uso de música y canto de canciones con movimientos corporales frente al niño o niña.

BANDERAS ROJAS EN CONTROLES DE SALUD DE LOS 2, 3 Y 4 MESES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.
En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes reaizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Incremento ponderal discrepante con la Curva OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar incremento ponderal según la curva esperada para cada niño o niña. • Corregir por edad gestacional cuando corresponda. • Educar en técnica efectiva de lactancia materna. • Si se requiere extracción de leche, educar sobre técnica y dar indicaciones de extracción de leche. • Control en consulta de lactancia o similar para asegurar buen incremento ponderal.
Malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a interpretar señales de hambre del niño o niña. • Reforzar lactancia materna exclusiva y que la alimentación complementaria debe comenzar luego de los 180 días de vida (6 meses). • Si corresponde, revisar la indicación de preparación de mamaderas y horarios de alimentación. • Educar en alimentación pausada con mamadera. • Reforzar hábitos de alimentación equilibrada para madre y familia.
Malnutrición por déficit	<p>Riesgo de Desnutrición (P/E: - 1 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la progresión de curva desde el nacimiento, considerando factores como peso y edad gestacional al nacer. Si el incremento ponderal se ha estancado o no presenta progresión normal derivar a médico/a para descartar morbilidad en la madre o en el niño o la niña. • Descartar síntomas depresivos de la madre, si los tiene seguir flujo "Madre con síntomas depresivos según Escala Edimburgo". <p>Desnutrición (P/E: - 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para diagnóstico y tratamiento.
Problemas de lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo de la causa del problema, educar respecto a la técnica de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado (24). • Evaluar los motivos por los que la madre no está amamantando de forma exclusiva. • Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. • Sugerir contactar a grupos de apoyo. Derivación a consulta de lactancia lo antes posible.
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico: los episodios de reflujo se asocian con complicaciones como esofagitis, compromiso nutricional con pérdida de peso, complicaciones respiratorias, irritabilidad, rechazo a las tomas de leche e hiperextensión cervical. En caso de sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico se debe derivar a médico/a. • Derivar a Servicio de urgencia: si existe inicio precoz antes de las 2 semanas de vida. Vómitos persistentes, vómitos en proyectil, vómitos biliosos. Distensión abdominal marcada, signos peritoneales. Mal incremento ponderal/rechazo alimentario persistente. Hematemesis o rectorragia/hematoquecia. Signos neurológicos (fontanela abombada, convulsiones, alteración de conciencia). Hepatoesplenomegalia asociada a síntomas sistémicos: fiebre, deshidratación y/o compromiso del estado general.

Colecho inseguro	<ul style="list-style-type: none"> En caso de que la familia haya decidido practicar colecho, de debe educar respecto a los riesgos de morir por aplastamiento y/o sobreabrigo, asociada a las siguientes prácticas de colecho: <ul style="list-style-type: none"> Que en la cama que duerme el lactante y sus padres, además duerman otros hermanos, otras personas o mascotas. Que la cama no sea lo suficientemente grande para que duerman el padre, madre y lactante. Padre y/o madre que refieren situaciones de cansancio. Padre y/o madre con malnutrición por exceso (por riesgo de aplastamiento). Padre y/o madre usuarios de medicamentos que alteren estados de conciencia (relajantes musculares, benzodiacepinas, inductores del sueño, entre otros). Padre y/o madre con consumo de alcohol, cigarro y/o drogas. Recién nacidos/as prematuros y/o bajo peso de nacimiento. Si el colecho se asocia a riesgos biopsicosociales, activar alertas de vulnerabilidad, evaluar caso con equipo de cabecera.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciar entre disquecia del lactante (proceso fisiológico) y Enfermedad de Hirschsprung. El lactante presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. Derivar a médico/a y/o servicio de urgencia.
Presencia de candidiasis oral	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para iniciar tratamiento. Reforzar higiene de la boca y de utensilios en el caso de niño o niña no amamantados. Evaluar presencia de micosis del pezón de la madre y moniliasis en genitales del niño o niña.
Frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar derivación a odontólogo(a) general o especialista (odontopediatra, cirujano infantil, cirujano maxilofacial).
Riesgo de anemia en población migrante	<ul style="list-style-type: none"> En niños y niñas migrantes con padres con antecedentes de anemia falciforme o talasemia (hemoglobinopatías), derivar a especialidad (hematología).
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a, para evaluación y posible interconsulta a otorrinolaringología infantil.
Retraso en calendario de vacunas (2 y 4 meses)	<ul style="list-style-type: none"> Indagar en causas que provocaron retraso del calendario. Educación respecto a la seguridad y protección de las vacunas. Si tiene vacunas pendientes, derivar a vacunatorio para regularizar calendario.
Alteraciones en el proceso de reestructuración familiar	<ul style="list-style-type: none"> Emergen conflictos en la pareja, que no son posibles de resolver por sí solos. El padre y/o particularmente la madre, no es capaz de sobrellevar el cuidado de otros hijos y dar respuesta a los requerimientos del lactante. Se siente sobrepasada, sin saber cómo actuar al respecto.

Madre con síntomas depresivos según Escala Edimburgo (2 meses)	<p>Una puntuación de 10 o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivación asistida (el profesional toma la hora directamente) a médico/a para confirmación o descarte de depresión y eventual ingreso a GES. Potenciar redes de apoyo de la madre. Fomentar los tiempos de descanso, actividad física, recreativos y ayuda en labores diarias para la madre. Vincular a la madre con otras madres, por ejemplo, en grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM), entre otros. <p>Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 (síntomas suicidas):</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del riesgo vital (ideación, planificación o ejecución). Asegúrese que la mujer sea atendida en forma inmediata por médico/a o en la urgencia (acompañada por personal de salud), para eventual diagnóstico e ingreso a tratamiento según Guía Clínica "Depresión en personas de 15 años y más" (23). Contacte a las personas más cercanas para activar el apoyo y acompañamiento permanente. Asegúrese que la mujer sea acompañada por un adulto que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado del hijo o hija.
Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. Detección de riesgos biopsicosociales y llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. Derivar a modalidad de estimulación por categoría normal con riesgos biopsicosociales, y monitorear las alertas generadas en el control en el SRDM. Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Nadie es perfecto). Cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, derivar a un profesional, derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental. Indagar acerca del uso permanente y adecuado del cinturón de seguridad por los adultos y el SRI. Educar y fomentar su uso, orientados mirando hacia atrás
Niño o niña difícil de consolar	<ul style="list-style-type: none"> Educar a la madre/padre y cuidadores/as en técnicas de manejo del llanto (porteo, uso de sonidos blancos, mecer, amamantar, arrullar, cambios de posiciones, cantar, etc. todo siempre con un adecuado tono afectivo del adulto). Y evaluar acciones realizadas por la madre/padre o cuidadores/as, para detectar aquellas que puedan aumentar el estrés (dejarlo solo/a, dejarlo llorar, alejarlo, gritarle, etc). Revisar resultados de escala de Edimburgo. En caso de resultados alterados verificar el cumplimiento del plan de trabajo de intervención. Analizar si hay otros estresores presentes a nivel familiar que puedan influir en el llanto infantil y efectuar consejo breve.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. Determinar el riesgo vital del niño o la niña. Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores" (21). En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
Examen neurológico alterado (3 meses)	<ul style="list-style-type: none"> Ante persistencia de protocolo neurosensorial anormal o examen neurológico alterado: derivar a neurología infantil. Derivar a Taller de promoción del desarrollo motor en el primer año.

Protocolo de evaluación neurosensorial alterado (1 a 3 ptos)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reevaluación en control de los 2 meses con profesional de enfermería entrenada/o de protocolo neurosensorial, en caso de persistir alteración derivar a médico/a. Consignar en ficha reevaluación en control de los 3 meses con médico/a y aplicación de protocolo neurosensorial, en caso de persistir alteración derivar a nivel secundario para evaluación por especialista (neurología infantil). Derivar a Taller de promoción del desarrollo motor en el primer año.
Protocolo de evaluación neurosensorial alterado (≥ a 4 ptos) y/o existencia de macrocefalia o microcefalia	<ul style="list-style-type: none"> Si en reevaluación se obtiene puntaje ≥ a 4 puntos, derivar a neurología infantil en nivel secundario. Derivar a Taller de promoción del desarrollo motor en el primer año.
Pauta breve alterada (4 meses)	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a evaluación con Test del DSM dentro de los siguientes 15 días siguientes. En caso de Test del DSM alterado seguir flujograma descrito y derivar a MADIs. Realizar seguimiento y coordinar plan de intervención.
Presencia de síntomas de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, sibilancia, cianosis, aleteo nasal), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad, derivación inmediata a médico/a para diagnóstico e indicación de tratamiento.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	<p>Moderado y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivación a talleres IRA. Consejo breve antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios, y referir a un servicio de urgencia si se estima necesario. Seguimiento: para evitar que estos niños o niñas se expongan a contagio, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico de episodio respiratorio agudo.
Sospecha de BRUE	<ul style="list-style-type: none"> Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a médico/a con urgencia.
Radiografía de pelvis alterada (3 meses) o signos sugerentes de displasia luxante de cadera	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta urgente a traumatólogo/a infantil para diagnóstico. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 30 días, por sospecha de enfermedad GES (Displasia luxante de cadera).
Alteraciones oftalmológicas	<p>Rojo pupilar alterado o leucocoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar para interconsulta urgente a oftalmólogo/a para diagnóstico y eventual tratamiento. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad GES (Cáncer en personas menores de 15 años). <p>Estrabismo fijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar para interconsulta urgente a oftalmólogo/a para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad GES (Estrabismo en menores de 9 años). Presencia de factores de riesgo de patología oftalmológica (familiares o personales). Si cumple con factores de riesgo: derivar a Oftalmólogo/a para la evaluación por especialista.

Sospecha de cardiopatía congénita	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a especialidad para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 21 días, por sospecha de enfermedad GES (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Ictericia persistente o tardía (2 meses)	<ul style="list-style-type: none"> Si el control es realizado por médico/a, solicitar urgentemente bilirrubina total y directa para descartar patología hepática (por ejemplo: atresia biliar). Si el control es realizado por enfermero/a, derivar a consulta con médico/a para evaluación y eventual solicitud de exámenes o derivación a servicio de urgencia.
Hemangiomas	<p>Derivar a dermatología el hemangioma cuando este es:</p> <ul style="list-style-type: none"> De gran tamaño (compromete más del 5% de la superficie corporal). Crece a gran velocidad (duplica su tamaño en el transcurso de 1 mes). Se encuentra en zonas periorificiales (genital, anal, ocular, ótica o nasal), en pliegues o zona del pañal. Está complicado (ulcerados, con o sin sobreinfección, o sangrado a repetición). Son múltiples hemangiomas (más de 5).
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas "blancas" en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como "piel de lija") en región frontal o lumbosacra. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Dermatitis atópica o alérgica	<p>Indicar medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Baños cortos con agua tibia (no muy caliente). Hidratación diaria con crema hipoalergénica o aceite neutro de origen vegetal. Ropa 100% de algodón sin broches metálicos ni etiquetas. Lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante. Evitar alérgenos (perfumes, desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, barbas de los hombres, ropa de los padres, etc.).
Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadía o epispadía	<ul style="list-style-type: none"> Derivar en forma urgente a cirugía infantil y/o a médico/a en caso de que el control sea realizado por profesional de enfermería.
Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	<ul style="list-style-type: none"> Si existe sospecha clínica hipoacusia o cumple con factores de riesgo, derivar en forma urgente a otorrinolaringología infantil para confirmación diagnóstica.

3.2.2.2. CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 5 MESES

Período	5 meses a 5 meses 29 días			
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado nutricional integral del niño o la niña, considerando su estado de salud y contexto psicosocial. • Realizar la pesquisa precoz de alteraciones de la salud que se relacionen con la nutrición y los hábitos alimentarios • Fomentar y proteger la lactancia materna exclusiva hasta cumplidos los 6 meses de vida y complementada hasta los 2 años o más. • Educar a la familia respecto a la alimentación complementaria no láctea a partir de los 6 meses de vida (180 días de vida), saludable y balanceada considerando las particularidades del lactante y familiares, para la prevención temprana de enfermedades no transmisibles. • Educar a la familia en torno a estilos de vida saludable, fomento de hábitos alimentarios y actividad física. 			
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Nutricionista. 			
Instrumento o herramienta	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía (anexo 22). • Revisar aplicación y resultado de "Pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso" en control de salud del 4 mes (anexo 23). 			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material a entregar	Registro en SRDM
30 minutos	Universal	Individual	Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde.	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar en ficha clínica la información de los controles anteriores realizados al niño o niña. • Revisar relación vincular y si hubo alguna intervención, revisar resultados de este. • Revisar el registro de inmunizaciones al día, según calendario, de no estar completo derivar a vacunatorio. • Revisar historia de lactancia materna y alimentación. • Revisar alimentación de los padres y rutinas alimentarias. • Revisar el registro del retiro de alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. • Revisar si se aplicó "Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso" en control de salud del 4to mes. 			
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la presencia de factores de malnutrición por exceso. • Preguntar sobre lactancia materna (se efectúa en forma exclusiva y a libre demanda, sin restricciones). • Indagar si la familia le ha dado otro alimento o líquido que no sea leche materna o si ya han comenzado con la alimentación complementaria. • Consultar si tiene conocimiento referente a la extracción, mantención y conservación de la leche materna. • Si la madre debe reintegrarse a la vida laboral o educacional (colegio o educación superior), ya lo hizo, con el objetivo de consultar si mantiene o mantendrá la lactancia materna y si el lugar de trabajo o escuela cuenta con las condiciones (instalaciones o permisos) adecuadas para el amamantamiento. • Valorar alimentación con fórmula, frecuencia y preparación. Volumen y velocidad en qué el niño/niña ingiere la leche. Uso de chupete y mamadera. • Preguntar por quién cuidará y alimentará al niño o niña si la madre ingresa a trabajar o estudiar. • Si ya ha regresado a las actividades antes mencionadas, indagar en cómo esto ha afectado la alimentación del niño o la niña. • Indagar si ha tenido complicaciones y si desea seguir amantando y cuál es la expectativa. • Si recibe suplementación diaria: vitamina D (400UI) y hierro (1mg/kilo/día). • Consultar por intolerancias y alergias alimentarias. 			

Aspectos socioemocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a la madre/padre y/o cuidadores/as respecto a: • Cómo se sienten respecto al cuidado del niño o la niña. • La personalidad y preferencias del niño o niña (solicitar que lo o la describan). • Situaciones que le causan malestar y grado de consolabilidad. • Preguntar sobre el uso de porta bebé (Mei-tai) del ajuar de Chile Crece (facilitadores y obstaculizadores para el uso). • Dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo y comportamiento de su hija o hijo. • Cómo ha influido la llegada de su hijo o hija en las rutinas diarias de la familia. • Si han surgido cambios significativos en la familia tras el nacimiento de su hijo/a (pareja, padres e hijos, hermanos). • Observar si el niño o la niña se muestra dispuesto a explorar en los momentos en que disminuye el estrés en la consulta. También si mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal, buscando la interacción con ellos y les sonríe. • Observar la interacción y comunicación entre el niño o la niña con sus padres (cuando lo toman, lo desvisten, le hablan, etc.), especialmente en momentos de mayor estrés durante el control. • Evaluar si los padres y/o cuidadores le anticipan lo que ocurrirá durante la consulta o bien, se demuestran un trato sensible (lectura e interpretación de las señales del niño o niña) en la interacción socioemocional con su hijo o hija. • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre para las decisiones relacionadas a la crianza y paternidad/maternidad.
ANTROPOMETRÍA Y EVALUACIÓN GENERAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 MESES	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar longitud. • Evaluar peso. • Medición de perímetro craneano, determinar existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla), microcefalia, o deformidades (plagiocefalia o craneosinostosis) • Palpar fontanela anterior (tensión y tamaño). • Observar piel y mucosas (color e hidratación). • Inspección del estado general del niño o niña
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo. • Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). • Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). • Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). • Lactancia materna con o sin dificultades (normal o anormal, especificar problema). 	

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 5 MESES

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. • Fomentar la extensión de la lactancia materna hasta al menos los 2 años de vida, o hasta que la madre y la familia. • Mantener lactancia materna libre demanda, fomentando la autorregulación durante toda la duración de la lactancia. • Explicar la importancia de la incorporación de alimentos complementarios en forma adecuada en cantidades y horarios para disminuir los factores de riesgo de malnutrición por exceso en la infancia. • En el caso de niños o niñas no amamantados, promover la alimentación pausada en mamadera. • Ofrecer alimentos complementarios no lácteos a partir de los 6 meses de vida (180 días), respetando las señales de hambre y saciedad del lactante, sin forzar. • Evitar malas prácticas como alimentar al niño o niña, mientras ve pantallas, ofrecer premios, castigos, etc. Cartillas de Chile Crece Contigo de Introducción Respetuosa de los alimentos. • Fortalecer conceptos sobre la importancia de que la alimentación sea un momento agradable, afectuoso y respetuoso, nunca forzar ni engañar, no usar comida como premio o castigo. • Reforzar el concepto que los niños y las niñas sanos regulan su ingesta energética según sus necesidades y que nunca deben ser forzados o engañados para comer. • Dar consejos prácticos de cómo cocinar, almacenar y ofrecer los alimentos a un niño o niña de esta edad según la realidad de cada familia. Educar respecto al correcto uso de la silla de comer y de los utensilios apropiados (acordes al tamaño de la boca del niño o niña, idealmente de materiales no plásticos). • Educar en la manipulación de alimentos y contaminación cruzada: <ul style="list-style-type: none"> – La importancia de utilización de alimentos saludables, seguros e inocuos: medidas para evitar contaminación cruzada, evitar usar los mismos utensilios para manipular carnes crudas y luego alimentos que se consumirán sin cocción, mantener alimentos refrigerados, lavado de manos previo y durante a la preparación de alimentos, etc. • Explicar la importancia de dar alimentos CERO SAL y CERO AZUCAR, durante al menos los 1.000 primeros días de vida (mantener esta indicación el mayor tiempo posible). • Anticiparse a la reacción normal de los niños y las niñas frente a la alimentación complementaria, neofobias, variabilidad del apetito, preferencias alimentarias, extrusión de la lengua, entre otras. • Indicar medidas promocionales y preventivas para implementar en el entorno familiar, de acuerdo con los hábitos de alimentación y los resultados del estado nutricional de los padres. • Recomendar videos y material educativo de Chile Crece Contigo, relacionados con la alimentación respetuosa (revisar sitio web).
Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Deben estar físicamente activos varias veces al día de diferentes formas, especialmente mediante el juego libre en el suelo, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona (boca abajo) repartidos a lo largo del día mientras estén despiertos, que favorezcan el movimiento y actividad. • Los NN menores de 2 años no deben pasar tiempos de sedentarismo frente a pantallas. • Buena calidad de sueño (tiempo recomendado de 12 a 16 horas).
Guías anticipatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a las madres, padres y/o cuidadores respecto al cambio de la consistencia de las deposiciones asociadas a las modificaciones alimentarias (anexo 18).

Cuidados de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la higiene bucal, para el niño o niña y para la familia. • Si no han erupcionado dientes, realizar higiene bucal al menos 1 vez al día, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda, pañal de tela o dedal de silicona. • Con la erupción del primer diente, comenzar cepillado con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor, sin enjuague posterior. • Recomendar cepillo es personal, pequeño y con cerdas suaves • Usar pasta de dientes entre 1000 y 1500 ppm de flúor, y la cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, siempre dispensada por un adulto. • Reforzar consumo de alimentos no azucarados y de agua pura (el agua en Chile esta fluorada y protege contra las caries). • Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado de dientes, cuidado en alimentación, etc.). • Reforzar la no succión de dedos como hábito.
Derivación	<ul style="list-style-type: none"> • Control de los 6 meses.

BANDERAS ROJAS EN CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 5 MESES	
SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Riesgo psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de las alertas y registro en SRDM. • Promover uso de página: www.crececontigo.cl y de cuaderno descubriendo juntos. • Derivar a MADIs. • Invitar a participar en los talleres para el fomento de competencias parentales, como (NEP) Nadie es Perfecto, en caso de no asistir a taller de promoción del primer año de vida con foco en lenguaje y motor. • Vincular a grupos comunitarios u otras iniciativas de promoción del desarrollo infantil y la crianza.
Lento incremento ponderal con desviación del rango de normalidad en curva OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar factores asociados. • Revisar técnica de lactancia materna y si requiere apoyo en educación de extracción y administración de leche. Ver manual operativo "Acompañando tu lactancia". • Si mantiene o no LME, evaluar los motivos en caso de que la madre no está amamantando de forma exclusiva. • Educar en técnica de lactancia materna. • Reevaluar en consulta de seguimiento de lactancia u otra prestación similar, para asegurar un incremento ponderal.
Problemas de lactancia, ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar dependiendo de la causa del problema, y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado (45). • Derivar a médico/a en caso de requerir diagnóstico y tratamiento. • Sugerir contactar a grupos de apoyo. • Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. • Derivar a consulta de lactancia. • Promover uso de material Chile Crece Contigo (cartilla de extracción y alimentación complementaria, videos de lactancia materna).
Mal nutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un consejo breve en estilos de vida saludable. • Elaborar un plan de trabajo de intervención individual y familiar en alimentación, actividad física, y plan de seguimiento. • Derivar a sesiones educativas de malnutrición por exceso.
Niño o niña eutrófico con dos o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). • Elaborar un plan de trabajo específico de intervención individual y familiar en alimentación y actividad física, y plan de seguimiento. • En caso de contar con el programa Elige Vida Sana, derivación cuando el niño o niña cumpla 6 meses.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	<p>Moderado y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivación a talleres IRA. • Consejo breve antibaclo si hay integrantes en la familia que fumen. • Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. • Seguimiento: Para evitar que estos niños o niñas se expongan a algún contagio, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico de episodio respiratorio agudo.

Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el contexto psicosocial familiar y del entorno, para una eventual elaboración de un plan de trabajo consensuado con la familia y con el equipo de cabecera, derivación a Asistente social y/o vinculación con la red comunal ChCC. • Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. • Derivar a médico/a para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y eventual derivación. <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la derivación a nivel secundario ante los siguientes hallazgos: - Crecimiento longitudinal (estatura) < -2 DS. - Vomitadores crónicos. - Diarrea a repetición. - Sangre en deposiciones. - Pérdida de apetito persistente. - Anomalías o dismorfias específicas en el examen físico. - Retraso del desarrollo psicomotor. - Distribución anómala de la grasa corporal. - Alteración en las proporciones corporales. - Signos carenciales. - Otros que se estimen pertinentes.
Riesgo de desnutrir	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la curva de crecimiento e incremento ponderal de acuerdo con la realidad individual: considerar carga genética, incremento mes a mes y corregir por edad gestacional al momento del nacimiento. • Derivar a profesional de nutrición. • En caso de sospechar patología asociada, derivar a médico/a.
Talla baja (≤ 2 DS)	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, déficit cognitivo, crecimiento menor a 75 % de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < 3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.
Talla alta (≥ 2 DS)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación existencia de signos de pubertad precoz, hiperplasia suprarrenal y/o señales de desproporciones corporales.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> - En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores" (21). - En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>



3.2.3.CONTROL DE SALUD INFANTIL EN LACTANTE MEDIO (6 A 11 MESES)

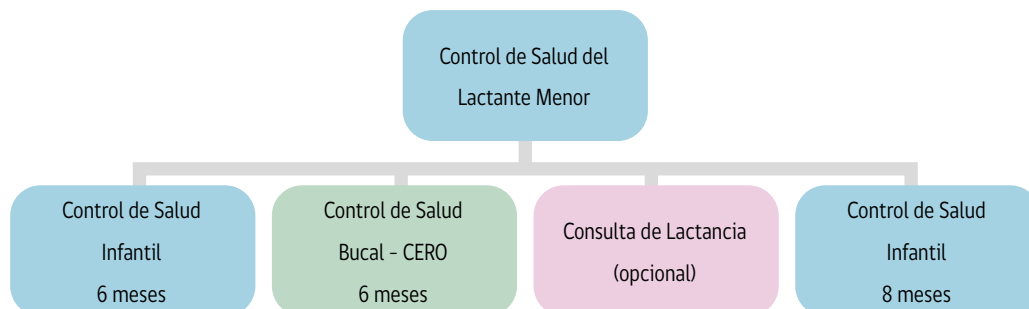
En este período, el lactante comienza a ver el mundo desde nuevas perspectivas. En este periodo generalmente comienza el desplazamiento autónomo, ya sea gateando (fase opcional del desarrollo), reptando o dando sus primeros pasos con o sin apoyo, lo que aumenta su exploración. El juego libre en suelo, así como el juego guiado por el niño o niña, donde el adulto sigue sus intereses, se convierten en una gran fuente de oportunidades y de estimulación. Esto también implica mayor cuidado de los padres para la prevención de accidentes, quienes deben establecer medidas de seguridad y ayudarles a entender qué cosas pueden ser peligrosas para ellos. También en este período comienza a comprender la palabra “no” (47).

Existe un gran desarrollo socioemocional que permite una mayor interacción con el mundo y comienza a mostrar una clara preferencia por la figura de apego, así como un desconocimiento de los extraños. En este período, cercano a los 9 o 10 meses, comienza la ansiedad de separación, en el que el lactante teme alejarse de su cuidador principal, pues aún no comprende del todo que volverá (47).

En la comunicación también existe un desarrollo considerable. Los lactantes están muy interesados en poder expresarse y entender a quienes les rodean. Es frecuente que en este período comiencen a hacer señas como parte del lenguaje no verbal y también que comiencen a repetir disílabos para finalmente decir sus primeras palabras.

Durante este período, se deben realizar al menos dos controles de salud infantil (CSI):

Figura III – 7. Supervisión de Salud Integral para Lactante Medio.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSLA, 2021.

Se recomienda comenzar el examen con el niño o la niña en brazos de los padres, dejando lo más molesto para el final (ojos, oídos, boca, nariz, abdomen, antropometría). Explicar a los padres que es normal que a esta edad los niños y niñas lloren durante el examen.

Los hitos principales que se logran en este período son:

Tabla III - 5. Logros esperados en el desarrollo del Lactante Medio.

Área	6 a 7 meses	8 a 9 meses	10 a 11 meses
Motor grueso	<ul style="list-style-type: none"> - En prono: se mueve hacia adelante y atrás, el apoyo se encuentra en las palmas abiertas y muslos, cercanos a las rodillas. - En prono y supino: giro coordinado. - En supino: lleva los pies a la boca. Coordinación pie boca. - Paracaídas lateral - Sedestación: se sienta sin apoyo por segundos o logra sentarse en posición de trípode. - Flexa las rodillas con energía al ponerle de pie. 	<ul style="list-style-type: none"> - En prono: el apoyo se encuentra en las palmas y rodillas - Sedestación asistida (7-8 meses). - 8 meses: arrastre - 8-9 meses: podría comenzar el ganeo coordinado. - Intenta sentarse estando en supino y logra quedarse sentado/a sin apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Da sus primeros pasos con apoyo (10 meses) - Paracaídas horizontal. - Marcha lateral (en posición bípeda, afirmado de algo se desplaza lateralmente).
Motor fino	<ul style="list-style-type: none"> - Toma objetos con la palma de la mano. - Transfiere objetos de una mano a la otra. - Coordina mano - pie - boca (7 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma 2 cubos con pinza intermedia (término lateral). - Golpea objetos entre sí. - Busca un objeto que cayó en silencio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lanza objetos con intención. - Revuelve con cuchara.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Explora el mundo a través de la vista y llevándose los objetos a la boca. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla concepto de permanencia del objeto. - Aprende juegos interactivos. - Distingue continente de contenido (entienden que hay cosas dentro de otras). 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza acciones de autoayuda (toma de un vaso ayudado por otro-10 meses, ayuda a vestirse-11 meses-). - Comprende conceptos simples de causalidad y efecto (encuentra un objeto debajo de una taza o paño).
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Balbucea y vocaliza. - Reconoce su nombre. - Se gira a la voz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice disílabos (da-da, pa-pa, ma-ma) inespecíficos. - Imita sonidos. - Hace adiós con la mano y aplaude (9 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice la primera palabra con intención (11 meses), dice papá específico. - Entiende concepto del "no". - Baila con rebote al son de la música.
Socio-emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Es sociable, interactúa con sus padres. - Reconoce rostros familiares. - Comienza a desconocer a extraños (7 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se muestra aprensivo con extraños, los desconoce. - Busca a sus padres como fuente de juego y resguardo. - Ansiedad de separación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siente miedo. - Mirada preferencial a su nombre. - Pide ayuda.

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSLA, 2021.

3.2.3.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 6 Y 8 MESES

Periodo	Edad	Ideal		Tardío
	6 meses	5 meses 21 días – 6 meses 10 días		6 meses 11 días – 7 meses 20 días
	8 meses	7 meses 21 días – 8 meses 10 días		8 meses 11 días – 11 meses 20 días
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar integralmente el crecimiento y desarrollo del niño o niña, considerando su etapa, familia y ambiente.• Pesquisar precozmente factores y conductas protectoras y de riesgo para la salud del niño o niña y su familia.• Pesquisar precozmente alteraciones de la salud en el niño o niña, considerando todas las áreas del desarrollo.• Formular los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña.• Detectar en la madre síntomas de depresión materna y promover un desarrollo vincular saludable.• Educar a madres/padres y cuidadores/as respecto al crecimiento, desarrollo, salud y crianza positiva/respetuosa de niños y niñas.• Apoyar a la madre/padre y familias para el retorno al trabajo.• Promover la lactancia materna complementaria.• Orientar a madres/padres y cuidadores/as sobre la prevención de enfermedades y accidentes en niños y niñas.• Educar a madres/padres y cuidadores/as respecto al autocuidado y el establecimiento de conductas que promueven una adecuada salud integral.			
Profesional	Enfermera/o o médico/a.			
Instrumento o herramienta	6 meses	<ul style="list-style-type: none">• Score de riesgo de morir por neumonía.• Escala de depresión postparto de Edimburgo.• Entrega de pauta de seguridad infantil.		
	8 meses	<ul style="list-style-type: none">• Score de riesgo de morir por neumonía.• Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).• Revisión pauta de seguridad infantil, completada por los padres.• Revisión Pauta CERO realizada por el odontólogo/a.		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
6 meses: 30 minutos 8 meses: 4 a 50 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none">• Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none">• Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control.• Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior.• Revisar score de riesgo de morir por neumonía, del control anterior.• Revisar registro de inmunizaciones y calendario al día según edad.• Revisar si las alertas de vulnerabilidad psicosocial generadas en SRDM fueron resueltas.• 6 meses: revisar respuestas de escala Edimburgo durante el 6to mes y contrastar con resultado al segundo mes.• 8 meses: revisar la pauta de Prevención de accidentes completada por los padres idealmente en el hogar y paula CERO aplicada por odontólogo/a.			

Hábitos alimentarios	<p>Evaluar continuidad de la lactancia materna, considerando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se efectúa en forma complementaria y a libre demanda (sin horario). • Dificultades asociadas: dolor, sangramiento, percepción de hipogalactia, otras molestias u otras dificultades en la lactancia. • Motivos del abandono en mujeres sin lactancia o con lactancia mixta. • Si la mujer regresó a su trabajo, preguntar si cuenta con las condiciones (instalaciones o permisos) adecuadas para el amamantamiento. Y si conoce las técnicas de extracción, traslado y conservación de la LM. • Evaluar alimentación con fórmula, en madres sin lactancia. Preguntar sobre preparación, frecuencia, velocidad y volumen ingerido. • Evaluar adaptación al inicio de la alimentación complementaria: procesos fisiológicos (neofobias, extrusión, experiencias sensoriales, etc.). Indagar en frecuencia, calidad y cantidad de las comidas sólidas (variedad, preferencias, selectividad y dificultades). • Indagar sobre el ambiente y horarios de alimentación. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc.). • Preguntar respecto al uso de mamadera y de chupete • Indagar sobre consumo de agua pura, así como por el consumo de bebidas o jugos (artificiales y de frutas). • Indagar sobre el consumo de alimentos altos en nutrientes críticos (azúcar, sal, grasas, calorías). Además, debe considerar hábitos alimenticios y preferencias del niño o niña, junto a su familia. • Realizar educación con cartillas de Crianza Respetuosa, acorde a la temática.
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrones de eliminación, frecuencia (número de pañales en 24 horas), características de la orina y las deposiciones. • Indagar sobre rutinas de higiene asociadas. • Preguntar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación.
Patrones e higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar higiene y patrones del sueño, ambiente, horas de sueño, rutinas establecidas, posición al dormir, ropa de cama y vestimenta. Considerar sueño diurno y nocturno. • Indagar sobre dificultades asociadas al sueño y descanso. • Indagar sobre ronquidos o ruidos respiratorios. • Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en los padres/madres y/o cuidadores/as.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar tipo de actividad y participación de los adultos en el juego, la respuesta del adulto y la interacción entre ambos. • Indagar respecto al uso de andador, saltarina, estación de juego u otro similar. • Preguntar por el uso de implementos de estimulación (goma eva, libro, etc.) del ajuar y específicamente juego libre en suelo. Posiciones en prono y supino y tiempo que el niño o niña permanece y tolerancia. • Preguntar sobre el uso del set "Acompañándote a descubrir 1". • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, etc.). • Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición, tipo y contexto.
Hábitos de aseo e higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre rutinas y prácticas asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, higiene bucal, lavado de pelo, lavado de genitales y muda, corte de uñas, cambio de ropa, lavado de manos y cara. Indagar frecuencia y uso de productos específicos.
Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a CERO y aplicación de la pauta CERO. • Indagar sobre forma y frecuencia de higiene oral. • Detectar factores de riesgo: consumo de productos azucarados, consumo de mamadera nocturna, succión digital.

Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre prevención a la exposición solar. • Evaluar sobre las medidas de seguridad en sus actividades habituales, tanto de adaptación del entorno como de supervisión y cuidado diario de los adultos responsables. • Indagar sobre acciones asociadas a la: prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas), uso de pantallas, uso de silla de autos, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, etc. • Indagar sobre el uso de andador, saltarina, centros de entretenimiento, etc.
Desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a los padres/madres y/o cuidadores/as sobre dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo, y comportamiento de su hija o hijo. • Indagar sobre estado emocional de la madre y el padre, proceso de adaptación familiar, adquisición del roles y presencia de redes de apoyo. • Evaluar si la madre, padre y/o cuidador se dirigen con cariño al lactante, esto es posible de observar en la forma en que lo toman, desvisten y le hablan. • Si la madre retorna al trabajo/estudios, preguntar relación con la persona (casa o sala cuna) que cuida al niño o niña y proceso de adaptación. • Evaluar si los padres responden adecuadamente al llanto del niño o la niña y logran calmarle y consolarle. • Evaluar si el niño o la niña mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador/a principal. Si se consuela en sus brazos, especialmente en los momentos de mayor estrés de la consulta (ej. luego de pesarlo y medirlo). • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre, en la toma de decisiones en relación con temas de crianza.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar longitud. • Evaluar peso. • Evaluar perímetro cefálico, determinar la existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla) o microcefalia, signos de craneosinosis (cierre prematuro de suturas) y deformaciones (ej. Plagiocefalia). • Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva.
Evaluación general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad, color de la piel). • Evaluar estado de conciencia y nivel de actividad. Y considerar la evaluación de signos vitales, según pertinencia. • Descartar malformaciones evidentes.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar tono y movilidad. Simetrías en la movilización de extremidades y en los reflejos. • Descartar hipotonía o hipertonía marcada generalizada o de segmentos corporales. • Evaluar presencia de clonus y/o hiperreflexia. • Evaluar reflejos: cócleo palpebral, aquiliano simétricos, paracaidista. • Ausencia de reflejos arcaicos (Moro puede persistir en forma normal hasta los 6 meses). • Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor, sensorial, coordinación, comunicación.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la presencia de hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos. Describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Inspeccionar la presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas. Describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. • Inspeccionar estado e higiene de las uñas.

Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar y palpar cráneo, morfología, distribución del pelo (presencia de alopecia), presencia de ectoparásitos (pediculosis), presencia de plagiocefalia o alguna deformidad. • Palpar fontanela anterior presente: extensión y tensión.
Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). • Hallazgo de adenopatías: buscar otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis), síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis / sudoración nocturna) y hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Evaluar desviación ocular (Test de Hirschberg, en caso de duda realizar Cover Test). • Observar si existe secreción ocular o epífora.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el Control de Salud es realizado por un profesional entrenado). • Evaluar que el lenguaje expresivo y comprensivo esté acorde a la edad del niño o la niña (utilizar los resultados de los test de desarrollo psicomotor o los hitos esperados al comienzo de este período). • Preguntar si el niño o niña está atento a los sonidos, gira la cabeza y orienta bien al sonido.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua y piso de boca. • Evaluar erupción de dientes incisivos (en promedio erupcionan a los 6 meses). • Revisar factores de riesgo de enfermedades bucales con componentes de pauta CERO.
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar pulsos periféricos, presentes y simétricos, con énfasis en pulsos femorales. • Auscultación cardíaca: descartar soplos cardíacos, ritmo regular o irregular, y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos). • Auscultación pulmonar: evaluar el murmullo pulmonar simétrico y descartar ruidos pulmonares patológicos (diferenciar de ruidos fisiológicos transmitidos desde zona nasal).
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar presencia o ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente abdominales e inguinales). • Palpar distensión abdominal. • Descartar masas palpables.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Extremidades: descartar asimetrías en movimiento o fuerzas y de pliegues, malformaciones (polidactilia, pie equino, sindactilia entre otras). • Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar ano y descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. • En niños, palpar la presencia de testículos en el escroto (descartar criptorquidia), ausencia de líquido libre en escroto (hidrocele), fimosis (fisiológica hasta los tres o cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. • Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. • En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a cirugía infantil o urología infantil, de lo contrario se considera fisiológica. • En niñas, inspeccionar para descartar la presencia de sinequias, secreción y olor anormal. • Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.

Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de lesiones más graves de lo esperado con discordancia con la historia entregada. • Evaluar la presencia de múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención en salud. • Evaluar la presencia de fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios poco habituales. • Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. • Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de familia. • Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo. • Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). • Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). • Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). • Desarrollo integral: áreas del desarrollo (clínico o con instrumentos, según corresponda). • Pesquisa de problemas de salud. • Lactancia materna con o sin dificultades (normal o anormal, especificar problema). 	
INDICACIONES Y ACUERDOS EN CONTROL DE SALUD DE LOS 6 A 11 MESES	
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar a sistema SRDM para registrar y levantar alarmas de vulnerabilidad, para posteriormente realizar seguimiento y resolución. • Derivar a equipo de cabecera para plan integral de cuidados a MADIs para su intervención preventiva y promocional del desarrollo.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar mantención lactancia materna a libre demanda como principal fuente de alimentación en este período. • En caso de lactancia parcial o sin lactancia, evaluar posibilidad de reinducción. • En niños y niñas no amamantados indicar fórmulas lácteas o de inicio, según disponibilidad. • Anticipar el retiro de la mamadera nocturna y anunciar el riesgo cariogénico de esta mamadera. • Educar respecto al correcto uso de la mamadera en niños y niñas no amamantados, fomentado alimentación pausada y/o uso de vaso en su reemplazo.
Hábitos alimentarios: hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar el consumo de agua potable pura (250 a 500cc diarios de manera gradual), evitar consumo de bebidas y jugos (artificiales y naturales). En niños y niñas amamantados el consumo puede ser menor. • Recomendar el consumo de frutas molidas y luego en trozos y no en versión jugo, ya que aumentan el índice glicémico.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas amamantados mantener hierro (sulfato ferroso) 1mg/kilo/día. En niños y niñas con lactancia mixta revisar si la dosis de fórmula cubre requerimiento. • Continuar con suplementación de vitamina D 400 UI (número de gotas acordes a la presentación).
Guías anticipatorias: eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a la disquecia del lactante (menores de 9 meses sanos), presenta esfuerzo de al menos 10 minutos y llanto antes de defecar, pero con deposiciones blandas, que se puede presentar por un máximo de 5 a 7 días (ver bandera roja de Enfermedad de Hirschsprung). Se debe hacer la distinción con signos patológicos tales como deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). • No se debe realizar estimulación rectal (uso de termómetros, calitas de jabón, etc), ni recomendar el uso de laxante ni de otros medicamentos. Favorecer el masaje abdominal (en el sentido del reloj) y de zona sacra; y flexión de rodillas.

Hábitos
alimentarios:
alimentación
complementaria

- Indicar introducción de alimentos sólidos (no antes de los 6 meses), de acuerdo con el grado de madurez de cada niño o niña: capacidad de sostener la cabeza y el tronco, presencia de dientes, capacidad de llevar alimentos a la boca con las manos, apertura de la boca al ofrecer una cuchara, ausencia de reflejo de extrusión, presencia de masticación.
- Recomendar iniciar alimentación complementaria con alimentos en consistencia de puré, sin pedazos de sólidos, en paralelo se le puede ofrecer alimentos blandos.
- De acuerdo al nivel de madurez del niño o niña, antecedentes de salud y edad (desde los 8 meses), paralelamente a la sopa puré, se puede recomendar iniciar alimentación con trozos de frutas, verduras blandas o cocidas para que pueda masticar, comer con sus manos y practique la alimentación guiada por el niño o niña.
- Educar a la familia, respecto al proceso de alimentación como gradual y progresivo. Es importante señalar que el momento de las comidas deben ser idealmente en un ambiente grato, para alimentarse y compartir tiempo en familia. Que el niño o niña no debe recibir distracciones para que se alimente (no usar celular, tv u otros, para que abra la boca "sin darse cuenta"), debe percibir con todos sus sentidos los alimentos nuevos y que es normal el rechazo (neofobia), que se debe seguir insistiendo para que adapte a los nuevos estímulos (sabores, texturas, olores, colores, etc.), lo que hará que gradualmente aumente el volumen de comida que ingiere. Se debe ir variando los ingredientes y texturas de los alimentos, siendo recomendable los alimentos frescos y preparados el mismo día, en caso de congelar los alimentos resguardar las medidas de higiene y conservación (preferir recipientes de vidrio).
- Enseñar que la silla de comer debe ser segura y adecuada al tamaño del niño o niña, que permita poder explorar con sus manos y que de sostén y sujeción a los pies. Muchos niños o niñas que presentan rechazos pueden sentirse más seguros en brazos de la madre o padre (inicialmente). Los utensilios por utilizar deben ser libres de BPA, por lo que se recomienda el uso de materiales no plásticos. La cuchara debe ser pequeña y acorde al tamaño de la boca del niño o niña. El almuerzo y la cena puede ser acompañado de agua pura, para incentivar su consumo.
- **6 meses:** indicar iniciar almuerzo con alimentación complementaria, preparada con verduras variadas (cualquiera), carne roja magra (por ejemplo, posta), pavo o pollo, se pueden agregar cereales (sémola, arroz o fideos ¹) en forma ocasional cuidando que el estado nutricional del niño o niña permanezca eutrófico ². La comida debe ser sin sal, pero se le debe añadir una cucharadita de aceite vegetal antes de servir. De postre dar fruta de cualquier tipo, sin azúcar.
- **8 meses:** incorporar cena y postre de características similares al almuerzo.
- **10 meses:** dependiendo del nivel de maduración del niño o niña, modificar la consistencia de los alimentos a uno más sólido (molida con el tenedor).

¹ No está claro si la introducción de gluten en el periodo de 4 a 6 meses previene o retarda la aparición de la enfermedad celiaca en la población en general susceptible o en lactantes con antecedentes familiares directos (de mayor riesgo). Para mayor detalle ver Artículo "Alimentación normal del niño menor de 2 años, Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la sociedad Chile de Pediatría 2013".

² Se recomienda revisar "Guía alimentaria para población chilena" (MINSAL, 2013) y "Informa Final: estudio para revisión y actualización de las guías alimentarias para la población chilena" (MINSAL, INTA y Universidad de Chile, 2013).

Higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del niño o niña. Educar respecto a la higiene del sueño, horarios y rutinas previas a la hora de acostarse (evitar pantallas en las habitaciones mientras los niños y niñas duermen). Deben tener de 12 a 16 horas (4 a 11 meses de edad) de sueño de buena calidad, incluidas las siestas. Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula. Educar respecto a la inmadurez de los ciclos circadianos y regulación del sueño. Fomentar estrategias respetuosas de regulación del sueño: porteo, cantos, amamantar, mecer, tomar en brazos, etc. Los niños y niñas se relajan en la presencia de un adulto significativo. No se recomienda dejar llorar a los niños y niñas, ni medidas de adoctrinamiento del sueño, ya que esto genera estrés, causando efectos negativos en el neurodesarrollo y en el establecimiento del apego. Uso correcto de la cuna y co-habitación segura hasta al menos el primer año de vida. Entregar recomendación de prevención de muerte súbita: posición supina y cabeza lateralizada al dormir, evitar el sobreaabrigo, no utilizar almohadas ni gorros, la ropa de cama no debe sobrepasar la línea intermamaria, no juguetes ni mantas alrededor al momento de dormir, evitar ambientes contaminados, en caso de dormir en cuna usar colchón firme y que no queden espacios entre el colchón y los bordes de la cuna. Educar respecto a los posibles accidentes vinculados al sueño: los espacios entre los barrotes de la cuna deben ser menores a 6 cm (para evitar que la cabeza quede atrapada); no acostar para dormir a los NN en huevito, silla de auto, ni en sillón. Fomentar la lactancia como un factor protector contra la muerte súbita.
Actividad física (estimulación y juego libre) /	<ul style="list-style-type: none"> Deben estar físicamente activos varias veces al día de diferentes formas, especialmente mediante el juego libre en el suelo, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona repartidos a lo largo del día mientras estén despiertos, que favorezcan el movimiento y actividad. Los NN menores de 2 años no deben pasar tiempos de sedentarismo frente a pantallas. Pasear con el niño o niña idealmente en el Mei-tai o portabebé.
Hábitos de higiene y cuidado de la piel	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar el baño frecuente (no es necesario que sea diario). Usar poco jabón (opcional) y solo en algunas zonas, el champú debe ser día por medio, aunque se bañe todos los días. Usar aceite neutro para lubricar la piel luego del baño. Fomentar el masaje infantil como instancia de vinculación, juego, estimulación y lubricación de la piel. Indicar no exponer directamente al sol, usar gorro y ropa adecuada, usar pantalla solar diariamente (todo el año, independiente del clima) en todas las áreas foto expuestas, la pantalla solar debe ser mineral (micropigmentos) debe ser hipoalergénica y factor solar sobre 30 FPS (repetir su aplicación de acuerdo a la exposición solar, en actividades al aire libre repetir al menos cada 4 horas). Recomendar usar ropa de algodón y sin broches de metal, el lavado debe ser con detergente hipoalergénico y sin suavizante.
Cuidados de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> Si no han erupcionado dientes, realizar higiene bucal al menos 1 vez al día, limpiar rebordes, encías, lengua y paladar, utilizar gasa limpia húmeda, pañal de tela o dedal de silicona. Si han erupcionado dientes, realizar cepillado con pasta de dientes, al menos 2 veces al día sin enjuague posterior. Cepillo personal, pequeño y con cerdas suaves. Pasta de entre 1000 y 1500 ppm de flúor usar cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, siempre dispensada por un adulto. Reforzar el concepto que los dientes primarios son tan importantes como los definitivos. Advertir el riesgo cariogénico de las mamaderas nocturnas. Para el alivio de las molestias de la dentición usar mordedores con gel frío o cubos de leche materna congelado. Reforzar consumo de agua pura (el agua en Chile es fluorada y protege contra las caries).

Medidas de seguridad y prevención de accidentes	<p>6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecto a la utilización de silla de auto, el niño o niña debe ir mirando hacia atrás, nunca debe ser sacado/a de la silla para amamantar y/o consolar con auto en movimiento. • En relación con el correcto uso de coche: siempre abrochar el cinturón de seguridad, evitar riesgos de caídos en aquellos coches que se inclinan hacia atrás; tener cuidado al desarmar el coche para evitar heridas accidentales; evitar colocar carteras o bolsos pesados sobre las manillas, ya que podría causar que el coche se diera vuelta; aplicar frenos de las ruedas cuando el coche no esté en movimiento. • Respecto al uso del mei tai, recomendar correcto uso (anudado y posición del niño) y beneficios del porteo. Indicar revisión material Chile Crece Contigo. • Entregar recomendación de prevención de muerte súbita, posición supina y cabeza lateralizada al dormir, evitar el sobre abrigo, evitar ambientes contaminados, entre otros. • Educar sobre la importancia de no dejar solo o sola durante el baño en ningún momento, por riesgo de inmersión, prevención de asfixia con objetos pequeños e intoxicación, no usar andador ya que aumenta la probabilidad de accidentes y retrasa el desarrollo motor grueso, no dejar solo o sola en superficies altas, como cama o mudador. • Entregar Pauta de riesgo de seguridad infantil (anexo 2). Esta pauta se entrega a la madre/padre y/o cuidadores/as en el control de salud infantil de los 6 meses para que la respondan en el hogar y la traigan en el control de los 8 meses. • Dentro del control el profesional debe revisar la pauta junto con la madre, padre o cuidador y evaluar en conjunto los cambios necesarios de realizar en cada caso para disminuir riesgos lo más posible, considerando el contexto socioeconómico de la familia. <p>8 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acordar acciones concretas según la realidad del hogar de cada familia para aumentar la seguridad del hogar. • Dejar por escrito el no uso del andador o aparatos similares (saltarinas, centros de entretenimiento, etc.) en el Cuaderno de Salud de Niños y Niñas. • Revisar, en conjunto, la pauta de prevención de accidentes y el plan de trabajo. • Programar una visita domiciliaria cuando se detecten muchos riesgos o la familia no tenga claridad de como disminuirlos.
Prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Educar en no estar en contacto con personas enfermas y favorece el lavado de manos. • Educar en no exponer al humo de cigarro o a sistemas de calefacción que contaminen el aire (idealmente usar estufas eléctricas o, si no es posible, utilizar más abrigo). • No sobre abrigar en época de calor (solo usar una capa de ropa más que los padres). <ul style="list-style-type: none"> – Educación respecto de signos alarma (cuándo debe consultar con médico/a y acudir a la urgencia): – Ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, preferir aparatos digitales para evitar contaminación con mercurio). – Signos específicos de dificultad respiratoria: polipnea, cianosis, retracción costal, sibilancia y aleteo nasal. – Signos inespecíficos: decaimiento o irritabilidad, rash cutáneo, tos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.

Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a vacunatorio por vacunas programática. <ul style="list-style-type: none"> – Explicar los beneficios de la vacunación, tanto programática y campañas. – Derivar a Ingreso Programa CERO con Odontólogo. – Explicar los efectos secundarios esperables. – Indagar si en vacunaciones anteriores ha presentado alguna reacción adversa. – 6 y 8 meses: derivar a campañas de vacunación en caso de que corresponda (influenza). • Derivar a control de salud infantil a los 8 meses y luego a los 12 meses. • Derivar a control de salud bucal (CERO) a los 6 meses y luego a los 12 meses. • Si ambos padres trabajan, indicar opciones de cuidado para su hijo o hija mientras asisten al trabajo, orientarse sobre las salas cunas del sector y procedimientos para ingresar. En caso de considerarse necesario, citar a consulta de lactancia para apoyar a la madre que trabaja y educar en técnicas de extracción y conservación de leche materna.
ESTIMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL	
Área socioemocional	<p>Fomento de desarrollo integral – socioemocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a la madre o el padre preguntar al niño o la niña sobre lo que necesita y lo que le pasa. • Educar a los padres que alrededor de los 6 meses los niños y niñas pueden reconocer y responder a expresiones emocionales de los padres u otras personas. Se recomienda conectar con emociones a través de gestos, contacto físico y visual. • Indicar hacer de las rutinas diarias una instancia de intercambio afectivo, por ejemplo, que, durante el baño, muda, alimentación, al hacerlo dormir, hablarle con palabras simples y si bien no responde a esta edad, comprenderá que los adultos se intentan comunicar y que es una instancia de cariño. Que lo hagan con contacto físico visual y verbal. • Desaconsejar el uso de televisión y computador hasta los dos años.
Área física	<p>Motor grueso (6 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar ropa cómoda, suelta acorde al tamaño del niño o niña, que permita el libre movimiento. • Permitirle al niño o niña estar en prono sobre una superficie firme, como la goma Eva, dejando juguetes a su alcance para que pueda tomarlos y explorarlos. Permitirle girar, ya que desde este hito irá progresivamente sentándose (no se le debe sentar, si el niño o niña, aún no ha lo logra de manera espontánea). • Con los mismos objetos que el niño o niña acostumbra a jugar, se podría mover hacia un costado y luego un poco más arriba, dejando que el niño o niña disfrute de sus logros, lo que significa que una vez alcanzo su objetivo, permitirle que juegue aún más tiempo. <p>Motor grueso (8 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darle la libertad para que se desplace y explore de manera segura (ejemplo: sobre goma Eva). • Estimular el desplazamiento arrastre y gateo, estimular que pase de sedente a prono, para luego lograr el arrastre en 4 puntos de apoyo. • En lo posible crear circuitos motores para que el niño pueda arrastrarse o gatear entre ellos. <p>Motor fino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el niño o la niña tenga un juguete en cada mano, ofrecerle un tercer juguete; aprenderá a intercambiar uno por otro. • Durante la comida, colocando pequeños trozos de comida en la mesa (ejemplo: migas). • Ofrecerle una cuchara con comidas blandas como puré para que comience a alimentarse solo o sola. <p>Sensorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experimentar con distintas texturas y temperaturas (hielo, agua tibia, goma, plástico, algodón).

<p>Área sociocomunicativa</p>	<p>Lenguaje (6 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitirle que explore visualmente el ambiente e interactúe con otros miembros de la familia • Aprovechar las actividades rutinarias para leer, cantar, tocar música e imitar vocalizaciones. • Mostrarle libros con figuras de animales nombrándolos, mostrarle fotos de familiares cercanos llamándolos por su nombre. Mostrarle el entorno sin forzar y aproveche especialmente aquellos momentos en los que el niño o niña ha mostrado interés por un objeto en específico, para describirlo y conversar entorno a este. <p>Lenguaje (8 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a decir «adiós» al despedirse. • Se pueden enseñar señas para las palabras de uso común para facilitar la comunicación con el niño o la niña y fomentar el lenguaje. Esta práctica no desincentiva el lenguaje, sino todo lo contrario, pues fomenta el desarrollo del lenguaje preverbal.
<p>Área cognitiva</p>	<p>Juego: Concepto de permanencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el niño o la niña sentada frente a una mesa, colocar un juguete sobre esta y luego hacer que se caiga, así aprenderá a anticipar la caída y a buscar el objeto perdido. • Jugar a «¿dónde está?, ¡ahí está!» Taparse parte de la cara, esconderse detrás de un mueble, esconder un objeto bajo una frazada o colocar un objeto bajo una taza invertida, para que el niño o la niña lo encuentre.

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE LOS 6 A 11 MESES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Mal nutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 1 mes. Consejo breve en estilos de vida saludable familiar. Fomentar y apoyar alimentación con lactancia materna. Complementar información para detectar factores de salud y psicosociales que puedan explicar la condición de malnutrición e intervenir según corresponda. <p>Favorecer alimentación pausada.</p>
Mal nutrición por déficit	<p>Riesgo de desnutrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso en -1DS en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación. <p>Desnutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para la elaboración de plan de trabajo consensuado con la familia y, cuando sea necesario, una reunión del equipo de cabecera y/o derivación a asistente social. Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Alteraciones en la talla	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la curva de crecimiento y antecedentes gestacionales. Evaluar Talla Diana, considerando factores genéticos y contexto psicosocial. <p>Talla baja (≤ 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía; obesidad; déficit cognitivo; crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad, en más de dos controles sucesivos; presencia de alguna enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición); talla < 3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales. <p>Talla alta (≥ 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación señales de desproporciones corporales.

<p>Alteraciones en el Test del DSM (8 meses)</p>	<p>Normal con rezago, riesgo y retraso según Test del DSM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener consejo breve de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento. • Trabajar coordinadamente con MADIs sobre plan de intervención y seguimiento. • Recomendar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo /o escuela de lenguaje • Indicar reevaluación con test después de primera evaluación y de haber terminado tratamiento en MADIs, seguir curso según resultado de reevaluación. <ul style="list-style-type: none"> – Normal con rezago: reevaluar a los 2 meses. – Riesgo: reevaluar a los 2 meses. – Retraso: reevaluar a los 2 meses. • Registrar e informar en SRDM el resultado de reevaluación. <p>Si la reevaluación resulta con la categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Normal: citar al siguiente control según calendario. – Normal con rezago: hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. – Riesgo en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. • Retraso en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, realizar visita domiciliaria integral, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM.
<p>Sospecha Espectro Autista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de señales de alerta de EA en niños y niñas. • Derivar de acuerdo con flujo de en apartado “3.3.2. Abordaje de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud”.
<p>Colecho inseguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que la familia haya decidido practicar colecho, de debe educar respecto a la inseguridad y riesgo de morir por aplastamiento y/o sobreabrigo, asociada a las siguientes prácticas de colecho: <ul style="list-style-type: none"> – Que en la cama que duerme el lactante y sus padres, además duerman otros hermanos, otras personas o mascotas. – Que la cama no sea lo suficientemente grande para que duerman el padre, madre y lactante. – Padre y/o madre que refieren situaciones de cansancio. – Padre y/o madre con malnutrición por exceso (por riesgo de aplastamiento). – Padre y/o madre usuarios de medicamentos que alteren estados de conciencia (relajantes musculares, benzodiazepinas, inductores del sueño, entre otros). – Padre y/o madre con consumo de alcohol, cigarro y/o drogas. – Recién nacidos/as prematuros y/o bajo peso de nacimiento. – Niños y niñas menores de 3 meses. • Si el colecho se asocia a riesgos biopsicosociales, activar alertas de vulnerabilidad, evaluar caso con equipo de cabecera y considerar visita domiciliaria.

Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Activar redes familiares y/o comunitarias, para apoyo en el cuidado del niño o niña. • Detección de riesgos biopsicosociales y llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. • Derivar a modalidad de estimulación por categoría normal con riesgos biopsicosociales, y monitorear las alertas generadas en el control en el SRDM. • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Taller Nadie es Perfecto). • Derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental, cuando la intensidad de los conflictos afecta las dinámica y funcionamiento familiar.
Sospecha de Violencia	<p>Evaluar Riesgo del niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el maltrato grave o abuso sexual es constitutivo de delito), en ese caso es obligación proceder con denuncia a PDI, Carabineros o Fiscalía. <p>Consultar a los documentos vigentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de maltrato sin abuso sexual, proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores/as" (42). • En caso de maltrato con abuso sexual, proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual" (22). • Solicitar el apoyo del equipo de cabecera o multidisciplinario para contar con afrontamiento integral. <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
Madre con síntomas depresivos según escala de Edimburgo (6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar puntaje anterior (control de los 2 meses) y si hubo confirmación diagnóstica en caso de Edimburgo alterada. En caso de depresión evaluar tratamiento, adherencia y efectividad percibida por la madre. • En caso de depresión diagnosticada y no tratada, derivar a médico/a para tratamiento inmediato. • En caso de depresión diagnosticada, correctamente tratada y con mantención de sintomatología depresiva, derivar a equipo de cabecera para un nuevo plan de trabajo y a médico/a para evaluar la necesidad de derivación a nivel secundario. En caso de requerir un especialista, será dentro de 30 días desde la derivación (Ver Guía Clínica "Depresión en personas de 15 años y más" (23)). <p>Una puntuación de 10 o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar asistidamente (el profesional toma la hora directamente) a médico/a para confirmación o descarte de depresión y eventual ingreso a GES. • Fomentar tiempos de descanso, actividad física y ayuda en labores diarias para la madre. • Fortalecer redes de apoyo. • Vincular a la madre con otras madres, por ejemplo, en grupos de apoyo como la Liga de la Leche, talleres Nadie es Perfecto, entre otros. <p>Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 (síntomas suicidas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación del riesgo vital (ideación, planificación o ejecución). • Asegurar que la mujer sea atendida en forma inmediata por médico/a o en la urgencia (acompañada por personal de salud), para eventual diagnóstico e ingreso a tratamiento según Guía Clínica "Depresión en personas de 15 años y más" (23). • Contactar a las personas más cercanas para activar el apoyo y acompañamiento permanente. • Asegurar que la mujer sea acompañada por una persona adulta que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado del hijo o hija.
Síntomas de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, Derivar inmediatamente a médico/a para diagnóstico e indicación de tratamiento, frente a los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> – Evaluar presencia de tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad. • Derivar a médico/a para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario, frente a las siguientes manifestaciones ganglionares: • Adenopatías con un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria, asociada a síntomas sistémicos (fiebre persistente, baja de peso, diaforesis).

Score de IRA en puntaje moderado o grave	<p>Moderado y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivación a talleres IRA. Desarrollar consejo breve antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. Realizar intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. <p>Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. Seguimiento: para evitar que estos niños o niñas se expongan a algún contagio, realizar el manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico del episodio respiratorio agudo.
Sospecha de BRUE	Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a médico con urgencia.
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a, para evaluación y posible interconsulta a otorrinolaringología infantil.
Alteración del calendario de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a vacunatorio para actualizar calendario. Realizar seguimiento al caso. Indagar en causas y motivos de alteración del calendario de vacunas.
Riesgo de accidente según Pauta de seguridad infantil completada por los padres (8 meses)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve respecto a los factores de riesgo detectados. Realizar plan de trabajo consensuado con la familia, para reducir los riesgos presentes. En caso de múltiples riesgos y dificultad para elaborar un plan de cuidados adecuado, agendar una visita domiciliaria integral.
Alteraciones oftalmológicas	<p>Rojo pupilar alterado o Leucocoria</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta urgente a oftalmólogo/a para diagnóstico y eventual tratamiento. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad GES (Cáncer en personas menores de 15 años). <p>Estrabismo fijo (6 y 8 meses) o intermitente (8 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta urgente a oftalmólogo/a para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad GES (Estrabismo en menores de 9 años). <p>Presencia de factores de riesgo de patología oftalmológica (familiares o personales)</p> <ul style="list-style-type: none"> Si cumple con factores de riesgo, derivar a oftalmología infantil para evaluación.
Sospecha de cardiopatía congénita	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta a cardiólogo/a o pediatra con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 21 días, por sospecha de enfermedad GES (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Presencia de hemangiomas	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a dermatólogo/a si el hemangioma es: <ul style="list-style-type: none"> De gran tamaño (compromete más del 5% de la superficie corporal). Crece a gran velocidad (duplica su tamaño en el transcurso de 1 mes). Se encuentra en zonas periorificiales (genital, anal, ocular, ótica o nasal), en pliegues o zona del pañal. Está complicado (ulcerados, con o sin sobreinfección, o sangrado a repetición). Son múltiples hemangiomas (más de 5).

Sospecha de neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. – Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). – Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. – Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). – Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas sollevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. – Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Presencia de candidiasis oral	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para evaluación y tratamiento. • Reforzar hábito de higiene bucal.
Presencia de alteraciones al examen bucal o de factores de riesgo de enfermedades bucales	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en Pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas. • Derivar a odontólogo para ingreso a programa CERO.
Presencia de Dermatitis atópica o alérgica	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente). • Recomendar hidratación diaria con crema lubricante hipoalergénica. • Recomendar uso de ropa 100 % de algodón sin broches metálicos. • Indicar lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.). Considerar que la ropa de la madre/padre y/o cuidadores/as, por el contacto con el niño o niña también pueden causar reacciones alérgicas.
Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	<ul style="list-style-type: none"> • Si existe sospecha clínica hipoacusia o cumple con factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> – Derivar en forma urgente a otorrinolaringólogo/a para confirmación diagnóstica.
Presencia de factores de riesgo de patología oftalmológica (familiares o personales)	<ul style="list-style-type: none"> • Si cumple con factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> – Derivar a oftalmólogo/a para evaluación.
Sospecha de criptorquidia o hernia inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar en forma urgente a cirugía infantil.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar posible Enfermedad de Hirschsprung, el niño o niña presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). • No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. • Derivar a médico/a y/o servicio de urgencia.
Retraso en calendario de vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a vacunatorio para actualizar calendario y realizar seguimiento del caso. • Indagar en los motivos del retraso o rechazo a la vacunación.

3.2.4. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN LACTANTE MAYOR (12 A 23 MESES)



En esta etapa se logra en forma progresiva la autonomía, esto se expresa con la consolidación de la marcha, las primeras palabras con intención (mayor desarrollo cognitivo) y la expresión de sus necesidades. Niños y niñas, en esta edad, suelen buscar a sus cuidadores/as principales cuando quieren mostrar algo y disfrutan compartiendo sus logros o descubrimientos (47).

También es en este período en que se consolidan las bases del vínculo entre el niño o la niña y el cuidador principal. Comprende en forma progresiva que el cuidador puede irse pero que después volverá. Esto permite también mayor independencia de él o ella.

En esta etapa muchas veces aparece la frustración en los lactantes, pues existen nuevos intereses y desafíos que no siempre pueden lograr. Esto puede generar dudas en los padres, que lo notarán más desafiante y firme en sus deseos, no obstante, es una parte normal del desarrollo.

Se recomienda que la madre/padre o cuidadores/as intenten que el niño o la niña no se enfrente a situaciones que le generen mucha frustración y, cuando sea necesario, ayudarlo o ayudarla lo más posible, siempre con paciencia, amor y claridad. El niño o la niña debe sentir que siempre sus cuidadores/as principales son una «base segura».

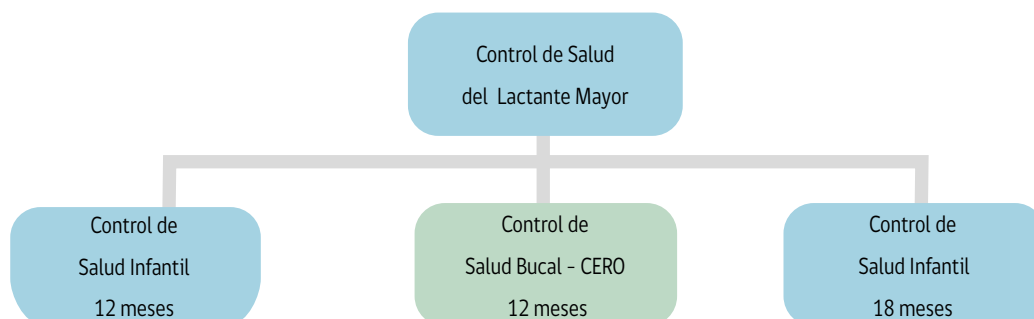
Tabla III-5. Logros esperados en el desarrollo del Lactante Mayor.

Áreas	12 a 14 meses	15 a 17 meses	18 a 23 meses
Motor grueso	<ul style="list-style-type: none"> - Marcha lateral y marcha libre. - Se sostiene de pie sin apoyo. - Camina solo o sola pero inestable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Camina más estable, se agacha y endereza. - Da pasos hacia atrás. - Comienza a correr descoordinadamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lanza la pelota estando de pie. - Sube escalones afirmado de la mano de un adulto. - Corre bien.
Motor fino	<ul style="list-style-type: none"> - Pone objetos dentro de una taza. - Da vuelta varias hojas juntas de un libro. - Pinza madura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Levanta una torre de 2 a 3 cubos. - Bebe de un vaso. - Hace rayas con un lápiz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Da vuelta una hoja a la vez de un libro. - Levanta una torre 3 a 5 cubos.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Obedece órdenes con gestos (por ejemplo: «pásame esa pelota», señalando la pelota con el dedo). - Lenguaje comprensivo o receptivo está más avanzado que su lenguaje expresivo verbal. - Identifica personas. - Imita y emite gestos frecuentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obedece órdenes simples sin gestos. - Reconoce una parte del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce 4 partes del cuerpo. - Entiende el concepto «mío». - Disfruta, escuchar cuentos y poesías cortas y sencillas. - Observa y manipula libros con imágenes.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Dice una a dos palabras con sentido (distintas a mamá y papá). - Jerigonza. - Muestra y pide cosas apuntando con su dedo índice. - Empieza a imitar la utilización de objetos correctamente (bebiendo de un vaso, secándose el pelo con secador, hablando por teléfono, barrer con la escoba). - Su lenguaje comprensivo está más avanzado que su lenguaje expresivo verbal. - Inicio de pensamiento simbólico domina la permanencia de objeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice de 3 a 5 palabras con sentido. - Trae objetos para mostrarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dice de 10 a 15 palabras con sentido. - Imita sonidos del ambiente.
Socio-emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Persiste la ansiedad de separación. - Disfruta más jugar solo o sola que con otros niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra emociones: da besos, siente vergüenza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participa en juego de imitación con otros. - Besa con ruido.

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

Durante este período se deben realizar al menos dos controles de salud infantil (CSI):

Figura III - 8. Supervisión de Salud Integral para Lactante Mayor.



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

3.2.4.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 12 Y 18 MESES

Período	Edad		Ideal	Tardío
	12 meses		11 meses 21 días - 12 meses 29 días	13 meses - 17 meses 20 días
	18 meses		17 meses 21 días - 18 meses 29 días	19 meses - 23 meses 20 días
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar integralmente el crecimiento y desarrollo del niño o niña, considerando su etapa, familia y ambiente. • Pesquisar precozmente factores y conductas protectoras y de riesgo para la salud del niño o niña y su familia. • Pesquisar precozmente alteraciones de la salud en el niño o niña, considerando todas las áreas del desarrollo. • Formular los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña. • Educar a madres/padres y cuidadores/as respecto al crecimiento, desarrollo, salud y crianza positiva de niños y niñas. • Orientar a madres/padres y cuidadores/as en relación con el desarrollo sociemocional y el adecuado acompañamiento e intervención del adulto frente a episodios de malestar psicoemocional. • Orientar a madres/padres y cuidadores/as sobre la prevención de enfermedades y accidentes en niños y niñas. • Educar a padres/madres y cuidadores/as respecto al autocuidado y el establecimiento de conductas que promueven una adecuada salud integral. 			
Profesional	Enfermera/o o médico/a.			
Instrumento o herramienta	12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Score de riesgo de morir por neumonía. • Pauta breve de evaluación del DSM (EEDP). • Revisión Pauta CERO realizada por el odontólogo/a. • Pauta de riesgos biopsicosociales. 		
	18 meses	Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material a entregar	Registro en SRDM
12 meses: 30 minutos 18 meses: 40 a 50 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. • 12 meses: Acompañándote a descubrir 2. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.

ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES

Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Revisar antecedentes de salud en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores. • Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior. • Valorar estado de salud y capacidades de cuidado de la madre/padre/o cuidadores/as. • Antecedentes de patologías congénitas en familiares de primer grado (displasia luxante de cadera, cardiopatía, disrafia espinal oculta, fisura labio palatina, ambliopía y/o estrabismo, cáncer infantil, trastornos sensoriales, etc.). • Revisar cumplimiento del calendario de vacunación y reacciones adversas a vacunas. • Preguntar sobre asistencia a sala cuna y/o cuidado del niño o niña en casa. • Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores/as. • Revisar en SRDM, si recibió las atenciones en MADIs, si asistió a taller de promoción o derivaciones que se realizaron.
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> Indagar sobre el ambiente y horario de alimentación. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc). Evaluar continuidad de la lactancia materna, considerando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> Si se efectúa en forma complementaria y a libre demanda (sin horario). Dificultades asociadas: dolor, sangramiento, percepción de hipogaláctea, otras molestias u otras dificultades en la lactancia. Motivos del abandono en mujeres sin lactancia o con lactancia mixta. Evaluar lactancia artificial, en niños o niñas sin lactancia materna. Preguntar sobre preparación, frecuencia, velocidad y volumen ingerido. Si usa mamadera o vaso. Evaluar frecuencia, horarios, calidad y cantidad de la alimentación complementaria: variedad, preferencias, selectividad, consistencia (molido, picado o entero), texturas y dificultades. Preguntar sobre los utensilios y materiales asociados a la alimentación: uso de cuchara adecuada, uso de vaso o mamadera, silla de comer, etc. Indagar sobre consumo de agua pura, así como por el consumo de bebidas o jugos (artificiales y de frutas). Indagar sobre el consumo de alimentos chatarra, golosinas o altos en grasas y sodio (sal), frecuencia y contexto del consumo.
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> Valorar patrones de eliminación, frecuencia y características de la orina y deposiciones. Indagar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación.
Patrones e higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar higiene y patrones del sueño, ambiente, horas de sueño, rutinas establecidas, ropa de cama y vestimenta. Considerar sueño diurno y nocturno. Indagar sobre dificultades asociadas al sueño y descanso. Indagar sobre ronquidos o ruidos respiratorios. Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en la madre/padre y/o cuidadores/as.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> Valorar tipo de actividad y participación de los adultos en el juego, la respuesta del adulto y la interacción entre ambos. Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, etc). Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición y contexto.
Hábitos de aseo e higiene	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar sobre rutinas, prácticas y productos asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, higiene bucal, lavado de pelo, lavado de genitales y muda, corte de uñas, cambio de ropa, lavado de manos y cara. Indagar frecuencia y uso de productos específicos.
Cuidados de la Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO. Indagar sobre forma y frecuencia de higiene oral. Detectar factores de riesgo: consumo de productos azucarados, consumo de mamadera nocturna, succión digital.
Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar sobre prevención a la exposición solar y uso de protector solar. Evaluar sobre las medidas de seguridad en sus actividades habituales, tanto de adaptación del entorno como de supervisión y cuidado diario de los adultos responsables. Indagar sobre acciones asociadas a la: prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas o agua en recipientes aunque sea de poca altura), uso de pantallas, uso de silla de autos, uso de coche, uso de transporte público, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, etc. Indagar sobre el uso de implementos que pueden significar un riesgo de accidente y alteran el desarrollo: andador, saltarina, centros de entretenimiento, etc. Por los límites establecidos en relación con la seguridad del niño o la niña y evaluando que no sean excesivos o insuficientes y que haya consenso entre ambos padres en relación con los límites.

Desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a la madre/padre y/o cuidadores/as sobre dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo, y comportamiento de su hijo o hija. • Si el niño o niña asiste a jardín o a la sala cuna. Si no asiste, quién se queda a su cuidado la mayor parte del tiempo. • Indagar sobre estado emocional de la madre, proceso de adaptación familiar y presencia de redes de apoyo. • Evaluar si la madre, padre y/o cuidador se dirigen con cariño al lactante, esto es posible de observar en la forma en que lo toman, desvisten y le hablan. • Evaluar si los padres responden adecuadamente al llanto del niño o la niña y logran calmarle y consolarle. • Evaluar si el niño o la niña mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal. Si se consuela en sus brazos, especialmente en los momentos de mayor estrés de la consulta (luego de pesarlo y medirlo). • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre. • Consultar por actividades que le interesa realizar al niño/a, se interesa por su entorno. • Preguntar si el niño o niña a esta edad logra imitar sonido y acciones (como hablar por teléfono y mover la mano para despedirse). Si el niño o niña se comunica para que le pasen un objeto, por ejemplo, busca la mirada del adulto, luego mira el objeto que desea y hace un gesto de alcanzarlo, se sonríe ante su imagen en el espejo. Además, si intenta desplazarse o gatear.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar longitud. • Evaluar peso. • Evaluar perímetro cefálico, determinar la existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla) o microcefalia. • Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar tono y movilidad. Simetrías en la movilización de extremidades y en los reflejos. • Evaluar presencia de clonus y/o hiperreflexia. • Evaluar desaparición de los reflejos primitivos. • Durante la evaluación clínica, evaluar hitos del desarrollo motor, sensorial, coordinación, comunicación.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la presencia de hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos. Describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Inspeccionar la presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas. Describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. • Inspeccionar estado e higiene de las uñas.
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar y palpar cráneo, morfología, distribución del pelo (presencia de alopecia), presencia de ectoparásitos (pediculosis), presencia de plagiocefalia, o alguna deformidad. • Palpar fontanela anterior presente: extensión y tensión, hasta los 18 meses.
Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). • Hallazgo de adenopatías: buscar otras adenopatías, síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis / sudoración nocturna) y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis) y hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Evaluar desviación ocular (Test de Hirschberg, en caso de duda realizar Cover Test). • Observar si existe secreción ocular o epífora.

Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el Control de Salud es realizado por un profesional entrenado). Evaluar que el lenguaje expresivo y comprensivo esté acorde a la edad del niño o la niña (utilizar los resultados de los test de desarrollo psicomotor o los hitos esperados al comienzo de este período). Preguntar si el niño o niña está atento a los sonidos, gira la cabeza y orienta bien al sonido. Preguntar respecto de la presencia de riesgo de hipoacusia en la familia.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. Evaluar erupción de dientes incisivos, caninos, primer molar (superior e inferior). Valorar factores de riesgo de enfermedades bucales con Pauta CERO.
Evaluación cardio-pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar pulsos periféricos, presentes y simétricos, con énfasis en pulsos femorales. Auscultación cardíaca: descartar soplos cardíacos, ritmo regular o irregular, y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos). Auscultación pulmonar: evaluar el murmullo pulmonar simétrico y descartar ruidos pulmonares patológicos (diferenciar de ruidos fisiológicos transmitidos desde zona nasal).
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Palpar presencia o ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente abdominales e inguinales). Palpar distensión abdominal. Descartar masas palpables.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar marcha sin claudicación. Evaluar genu varo fisiológico, sin asimetrías.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar ano y descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. En niños, palpar la presencia de testículos en el escroto (descartar criptorquidia), ausencia de líquido libre en escroto (hidrocele), fimosis (fisiológica hasta los cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a cirugía infantil o urología infantil, de lo contrario se considera fisiológica. En niñas, inspeccionar para descartar la presencia de sinequias, secreción y olor anormal. Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de lesiones más graves de lo esperado con discordancia con la historia entregada. Evaluar la presencia de múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención en salud. Evaluar la presencia de fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios poco habituales. Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre y en el niño o niña.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de familia. Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo. Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia). Desarrollo integral: áreas del desarrollo (clínico o con instrumentos, según corresponda). Pesquisa de problemas de salud. Lactancia materna con o sin dificultades (normal o anormal, especificar problema). 	

INDICACIONES Y ACUERDOS EN CONTROL DE SALUD DE LOS 12 A 18 MESES	
Riesgo biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar a sistema SRDM para levantar alarmas de vulnerabilidad y realizar seguimiento durante los próximos controles. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento.
Hábitos alimentarios: alimentación láctea	<p>Niños y niñas con LM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar mantención lactancia materna (a libre demanda), hasta al menos los dos años de vida y luego lo que cada madre, niño o niña y familia lo deseen. • Algunos niños y niñas pueden invertir sus lactancias, presentando una disminución del número de tomas en el día y un aumento durante la noche. <p>Niños y niñas sin LM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas no amamantados indicar fórmulas lácteas (Leche purita al 10% en 2 tomas). • Educar sobre el retiro de la toma nocturna y anunciar el riesgo cariogénico de esta mamadera. • Fomentar alimentación pausada y transición a uso de vaso/taza con asa.
Hábitos alimentarios: alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar dos comidas diarias (almuerzo y cena, ambos con postres + ensalada), comida de la casa, siempre que ésta sea saludable, sin alimentos o snacks con símbolos "ALTO EN..." (ya no necesitan una preparación especial, ni de consistencia diferente). • El postre debe ser de preferencia fruta (dar frutas enteras que puedan masticar y sin azúcar añadida), los postres de leche deben ser usados excepcionalmente y no remplazan la fruta (pueden eventualmente remplazar un lácteo), sin embargo, se debe controlar su consumo. Desincentivar el consumo de golosinas y comida chatarra. • Aconsejar ofrecer comidas variadas y saludables, incorporando ensaladas (pueden variar las verduras y preparaciones). Es recomendable que la comida sea sin sal. • Incentivar la autonomía e incentivar a que coma solo o sola, aunque utilice sus manos, derrame o se ensucie. El niño o niña deben participar de las alimentaciones familiares, no comer aislados. Se debe desaconsejar el uso de distractores para que el niño o niña coma (uso de pantallas, etc). • Educar respecto a los signos de hambre y saciedad (ayudarlos a reconocer los mensajes internos) cuando el niño o niña diga que no o mueva su cabeza, desincentivar la asociación de los alimentos con castigos y premios. • No requieren colación, evitar las comidas a deshora pues aumentan el riesgo de caries y de malnutrición. • Derivar a taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física. • Elaborar un plan trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Hábitos alimentarios: hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar el consumo de agua potable pura (1500 cc diarios de manera gradual), evitar consumo de bebidas y jugos (artificiales y naturales). En niños y niñas amamantados el consumo puede ser menor. • Recomendar el consumo de frutas en trozos y no en versión jugo, ya que aumentan el índice glicémico.
Higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del niño o niña. • Deben tener de 11 a 14 horas de sueño de buena calidad, incluidas las siestas, con horarios regulares para dormirse y despertarse. • Educar respecto a la higiene del sueño, horarios y rutinas previas a la hora de acostarse (evitar pantallas en las habitaciones mientras los niños y niñas duermen). • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula.
Hábitos de higiene y cuidado de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el baño frecuente (no es necesario que sea diario). • Usar poco jabón (opcional) y solo en piel, no mucosas, el champú debe ser día por medio, aunque se bañe todos los días. Uso de aceite neutro para lubricar la piel. • Reforzar muda, lavado de caras y manos frecuentes. • Fomentar el masaje infantil como instancia de vinculación, juego, estimulación y lubricación de la piel. • Indicar no exponer directamente al sol, usar gorro y ropa adecuada, usar bloqueador solar diariamente (todo el año, independiente del clima) en todas las áreas foto expuestas, el bloqueador debe ser hipoalérgico y factor solar sobre 30 FPS (repetir su aplicación de acuerdo con la exposición solar, en actividades al aire libre repetir al menos cada 4 horas).

Cuidados de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> Realizar higiene bucal frecuente al menos 2 veces al día, para el niño o niña guiado por un adulto. Realizar cepillado (cepillo personal y con cerdas suaves) con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor, sin enjuague posterior. Usar cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, siempre dispensada por un adulto. Reforzar el concepto que los dientes primarios son tan importantes como los definitivos. Advertir el riesgo cariogénico de las tomas de leche nocturnas y de los alimentos azucarados. Reforzar consumo de agua pura (el agua en Chile es fluorada y protege contra las caries). Reforzar la no succión digital. Entregar orientaciones en caso de traumatismo dentoalveolar y GES Urgencia odontológica ambulatoria.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la realización de masajes infantiles, en la goma eva o en la cama antes de dormir. Adecuar espacios para que el niño o niña se mueva seguro y libremente, pueda ejercitar sus destrezas motoras. Proveer espacio seguro, poner a disposición materiales y objetos del hogar para que el niño o niña descubra por sí mismo, observando lo que el niño o niña hace e ir introduciendo interacciones, donde el adulto se muestra disponible para responder, hablarle respecto a lo que está haciendo, lo que fomenta el lenguaje activo. Valorar y reforzar los esfuerzos del niño(a). Fomentar horas de movimiento y actividad de acuerdo con las horas recomendadas. Deben pasar al menos 180 minutos realizando diversos tipos de actividad física de cualquier intensidad, incluida la actividad física de intensidad moderada a elevada, distribuidos a lo largo del día; cuanto más mejor. Los NN menores de 2 años no deben exponerse de manera directa a pantallas (televisión, celulares, tablets, computador hasta los dos años), ni indirecta mientras los adultos las utilizan. Si el ambiente es seguro promover que el niño o niña camine descalzo.
Medidas de seguridad y prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> Educación respecto a las características de los niños y niñas de esta edad y lo propenso que son a los accidentes. Destacando la importancia de la supervisión y monitoreo constante. Acordar acciones concretas según la realidad del hogar de cada familia para aumentar la seguridad. No dejarlo en lugares donde hay agua empozada sin supervisión por el riesgo de inmersión (incluye WC y lavadoras). Si hay piscinas en el patio, cautelar que se arme en un lugar seguro, visible y apropiado para la supervisión constante del niño o niña. Desaconsejar el ingreso a la cocina y evitar elementos pequeños que puedan ser aspirados. No dejar solo o sola en lugares donde pueda trepar o en cercanía de ventanas sin protección (malla) y poner rejas en escaleras. Uso adecuado y permanente de su SRI, mirando hacia atrás. No sacar de la silla para amamantar, alimentar o consolar con auto en movimiento, si es necesario hacerlo se debe detener el automóvil en un lugar seguro. En el transporte público, intentar evitar estar de pie con el niño o niña, preferir sentarse. En caso de ser necesario solicitar ayuda. Frente al uso de coche, procurar ajustar cintas de seguridad.
Prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> Educación en no estar en contacto con personas enfermas y favorecer el lavado de manos. Educación en no exponer al humo de cigarro o a sistemas de calefacción que contaminen el aire (idealmente usar estufas eléctricas o, si no es posible, utilizar más abrigo). Educación respecto de signos alarma (cuándo debe consultar con médico/a y acudir a la urgencia): Ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar). Signos específicos de dificultad respiratoria: polipnea, cianosis, retracción costal, sibilancia y aleteo nasal. Signos inespecíficos: decaimiento importante o irritabilidad, rash cutáneo, tos, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.

Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> Indicar vacunas del PNI a los 12 y 18 meses y derivar al vacunatorio para que se le administren las vacunas según calendario vigente, explicar los beneficios y efectos secundarios de éstas. Derivar a campañas de vacunación en caso de que corresponda (Influenza). Derivar a control CERO (control al año de edad por odontólogo/a). Citar a control de salud infantil los 18 meses y luego a control de salud infantil una vez al año.
ESTIMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL	
Área socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> Orientar y apoyar a la familia y en especial a la madre o al cuidador principal en la importancia del vínculo que se forma en los primeros años de vida. Ser afectuosos, reforzar sus logros, darle opciones, respetar sus momentos de juego. Fomentar o buscar situaciones para que interactúe con otros niños y niñas de su edad. Apoyar la iniciativa infantil poner atención y dar señales de interés en estas comunicaciones se asocia al desarrollo de un buen autoconcepto, mayor motivación de logro y mejor tolerancia a la frustración. <p>Fomentar el establecimiento de habilidades socioemocionales que favorezcan el desarrollo mental. Herramientas para que los niños desarrollen destrezas y capacidad para manejar con flexibilidad situaciones exigentes, frustraciones, desarrollar autorregulación, autocontrol.</p> <ul style="list-style-type: none"> Frente a situación de malestar, el adulto debe intentar interpretar el estado afectivo en el que se encuentra el niño o niña, asimismo debe intentar averiguar qué siente él frente al estado emocional de su hijo/hija. Para luego conectar emocionalmente con el niño o niña. El adulto debe tratar de comprender que causa el malestar, más que centrarse en la conducta o consecuencia. El adulto puede intentar poner nombre a los sentimientos y acciones que el niño o niña manifiesta. Debe hablar con voz calmada pero lo suficientemente fuerte para que el niño o niña lo escuche, si es que está llorando. Ponerse a la altura del niño o la niña, e intentar mirarlo a los ojos al momento de hablarle. Evitar usar frases incomprensibles para menores, como "córtala" o "¿por qué hiciste eso?". Reforzar y estimular los esfuerzos del niño o niña, con sonrisas o con una conducta cariñosa o de satisfacción. También se deben repetir varias veces en forma consistente qué conductas se espera que el niño o la niña evite y no realice, para que puedan ser internalizadas. Es fundamental que los padres enseñen a sus hijos e hijas a través del ejemplo, ya que observan e imitan las conductas de las personas adultas significativas. Estar atentos y supervisar con la mayor dedicación posible la exploración y actividad del niño o la niña, sobre todo cuando logra una marcha más estable. Esto permitirá que los padres dirijan y organicen sus actividades, eviten que lleve a cabo conductas peligrosas, tenga mayor autonomía y maneje de a poco su impulsividad. <p>Recordar que el castigo físico (ejemplo: palmadas) y/o verbal tiene efectos emocionales negativos (frustración asociada a la interacción con los padres, temor confuso, desorientación) y no logra generar las conductas esperadas, sino solo frenar momentáneamente una conducta inadecuada. Por lo demás deteriora el vínculo afectivo con los padres y crea un modelo violento de cómo resolver problemas.</p> <p>Evitar celebrar o dar señales positivas ante conductas desadaptativas o inadecuadas que no se desean en el niño o en la niña.</p> <p>Evitar contradicciones entre las reglas, explicaciones e instrucciones entre padre y madre, o padres y abuelos u otros cuidadores/as.</p> <p>No es recomendable dejar al niño solo o la niña sola cuando tiene una rabieta intensa o decirle que los padres se irán. Es más efectivo que los padres lo acompañen e intenten pedirle que diga lo que quiere, hablarle, sacarlo del lugar en donde está, distraer activamente su atención, proponer otra actividad o ayudarlo a calmarse.</p> <p>Autoayuda:</p> <p>Enseñarle a sonarse, a lavarse la cara y las manos, que se vista y desvista con prendas fáciles.</p> <p>Permitir que haga la mayor cantidad de tareas solo, aunque se demore. Entregándole instrucciones fáciles y directas de comprender.</p>

Área física	<p>Desarrollo psicomotor motor grueso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar elementos interesantes y seguros para exploración colocar ropa que permita el movimiento experimentar con varios materiales, de diferentes texturas, dar experiencias en posturas variadas estimules diferentes destrezas sobre la marcha, subir, iniciar el trepar. • Realizar una pista de obstáculos: colocar cajas/ objetos en el piso y pedirle que salte o pase por sobre los objetos <p>Desarrollo psicomotor motor fino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasarle distintos envases con tapas y tamaños diversos: pedirle que los abra y cierre (para que sea más interesante, se puede colocar un premio adentro). • Promover a través del juego que el niño o niña logre lanzar y agarrar distintos objetos. • Promover a través del juego que el niño o niña logre cortar con las manos tiras largas o cuadrados de papel de diario, ensartar el tenedor en comidas blandas (por ejemplo, un plátano). • Derivar a taller de estimulación motora en el primer año, en caso de que no haya asistido.
Área cognitiva	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de números: contar diversos objetos cotidianos (escalones, zapatos, botones, cubos, etc.). • Clasificación: Ofrecer distintos objetos para que el niño o la niña los separe por color, tamaño, etc. (por ejemplo, cajas de fósforos, tapas de botellas, pelotas). Tener distintas cajas para que el niño/a agrupe y guarde sus juguetes. • Secuencias: Utilizar actividades familiares para enseñarle el concepto de secuencia (por ejemplo, comer cereal. Primero necesito un plato, luego el cereal va dentro del plato, luego va la leche y finalmente se come). • Concepto de espacio: Introducir concepto de "arriba" y "abajo" (usando un juguete que le guste y mostrar su relación con la mesa). <p>Juego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar juegos de imitación, que simule leer un libro, pasarle una escoba pequeña para que barra. • Fomentar que el juego sea con niños y niñas de su edad. • Si tiene hermanos, favorecer el juego entre ellos y no tomar parte. • Dejar que el niño o la niña dirija el juego y el cuidador lo siga. • aconsejar a los padres permitir y propiciar que su hijo o hija dirija sus juegos y tiempo de juego, de acuerdo con sus propios intereses, siempre resguardando su seguridad. Por ejemplo, permitir que elija los objetos que va a manipular y ayudarlo sólo cuando sea necesario.
Área socio-comunicativa	<p>Lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al darle instrucciones usar frases claras y simples. • Al leerle cuentos, describir los sentimientos de los personajes para que entienda concepto de emociones. • Constantemente preguntarle: ¿Qué es esto? ¿Quién es él? Completar las frases incompletas del niño/a (por ejemplo, si él dice "agua" completar con "mamá quiero agua"). Evitar corregirle. • Estimularlo a pedir las cosas con palabras y no con gestos. • Al dormir leerle cuentos y cantar canciones.

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE LOS 12 A LOS 18 MESES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Estilos de vida NO saludables (alimentarios o actividad física)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve con enfoque familiar, evaluando etapas del cambio ³. Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad (GABA).
Mal nutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve en estilos de vida saludables con enfoque familiar. Derivar a nutricionista para la atención en un plazo no mayor a 1 mes. Derivar a programa Elige Vida Sana en caso de estar implementado en el centro de salud.
Mal nutrición por déficit	<p>Riesgo de desnutrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso en -1DS en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación. <p>Desnutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para elaboración de plan de trabajo consensuado con la familia y cuando sea necesario, una reunión del equipo de cabecera, derivación a asistente social y/o vinculación con la red comunal ChCC. Analizar la historia de salud del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando es necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Alteraciones de talla	<p>Talla baja (≤ 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> Corregir por edad gestacional al momento del nacimiento. Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, déficit cognitivo, crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), o alteración de las proporciones corporales. Consignar talla diana. <p>Talla alta (≥ 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación la existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales. Consignar talla diana.

³. Ver página 18-20 "Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)" y Capítulo 6 "Fases de la Consejería" de la Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes (MINSAL, 2011).

Alteraciones oftalmológicas	<p>Rojo pupilar alterado o Leucocoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta urgente a oftalmólogo/a para diagnóstico y eventual tratamiento. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Cáncer en personas menores de 15 años). <p>Estrabismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta a oftalmólogo/a para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años).
Presencia de alteraciones al examen bucal y/o factores de riesgo de enfermedad bucal examen bucal	<ul style="list-style-type: none"> Si no está en control odontológico, derivar. Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en Pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas. Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales y antes de dormir. Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, reforzar razones para iniciar el retiro. Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta. Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas, debe Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.
Dermatitis atópica o alérgica	<ul style="list-style-type: none"> Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente), hidratación diaria con crema hipoalergénica, ropa 100% de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.).
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil para evaluación. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil para evaluación.
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a, para evaluación y posible interconsulta a otorrinolaringología infantil.
Alteraciones zona genital	<p>Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia (12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar en forma urgente a cirugía infantil. <p>Fimosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a cirugía o urología infantiles, de lo contrario se considera fisiológica.
Constipación	<ul style="list-style-type: none"> En niños y niñas mayores de 9 meses, ante deposiciones duras, dificultad para defecar, sangrado, disminución en la frecuencia deposiciones, derivar a médico para evaluación y eventual tratamiento. Un caso de un niño o niña con historia de constipación que presente: vómitos, distensión abdominal, fiebre, decaimiento, compromiso del estado general, derivar a servicio de urgencia.

Factores de riesgo para anemia (12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Población en riesgo: niños y niñas no suplementados con hierro (o suplementados intermitentemente) y con ingesta de fórmula fortificada <1lt/diario, prematuros y recién nacidos con bajo peso de nacimiento y cualquier enfermedad crónica con riesgo de desarrollar anemia. • Solicitar a los 12 meses hemograma o hematocrito y hemoglobina. • En caso de confirmar anemia, iniciar tratamiento con hierro.
Pauta Breve de DSM alterada (12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a evaluación con Test del DSM dentro de los siguientes 15 días siguientes. • En caso de Test del DSM alterado seguir flujo de plazos para reevaluación.
Alteraciones en el Test del DSM (18 meses)	<p>Normal con rezago, riesgo y retraso según Test del DSM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener consejo breve de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento. • Trabajar coordinadamente con MADIs sobre plan de intervención y seguimiento. • Recomendar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo /o escuela de lenguaje • Indicar reevaluación con test después de primera evaluación y de haber terminado tratamiento en MADIs, seguir curso según resultado de reevaluación. <ul style="list-style-type: none"> – Normal con rezago: reevaluar a los 2 meses. – Riesgo: reevaluar a los 3 meses. – Retraso: reevaluar a los 4 meses. – Solo en MADIs modalidad servicio itinerante (revisar los tiempos de reevaluación en apartado “2.2.1. Desarrollo integral de niños y niñas”). • Registrar e informar en SRDM el resultado de reevaluación. <p>Si la reevaluación resulta con la categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Normal: citar al siguiente control según calendario. – Normal con rezago: hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. – Riesgo en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. • Retraso en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, realizar visita domiciliaria integral, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM.
Sospecha Espectro Autista	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de señales de alerta de EA en niños y niñas. • Alteraciones de evaluación del desarrollo psicomotor en áreas de lenguaje y social, aplicar encuesta de M-CHAT-R/F. • Aplicar entrevista de seguimiento en casos de resultado riesgo moderado M-CHAT-R/F. • Derivar de acuerdo con flujo de en apartado “3.3.2. Abordaje de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud”.
Si el niño o niña NO camina a los 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a nivel secundario a neurología infantil.

Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. • Llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. • Cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, derivar a un profesional o derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental. • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Nadie es Perfecto). • Dar consejo breve para manejo de frustración o pataletas.
Alteraciones vinculares y socioemocional	<p>Sospechar de alteraciones vinculares cuando el niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se observa “desconectado(a)”, no sonríe, no gorjea, no responde a las caras, voces ni hace contacto visual. Se observa indiferente cuando se le acurruca o sostiene. – Tiene poca o ninguna reacción cuando los padres salen por un tiempo o cuando se reencuentran. – No interactúa con familiares, no busca con la mirada a los padres para consolarse o sentirse más seguro(a). – Los padres no intentan consolar a su hijo(a) cuando llora. <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a salud mental para evaluación de psicopatología materna y vincular. • Fomentar interacciones positivas y manejo adecuado de las situaciones de estrés o malestar psicoemocional en el niño o niña.
Señales de violencia	<p>Determinar riesgo vital del niño o la niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> – En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores” (21). – En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual” (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>

3.2.5. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN PREESCOLAR (2 A 4 AÑOS)

Este período se caracteriza por un gran desarrollo personal y social que permite un avance sustancial en cuanto a la autonomía, resolución de problemas y exploración del entorno. Mejoran las habilidades de juego y de comunicación, lo que les permite interactuar con otros niños y niñas, y relacionarse en entornos fuera del hogar, como por ejemplo en el jardín infantil.

Se observan nuevos logros como una mayor capacidad de pensamiento, mayor capacidad lingüística, mejor desarrollo de la memoria y una aumentada capacidad para organizar conductas complejas asociadas al desarrollo de las funciones ejecutivas y cognitivas superiores. En esta etapa se comienza a desarrollar el sentido del logro, la iniciativa, así como la conciencia moral. La adquisición de la Teoría de la mente, le permiten al niño o niña preescolar comunicar sus deseos, creencias y estados internos, a la vez ir gradualmente comprendiendo las ideas, creencias y emociones de las otras personas, proceso que le facilitará la comunicación y la negociación de sus iniciativas e intereses con otros (25).

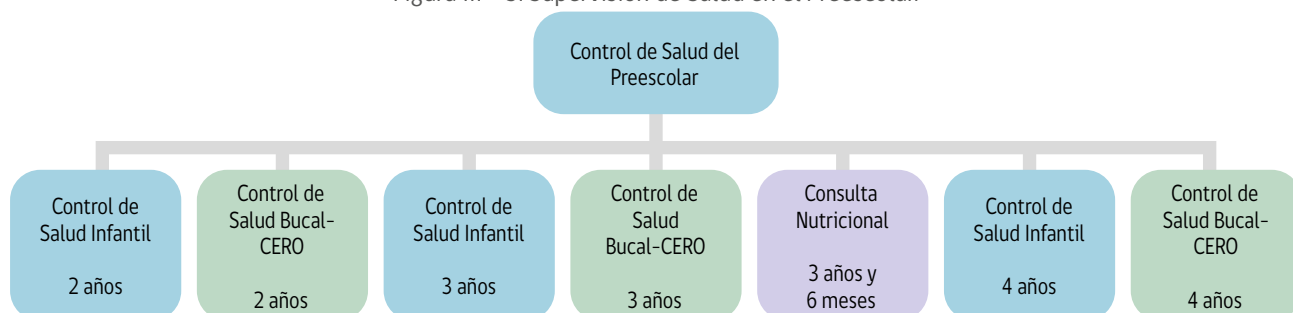


Los primeros años de esta etapa, pueden resultar especialmente desafiantes para algunos padres y/o cuidadores, puesto que algunos niños y niñas entre los 2 y 3 años, ya que han logrado grandes habilidades psicomotoras, cognitivas y exploratorias, pero aún no han adquirido la suficiente habilidad de autorregulación emocional, lo que puede provocarles frustración y malestar cuando no logran sus metas o ideas. La aún inmadura capacidad de mentalizar, les impide comprender completamente el impacto de sus acciones en los otros. He ahí la importancia de que los padres ayuden a que sus hijos a que cuenten sus historias, para entender sus propias emociones, a conectar con ellos, redirigir, poner un nombre a la emoción, se debe usar las señales no verbales (abrazos y expresiones faciales) para mostrar que lo entienden. Entre los 4 y 6 años los niños y niñas irán adquiriendo Teoría de la mente, lo que les permitirá comprender e interactuar mejor con su entorno, así como con sus propias emociones y creencias (26).

El crecimiento físico se hace más lento, lo que se acompaña de una disminución del apetito (proceso conocido como “anorexia fisiológica”). El cuerpo del preescolar se hace cada vez más esbelto, perdiendo el abdomen abultado del período anterior. La actividad física aumenta y se reduce la necesidad de sueño, dejando progresivamente las siestas. También se adquiere el control de esfínteres y la adquisición de hábitos como horarios de sueño, alimentación e higiene.

Durante este período se deben realizar al menos (ver figura III - 9):

Figura III - 9. Supervisión de Salud en el Preescolar.



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

Tabla III - 6. Áreas e hitos del desarrollo de 2 a 4 años.

Área	2 años	2 ½ años	3 años	4 años
Motor grueso	<ul style="list-style-type: none"> - Lanza la pelota. - Salta con dos pies. - Chutea la pelota. 	<ul style="list-style-type: none"> - Salta en el lugar. - Se para en un pie con apoyo. - Salta sobre una línea. - Sube escaleras afirmado y alternando pies. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se para en un pie durante dos o tres segundos. - Sube escaleras alternando pies sin apoyo. - Salto vertical amplio. - Anda en triciclo. - Atrapa la pelota con los brazos tiesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Salta en un pie dos o tres veces. - Se para en un pie durante cuatro a ocho segundos. - Salto largo (25 a 50 cm).
Motor fino	<ul style="list-style-type: none"> - Levanta una torre de seis cubos. - Copia una línea horizontal. - Come con cuchara y tenedor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Copia una línea vertical. - Levanta una torre de ocho cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Copia un círculo. - Corta con tijeras (mal). - Hila cuentas de collar (bien) o fideos (tubo) en un cordel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dibuja la figura humana en tres partes. - Copia una cruz. - Copia un cuadrado. - Amarra con nudo simple. - Escribe parte de su nombre.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Sigue órdenes en dos tiempos. - Participa en juegos imaginarios usando acciones simples. - Clasifica activamente en dos categorías (por ejemplo, todos los autos y las muñecas). - Completa un rompecabezas sencillo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entiende dos preposiciones: - Ponerlo arriba o debajo de... - Entiende verbos: jugar, soplar, lavar. - Se lava y seca sus manos. - Se lava los dientes con ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vacío líquido de un recipiente a otro - Pide que le lean cuentos - Identifica su sexo. - Nombra a un amigo. - Se viste con ayuda. - Control diurno de esfínteres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta cuentos - Pone palabras a los sentimientos - Sabe qué hacer en caso de frío, hambre o cansancio. - Apunta letras y números al nombrarlos. - Se viste solo (incluye botones). - Se pone los zapatos.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Nombra y apunta a cinco partes del cuerpo. - Usa 50 palabras. - Frases de dos palabras. - Sabe su nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje en un 50 % comprensible. - Frases de tres a cuatro palabras. - Entiende dos verbos. - Recita parte de un cuento o canta parte de una canción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Usa más de 200 palabras y pronombres. - Lenguaje en un 75% comprensible. - Logra una conversación usando dos a tres frases seguidas. - Nombra dos colores. - Usa la forma plural 	<ul style="list-style-type: none"> - Usa 300 a 1.000 palabras. - Lenguaje 100 % comprensible. - Nombra cuatro colores. - Entiende preposiciones. - Define cinco palabras. - Recita una canción o poema de memoria. - Puede hablar en pasado y futuro.
Socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza un juego de roles pequeños con juguetes. - Copia las acciones de los adultos (por ejemplo, aplaudir). - Disfruta compartiendo sus logros o descubrimientos con sus cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprende y siente miedo a los fenómenos naturales. - Ansiedad de separación en disminución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comienza a compartir. - Teme a cosas imaginarias. - Juego imaginativo. - Describe pensamientos ajenos (por ejemplo: ella pensó que tenía pena). 	<ul style="list-style-type: none"> - Interesado en bromear a otros, preocupado de que le hagan bromas. - Tiene un mejor amigo. - Puede reconocer sus sentimientos y nombrarlos. - Juega con otros niños, sigue reglas. - Identifica características personales (físicas, gustos).

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

3.2.5.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 2, 3 Y 4 AÑOS

Período	Edad	Ideal	Tardío	
	2 años	23 meses 21 días – 24 meses 20 días	24 meses 21 días – 35 meses 20 días	
	3 años	35 meses 21 días – 36 meses 20 días	36 meses 21 días – 47 meses 20 días	
	4 años	47 meses 21 días – 48 meses 20 días	48 meses 21 días – 60 meses 29 días	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar integralmente el crecimiento y desarrollo del niño o niña, considerando su etapa, familia y ambiente.• Pesquisar precozmente factores y conductas protectoras y de riesgo para la salud del niño o niña y su familia.• Pesquisar precozmente alteraciones de la salud en el niño o niña, considerando todas las áreas del desarrollo.• Formular los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña.• Educar a padres y cuidadores respecto al crecimiento, desarrollo, salud y crianza positiva de niños y niñas.• Orientar a padres y cuidadores en relación con el desarrollo emocional y el adecuado acompañamiento e intervención del adulto frente a episodios de malestar psicoemocional.• Orientar a padres y cuidadores sobre la prevención de enfermedades y accidentes en niños y niñas.• Educar a padres y cuidadores respecto al autocuidado y el establecimiento de conductas que promueven una adecuada salud integral.			
Profesional	Enfermera/o o médico/a.			
Instrumento o herramienta	2 años	<ul style="list-style-type: none">• Pauta de riesgos biopsicosociales (anexo 1).• Pauta breve de evaluación del DSM (anexo 4).• Revisar pauta CERO realizada por el odontólogo/a.		
	3 años	<ul style="list-style-type: none">• Pauta de riesgos biopsicosociales (anexo 1).• Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor (anexo 7).• Revisar pauta CERO realizada por el odontólogo/a.• Test de Tumbling E o Snellen.• Toma de presión arterial.• Pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso (anexo 23).		
	4 años	<ul style="list-style-type: none">• Pauta de riesgos biopsicosociales.• Revisar pauta CERO realizada por el odontólogo/a.• Test de Tumbling E o Snellen.• Toma de presión arterial.		
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
2 y 4 años: 30 minutos 3 años: 60 a 70 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none">• Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde.• 2 años: Acompañándote a descubrir 3.• 3 años: Set ¡Contemos una historia!.• 4 años: Juego Descubriendo mis emociones. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Bienvenida:				
<ul style="list-style-type: none">• Saludar al niño o niña por su nombre (disponerse a su altura, favoreciendo un adecuado contacto visual, evitando un trato intrusivo), y a su familia.• Identificarse (nombre, apellido y profesión) y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día.• Demostrar una actividad de respeto, cercanía y amabilidad hacia el niño o niña y su familia.				

Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Revisar antecedentes de salud en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores. • Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior. • Revisar cumplimiento del calendario de vacunas. • Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores. • Valorar estado de salud y capacidades de cuidado de los padres y/o cuidadores.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia, calidad y cantidad de las comidas (variedad, preferencias, selectividad y dificultades). • Indagar sobre el ambiente y horarios de alimentación. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc.). • Evaluar alimentación láctea, frecuencia, preparación y volumen de leche ingerido. En el caso de persistir lactancia materna, preguntar sobre el número y contexto de las tomas. • Valorar si existe uso de mamadera y de chupete. • Indagar sobre el consumo de agua pura, así como por el consumo de bebidas o jugos (artificiales y de frutas). • Indagar sobre el consumo de alimentos chatarra, golosinas o altos en grasas y sodio (sal), frecuencia y contexto del consumo).
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrones de eliminación, control de esfínter anal y vesical. Adquisición de autonomía para ir al baño. • Preguntar sobre las características de la orina y deposiciones. • Indagar sobre rutinas de higiene asociadas. • Indagar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación. • Indagar sobre la presencia de enuresis y encopresis.
Patrones e higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar higiene del sueño, ambiente, horas de sueño, rutinas establecidas. Considerar sueño diurno y nocturno. Evaluar presencia de ronquidos y/o apneas. • Indagar sobre dificultades asociadas al sueño y descanso (iniciar el sueño, despertares nocturnos, cansancio matutino, etc.). • Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en los padres y/o cuidadores.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia y tipo de actividad física en el día. Participación de talleres y/o actividades deportivas o recreativas. • Valorar tipo y horas de juego e indagar sobre participación y/o supervisión de los adultos en el juego. • Evaluar horas de inactividad o sedentarismo en la rutina diaria, por ejemplo, en tiempos asociados al uso de pantallas, actividades de escritorio, etc. • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, ciclovías, etc.). • Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición y supervisión parental.
Hábitos de aseo e higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre rutinas y prácticas asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, lavado de pelo, lavado de genitales, cambio de ropa, lavado de manos y cara. Indagar frecuencia y uso de productos específicos. • Indagar sobre prácticas de autocuidado y autonomía adquiridas por el niño o niña.
Cuidados de la Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO, anterior. • Indagar si los padres y/o cuidadores, lavan y/o supervisan la higiene dental de los niños o niñas. • Preguntar sobre: número de lavados de dientes al día, higiene previa a la hora de dormir, momentos de ingesta de alimento y/o líquidos azucarados, uso de mamadera o vaso, consumo nocturno de mamadera, succión digital, uso de chupete y presencia de mala oclusión.

Medidas de seguridad y prevención de accidentes y/o enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre las medidas preventivas utilizadas para la protección solar, sobre el uso y tipo de bloqueador solar a diario. • Evaluar sobre las medidas de seguridad en sus actividades habituales, tanto de adaptación del entorno como de supervisión y cuidado diario de los adultos responsables. • Indagar sobre acciones asociadas a la: prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas); uso y supervisión de pantallas; uso, posición y tipo de silla de autos, contacto con personas desconocidas, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, juegos peligrosos, etc.
Desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar directamente al niño o niña cómo se siente emocionalmente y si tiene alguna duda (en lenguaje amigable, cercano y adecuado a su edad). • Preguntar a los padres y/o cuidadores respecto a las características y personalidad de hijo o hija (solicitar que lo o la describan). • Preguntar a los padres y/o cuidadores sobre dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo, autonomía y comportamiento de su hija o hijo. • Indagar cómo manejan los padres y/o cuidadores la frustración y malestar socioemocional del niño o la niña. • Indagar sobre la forma de poner límites y normas dentro de la convivencia de la familia y si existe acuerdo entre los miembros de ésta. • Observar si el niño o la niña se muestra autónomo y dispuesto a explorar en los momentos en que disminuye el estrés en la consulta. • Observar la interacción y comunicación entre el niño o la niña con sus padres (cuando lo toman, lo desvisten, le hablan, etc.), especialmente en momentos de mayor estrés durante el control. • Consultar sobre asistencia a jardín infantil, especialmente sobre adaptación al entorno, interacción y juego con grupo de pares. • Evaluar si los padres y/o cuidadores explican y le anticipan lo que ocurrirá durante la consulta o bien, se demuestran un trato sensible en la interacción socioemocional con su hijo o hija. • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla. • Evaluar peso. • 2 y 3 años: evaluar perímetro craneano, determinar existencia de macrocefalia considerando la longitud (corregir por talla) o microcefalia. • Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva. • Considerar uso de Talla Diana.
Presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • 3 y 4 años: medición de presión arterial (idealmente con al menos cinco minutos de reposo previo y con mango adecuado a la dimensión del brazo, cuyo ancho cubra 2/3 del mismo).
Evaluación del estado general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado de ánimo y nivel de energía. • Evaluar tono muscular y postura. • Evaluar marcha y movimientos.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar marcha (simetría caminando y corriendo). • Evaluar asimetrías en la movilización de extremidades o en los reflejos.
Evaluación de ganglios	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar e inspeccionar presencia de adenopatías: caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). • Ante hallazgo de adenopatías: buscar presencia de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis), síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis / sudoración nocturna) y/o hepato o esplenomegalia.

Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la presencia de hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevus. Describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Inspeccionar la presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas. Describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. • Inspeccionar estado e higiene de las uñas. • Buscar olor axilar, debe estar ausente en este grupo etario. • Inspeccionar y palpar cabeza: morfología, distribución del pelo (presencia de alopecia) y/o presencia de ectoparásitos (pediculosis).
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. • Realizar Test de Hirschberg, en caso de que exista duda de estrabismo realizar Test de Cover. • Observar si hay secreción ocular o epífora. • 4 años: evaluar agudeza visual con tablero Tumbling-E.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el Control de Salud es realizado por un profesional entrenado). • Evaluar que el lenguaje expresivo y comprensivo esté acorde a la edad del niño o la niña (utilizar los resultados de los test de desarrollo psicomotor o los hitos esperados al comienzo de este período).
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. • Evaluar tipo y evolución de dentición. • Evaluar presencia de lesiones de caries. • Evaluar el estado de las encías. • Revisar factores de riesgo de enfermedades bucales con Pauta CERO.
Evaluación cardío-pulmonar	<p>Si el control es realizado por un profesional entrenado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar sistemas cardíaco y pulmonar. • Palpar botón mamario (debe estar ausente en este grupo). • Indagar sobre presencia de tos, dificultad para respirar y/o silbidos en el pecho (sibilancia) en los últimos 12 meses, durante o después la actividad física o en otra circunstancia.
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar abdomen en búsqueda de masas abdominales, visceromegalias y hernias.
Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar ano y descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. • En niños, palpar la presencia de testículos en el escroto, ausencia de líquido libre en escroto, fimosis (fisiológica hasta los cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. • En niñas, inspeccionar para descartar la presencia de sinequias, secreción y olor anormal. • Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar marcha: simétrica y estabilidad, descartar claudicación, marcha en punta de pie (marcha equina) o en talones (posición talo). • Evaluar presencia de genu valgo fisiológico (simétrico). • Evaluar pie en búsqueda de presencia de pie plano flexible fisiológico y descartar pie plano rígido o pie plano flexible doloroso.

Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de lesiones más graves de lo esperado con discordancia con la historia entregada. • Evaluar la presencia de múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención en salud. • Evaluar la presencia de fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios poco habituales. • Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. • Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre y en el niño o niña.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DIAGNÓSTICOS

- Diagnóstico de familia.
- Pesquisa de riesgos biopsicosociales para la salud y/o el desarrollo.
- Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad).
- Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja).
- Diagnóstico de perímetro cefálico (normocráneo, microcefalia o macrocefalia).
- Desarrollo integral: áreas del desarrollo (clínico o con instrumentos, según corresponda).
- Pesquisa de problemas de salud.

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE LOS 2 A LOS 4 AÑOS

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la lactancia materna si la madre y niño o niña aún continúan con esta alimentación (la OMS actualmente la recomienda hasta los 2 años de vida, y luego tanto como la madre y el niño o niña lo deseen). Se puede realizar una guía anticipatoria respecto al destete respetuoso. • En niños y niñas no amamantados, indicar dar leche del Programa de Alimentación, u otra leche de vaca de preferencia, si es el polvo diluir al 10%, 500 cc al día aproximados, repartidos en dos tomas diurnas. • Fomentar el consumo de agua pura como acompañamiento de las comidas y para manejo de la sed (al menos 1 litro al día). • Educar en alimentación lenta y pausada, lo que se asocia con menores índices de glicemia y malnutrición. • Fomentar el uso de vaso o tasa, en caso de usar mamadera o chupete educar en un retiro respetuoso. • Preferir comidas saludables y variadas, y en general aconsejar evitar o disminuir consumo de cualquier alimento con símbolo "ALTO EN..."; bajas en grasas, sodio y azúcar, y desincentivando el consumo de golosinas y comida chatarra. • Establecer horarios de comidas: desayuno, almuerzo, once y cenas. Preferir alimentación en familia, educar respecto a la adquisición de conductas por imitación. • Educar en torno a no premiar o castigar con alimentos, orientar a los padres respecto a como relacionarse saludablemente con los alimentos. • En el almuerzo y cena fomentar ofrecer las porciones indicadas según Guía de Alimentación para cada grupo de alimentos,, postre fruta, para la sed agua pura (fruta idealmente debe ser comida y no bebida, siempre favoreciendo que el niño o niña mastique). • Las colaciones no son necesarias, pero si existen deben ser saludables y no sobrepasar el 10 a 15% de las calorías totales que un niño o niña necesita al día (colaciones de 150 kcal aproximadamente en total). • También a esta edad se debe incentivar la autonomía en la alimentación, aun cuando utilice sus manos, derrame o se ensucie.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del niño o niña. La siesta se irá suspendiendo de acuerdo a las necesidades de descanso del niño o niña. El sueño es una necesidad biológica por lo que no se debe privar al niño o niña del descanso si lo necesita. • Deben tener de 10 a 13 horas de sueño de buena calidad, que pueden incluir una siesta, con horarios regulares para dormirse y despertarse • Educar respecto a la higiene del sueño, horarios y rutinas previas a la hora de acostarse (evitar pantallas en las habitaciones mientras los niños y niñas duermen). • Establecer rutinas de relajación que faciliten el descanso: baño, bajar la intensidad de las luces, masaje infantil, lectura de cuentos (que no tengan mucha acción para que el niño no quede sobre-estimulado) y evitar acciones como ver pantallas antes de dormir y comer tarde. • Entregar pautas anticipatorias respecto al sueño, normalizando los despertares nocturnos y desmitificando los despertares por hambre para evitar la sobrealimentación con fórmula. • Hablar sobre la aparición de los terrores nocturnos y la enuresis como procesos fisiológicos y propios de la etapa. Es fundamental acoger los niños y niñas y no usar medidas de castigo. • Educar respecto a los ciclos circadianos y regulación del sueño. Y estrategias respetuosas de regulación del sueño: cantos, amamantar, tomar en brazos, etc. Los niños y niñas se relajan en la presencia de un adulto significativo.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar que los niños y niñas deben pasar al menos 180 minutos realizando diversos tipos de actividad física de cualquier intensidad, incluidos al menos 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a elevada, distribuidos a lo largo del día; cuanto más mejor. • Realizar en familia paseos al aire libre y juegos que utilicen la fuerza del niño o niña (por ejemplo: uso de bicicleta, monopatín, juegos modulares, realizar saltos, equilibrio, etc.). • Si es posible, favorecer la participación del preescolar en actividades físicas estructuradas (talleres deportivos u otros), propiciar el juego activo con sus pares y el desarrollo de actividades cotidianas que impliquen movimiento (caminar a comprar, ayudar a ordenar la casa, etc.). • Desincentivar el uso de coche para trasladar al niño o la niña, para fomentar la caminata. • Limitar el tiempo de exposición a pantallas (televisión, computador, teléfonos, etc.) a no más de una hora al día, seleccionando programas o juegos adecuados a la edad y siempre acompañados por un adulto responsable. • Fomentar posturas correctas para sentarse en silla y en el suelo (preferir postula a lo indio o no con piernas en W), correcto uso de la mochila (en niños pequeños preferir mochilas con ruedas y con poco peso).
Hábitos de higiene y cuidado de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar uso de bloqueador solar diario (todo el año, independiente del clima) en todas las áreas fotoexpuestas, hipoalergénico y factor solar sobre 30 SPF. Aplicar al menos 20 minutos antes de la exposición y repetir cada dos horas. Y fomentar el uso de gorro y ropa adecuada. • Evitar exposición al sol entre las 11 y 16 horas. • Educar sobre correctas prácticas de higiene personal: baño frecuente con uso ocasional de jabón y champú hipoalergénico, nunca dejar solo en la tina por el riesgo de asfixia por inmersión, en preescolares mayores incentivar el baño con ducha no con tina, lo que favorece la autonomía y limita el contacto de los genitales con el jabón y el champú. • Incentivar el lavado de manos previo a comidas, posterior al juego y antes y después de ir al baño. • Recordar que los niños y niñas de esta edad, utilizan la imitación como una de las formas de aprendizaje, por lo que se debe educar con el ejemplo, al momento de adquirir prácticas y hábitos saludables.

Cuidados de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la higiene bucal frecuente al menos 2 veces al día (siempre antes de dormir), fomentar la autonomía, para luego ser revisado y reforzado por un adulto, para asegurar un buen cepillado. • Realizar cepillado con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor dispensada por un adulto y sin enjuague posterior. Usar cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, cuando el niño(a) no sepa escupir los restos de pasta, y aumentar la cantidad de pasta, similar a una arveja, cuando ya pueden escupir los restos de pasta. • Recomendar el uso de un cepillo pequeño de cerdas suaves. • Reforzar consumo de alimentos no azucarados y de agua pura (el agua en Chile está fluorada y protege contra las caries). • Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado de dientes, cuidado en alimentación, etc.). • Reforzar la no succión digital como hábito y la onicofagia. • Recomendar la eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad. • Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar.
Ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar calzado adecuado para caminar y jugar. • Fomentar adecuadas formas de sentarse en silla y en el suelo (preferir postura de indio, no con piernas en W), correcto uso de la mochila (en niños y niñas pequeños preferir mochilas con ruedas y con poco peso).
Eliminación y retiro de los pañales	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar el retiro del pañal respetando el ritmo individual del niño o niña más que a una edad específica. • Indicar las señales para comenzar a dejar los pañales: no hay una edad específica para el control de esfínteres, pero normalmente se inicia después de los 24 meses. Algunos de los signos que pueden orientar a la familia respecto a si el niño o la niña está preparado para dejar el pañal son: <ul style="list-style-type: none"> - Orina en forma más regular mayor cantidad de una vez y menos cantidades pequeñas al día. Puede permanecer seco, al menos dos horas. - Tiene movimientos intestinales regulares y predecibles. - El adulto parece percatarse que quiere orinar o eliminar deposiciones (ciertas caras, posturas o sonidos). <p>Cuando ya es capaz de obedecer instrucciones simples y quiere aprender.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicar a la familia en una primera etapa, que el niño o niña pueda acompañar a sus padres cuando usan el baño y/o sentarse en una pequeña peleta por períodos cortos. • Probar inicialmente el retiro del pañal en horario diurno, (idealmente primavera, verano), entendiendo que es un proceso paulatino y no usar castigos o amenazas para lograrlo. Normalmente el control nocturno se logra meses o incluso años después del control diurno. • Reforzar con cariñosamente cuando el niño comienza a avisar. • Favorecer la autonomía en los procesos de eliminación en niños y niñas mayores.

Medidas de seguridad y prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> No dejarlo en lugares donde hay agua empozada sin supervisión, por el riesgo de inmersión (incluye WC y lavadoras). Si hay piscinas en la casa, aunque idealmente no debieran existir, debe tener una reja cerrada o estar cubierta. Desaconsejar el ingreso a la cocina. No dejar solo o sola en lugares donde pueda trepar o en cercanía de ventanas sin protección (malla) y poner rejas en escaleras. No tener armas de fuego en el hogar y si las tiene nunca al alcance de los niños. Mantener el número de Centro de Información Toxicológica (CITUC) a mano: (02) 2635 3800. Evitar elementos y alimentos duros y pequeños que puedan ser aspirados. Recomendar el uso de cascos y otras medidas de protección (coderas y rodilleras) para el uso de bicicletas, patines, scooter, rodados u otros similares. Cruzar calles de la mano de un adulto/a y siempre por un paso de peatones o con luz verde del semáforo y enseñar a mirar que no se aproxime algún vehículo (recordar que los adultos son el modelo a seguir). Usar silla de auto acorde al peso y edad del niño o niña. Nunca sacarlo para alimentarlo y/o consolar con auto en movimiento, recuerde que todos los pasajeros deben viajar seguros con cinturón de seguridad o SRI, como mecanismo de protección.
Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> Control de salud infantil una vez al año. Control de salud bucal una vez al año.
ESTIMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL	
Área socioemocional	<p>Sugerir a los padres y cuidadores estimular, motivar y enseñar a su hijo o hija a tener conductas de autonomía y autocuidado, otorgar espacios y oportunidades para practicar tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñarle a sonarse, lavarse los dientes, vestirse, orinar, comer solo, etc. (aun cuando tome tiempo). Hacerlo participar de decisiones simples que lo afectan, como qué ropa quiere ponerse, a dónde quiere ir a pasear, qué tipo de juego quiere llevar a cabo o qué cuento quiere leer. Recomendar a los padres no transmitir inseguridad cuando intenta hacer algo, es importante transmitir confianza en el niño o la niña. Además, no transmitir ansiedad al niño o niña cuando quede a cargo de otra persona de confianza. Fomentar actividades sociales en la casa o en el barrio con otros niños y niñas de su edad. Incentivar la motivación de logro y la autonomía a través de juegos más complejos que impliquen secuencias o mayores desafíos a nivel psicomotor, en donde los padres pueden ayudar en la planificación del juego y en la medida en que el preescolar lo requiera.
Área socio-comunicativa	<ul style="list-style-type: none"> Recomendar estimular la conversación espontánea con preguntas abiertas: ¿cómo te fue hoy?; ¿cómo te sientes?; ¿qué fue lo que más te gustó?, no corregirlos demasiado; aprovechar cada oportunidad para enseñarles nuevas palabras; enseñarles nuevas canciones y hablarles claramente, modulando las letras. Recordar que se debe fomentar la conversación y no un cuestionario o interrogatorio, en las conversaciones ambos interlocutores preguntan y responden. Se ha comprobado que, en esta etapa, la lectura en voz alta con el niño o niña (leer frente a los hijos) estimula el hábito lector y las habilidades verbales generales.
Actividades lúdicas y recreativas	<ul style="list-style-type: none"> Promover los juegos que son historias, con personajes y roles; juegos de pintar y dibujar, juegos con uso de la fantasía y la imaginación. Promover juegos con reglas simples, cooperativas, ojalá con otros niños o niñas y estimulantes como: correpasillos, triciclo, con caballito, cajas con arena, burbujas, disfraces, puzle de 3 a 4 piezas, cuentos, mostrar figuras, pelotas, autos, muñecas, cantar, etc. Enseñar a lanzar, atrapar y chutear la pelota, saltar como conejo, caminar en punta de pies como pajarito, bambolearse como pato, deslizarse como serpiente, etc. Permitir inclusión en los juegos, no identificación de género en ellos y que permita que los juegos sean espontáneos. Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Nadie es Perfecto).

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE LOS 2 A 4 AÑOS

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Malnutrición por exceso	<p>Mal nutrición por exceso</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve para mejorar hábitos alimentarios, en caso de ser necesario, citar a consejo breve para profundizar y entregar herramientas prácticas (ver guías "Recomendaciones para la práctica de actividad física según curso de vida" (27)). Derivar a taller grupal de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 1 mes. Educación en estilos de vida saludable, considerar contexto, creencias y prácticas individuales y familiares. Complementar información para detectar factores de salud y psicosociales que puedan explicar la condición de malnutrición e intervenir según corresponda.
Malnutrición por déficit	<p>Riesgo de desnutrir</p> <ul style="list-style-type: none"> Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso/edad en -1DS en forma sistemática luego de y antecedentes familiares de delgadez constitucional. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará al niño o niña PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación. <p>Desnutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para la elaboración de un plan de trabajo consensuado con la familia y, cuando sea necesario, realizar reunión del equipo de cabecera, derivación a Asistente social y/o vinculación con la red ChCC. Analizar la historia de salud del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará al niño o niña a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Alteraciones en la talla	<ul style="list-style-type: none"> Analizar curva de crecimiento y antecedentes gestacionales. Evaluar Talla Diana, considerando factores genéticos y contexto psicosocial. <p>Talla baja (T/E = \leq 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario si hay sospecha de talla baja secundaria. <p>Talla alta (T/E = \geq 2 DS):</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a cuando la carga genética con la talla alta es discordante, si hay existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales, o dismorfias.

Sospecha de Presión arterial elevada (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial elevada, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma presión arterial elevada, derivar a Médico/a de APS, indicar tratamiento no farmacológico (alimentación saludable, actividad física, manejo del sobrepeso u obesidad) y re-evaluar en 6 meses por método auscultatorio. Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 6 meses. Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, derivar a especialista en nivel secundario (nefrología infantil). Si PA se normaliza, volver a evaluación anual de PA en CSI.
Sospecha de Hipertensión arterial Etapa I (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa I, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña se encuentra asintomático, iniciar tratamiento no farmacológico y re-evaluar PA en 1 a 2 semanas. Si el niño o niña se encuentra sintomático, derivar a Servicio de Urgencia para descartar crisis hipertensiva. Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 1 o 2 semanas), la PA persiste en Etapa I, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 3 meses. Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 3 meses), la PA persiste en Etapa I, derivar a especialista (nefrología infantil). En nivel secundario, realizar confirmación diagnóstica y evaluar iniciar tratamiento farmacológico.
Sospecha de Hipertensión arterial Etapa II (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa II, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña se encuentra asintomático, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, iniciar tratamiento no farmacológico y derivar a médico/a para derivar de forma inmediata a especialista del nivel secundario (nefrología pediátrica) en un plazo máximo de 1 semana. Si el niño o niña se encuentra sintomático, o PA 30mmHg por sobre p95 derivar inmediatamente a Servicio de Urgencia.
Alteración del desarrollo psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> Pauta de DSM breve alterada (2 años). Derivar a evaluación con Test del DSM dentro de los siguientes 15 días siguientes. En caso de Test del DSM alterado, seguir flujo.

Alteraciones en el Test del DSM (3 años)	<p>Normal con rezago, riesgo y retraso según Test del DSM (3 años):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener consejo breve de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. • Derivar a MADIs y realizar seguimiento (revisar apartado "2.2.1. Desarrollo integral de niños y niñas"). • Trabajar coordinadamente con MADIs sobre plan de intervención y seguimiento. • Recomendar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo /o escuela de lenguaje • Indicar reevaluación con test después de primera evaluación y de haber terminado tratamiento en MADIs, seguir curso según resultado de reevaluación. <ul style="list-style-type: none"> – Normal con rezago: reevaluar a los 2 meses. – Riesgo: reevaluar a los 4 meses. – Retraso: reevaluar a los 6 meses. • Registrar e informar en SRDM el resultado de reevaluación. <p>Si la reevaluación resulta con la categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Normal: citar al siguiente control según calendario. – Normal con rezago: hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. – Riesgo en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM. – Retraso en reevaluación: derivar a médico/a para evaluación y derivación a nivel secundario, hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera, realizar visita domiciliaria integral, derivar a reingreso MADIs para nuevo tratamiento y recuperación del DSM.
Sospecha espectro autista	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de señales de alerta de EA en niños y niñas. • Derivación a médico/a para evaluación de la condición y derivación a nivel secundario. • Derivar de acuerdo con flujo de en apartado "3.3.2. Abordaje de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud".
Alteraciones en el ámbito socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a consulta de salud mental, frente a: <ul style="list-style-type: none"> – La existencia de trastorno de lenguaje, mala calidad de contacto visual, conductas bizarras y estereotipias. – Padres o cuidadores, con baja o nula capacidad para permitir exploración y autonomía en el niño o niña. <p>Derivar a médico/a por sospecha de EA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la autonomía: • Frente a excesiva preocupación o ansiedad por el alejamiento o ausencia de los cuidadores principales. • Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc.) • Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (Taller Nadie es perfecto).
Sintomatología de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar inmediatamente a médico/a para diagnóstico e indicación de tratamiento, frente a los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> – Evaluar presencia de tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad. • Derivar a médico/a para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario, frente a las siguientes manifestaciones ganglionares: <ul style="list-style-type: none"> – Adenopatías con un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria:

Constipación	<ul style="list-style-type: none"> En niños y niñas mayores de 9 meses, ante deposiciones duras, dificultad para defecar, sangrado, disminución en la frecuencia deposiciones, derivar a médico para evaluación y eventual tratamiento. Un caso de un niño o niña con historia de constipación que presente: vómitos, distensión abdominal, fiebre, decaimiento, compromiso del estado general, derivar a servicio de urgencia.
Presencia de ronquido o ruido al dormir	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a, para evaluación y posible interconsulta a otorrinolaringología infantil.
Sintomatología obstructiva Signos de asma bronquial (sibilancias u otro)	<p>Sospecha de Asma Bronquial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a de APS para confirmación diagnóstica dentro de los siguientes 20 días e inicio del tratamiento dentro de los 30 días siguientes luego de la confirmación diagnóstica. El médico/a que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES "Asma bronquial moderada o grave en menores de 15 años" al tutor y completar dos copias del "Formulario de constancia al paciente GES"; una para el Centro de Salud y otra para la familia. Si requiere atención con especialista, dar acceso dentro de los siguientes 30 días posteriores a la derivación por el médico/a APS. <p>Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar si duran más de 15 segundos, en caso de ser confirmatorio, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación.
Sospecha de cardiopatía congénita	<p>En caso de sospecha de cardiopatía congénita:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingresar el caso a Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, (SIGGES) para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 180 días (6 meses), por sospecha de enfermedad AUGE (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años). Derivar a interconsulta a cardiología infantil o pediatría con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica.
Alteraciones oftalmológicas	<p>Alteración en Test de Tumbling E o Snellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para eventual derivación a oftalmólogo. <p>Estrabismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años). <p>Rojo pupilar alterado o leucocoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta urgente a oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad AUGE (cáncer en personas menores de 15 años).
Presencia de alteraciones al examen bucal y/o detección de factores de riesgo de enfermedades bucales	<ul style="list-style-type: none"> Si no está en control odontológico, derivar. Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas a cuidadores y familiares, y reforzar hábitos: <ul style="list-style-type: none"> No succión de dedos y de no onicofagia. Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales y antes de dormir. Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, reforzar razones para el retiro. Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta. Incentivar consumo de agua potable (Chile tiene agua fluorada). Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas, debe Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.

Alteraciones de la piel	<p>Sospecha de dermatitis atópica o alérgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación en medidas generales de cuidado de la piel: baños cortos con agua tibia, no usar jabón en genitales, hidratación diaria con crema hipoalergénica, ropa 100 % de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombras, etc.). Si las lesiones persisten derivar a médico/a. <p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas «blancas» en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como «piel de lija») en región frontal o lumbosacra. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Pie plano patológico	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para eventual derivación a Traumatólogo infantil.
Alteraciones en la marcha	<p>Asimetría o claudicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar si la cojera es de reciente inicio, realizar una evaluación médica inmediata y eventual derivación a urgencia.
Alteraciones en zona genital	<p>Sospecha de criptorquidia o hernias inguinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para confirmar diagnóstico y derivación a cirugía infantil o urología infantil. <p>Fimosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación en desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso de que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, derivar a médico/a y posterior evaluación por Cirujano o Urólogo infantil. Evaluar al control de los 4 años persistencia de fimosis, en caso de mantenerse derivar a médico/a de APS para tratamiento.
Padres o cuidadores principales con dificultades para entregar cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar que el padre o acompañante significativo, se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. Llevar el caso a una reunión del equipo de cabecera para desarrollar un plan de trabajo y eventual visita domiciliar integral. Derivar a un profesional o derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental, cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, Entregar consejo breve para manejo de frustración o pataletas, derivar a taller de habilidades parentales: Nadie es perfecto.
Sospecha de Violencia	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. Determinar el riesgo vital del niño o la niña. Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica «Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores» (21). En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica «Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual» (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>

3.2.5.2. CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 3 AÑOS 6 MESES

Período	42 a 47 meses (3 años 6 meses - 3 años 11 meses y 29 días)			
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado nutricional integral del niño o la niña, considerando su estado de salud y contexto psicosocial. • Pesquisar factores de riesgo para una malnutrición por exceso o déficit en la infancia. • Pesquisar alteraciones de la salud que se relacionen con la alimentación y nutrición. • Ejecutar las medidas e intervenciones necesarias orientadas a lograr un estado nutricional integral saludable. • Promover un estilo de vida saludable, fomentando hábitos alimentarios y actividad física en el niño o niña y su entorno. • Realizar las derivaciones oportunas y seguimientos de acuerdo con la situación de cada niño o niña. 			
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Nutricionista. 			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Registro en SRDM
30 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar como se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Revisar antecedentes de salud en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores. • Reconocer aspectos que facilitaron o dificultaron el cumplimiento de acuerdos e indicaciones entregadas en el control de salud anterior. • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO. • Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores. • Valorar estado de salud y capacidades de cuidado de los padres y/o cuidadores. 			
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar dirigidamente sobre la alimentación del niño o la niña: <ul style="list-style-type: none"> – Frecuencia, horarios, composición, consistencia y variedad de las comidas. Especificar comidas dentro y fuera del hogar. – Alimentación láctea, frecuencia, preparación y volumen de leche ingerido. En el caso de persistir lactancia materna, preguntar sobre el número y contexto de las tomas. – Cantidad y frecuencia de grupos de alimentos (frutas y verduras, carnes, etc.) – Si aún usa mamadera o chupetes. Velocidad y volumen ingerido. – Si toma de agua pura, así como por el consumo de bebidas o jugos (artificiales y de frutas). – Si consume alimentos chatarra, golosinas o altos en grasas y sodio (sal). – Preferencias, selectividad y dificultades en la alimentación. • Indagar sobre los hábitos alimenticios de la familia, qué es lo que comen habitualmente y en qué horarios. • Si realizan los momentos de alimentación como instancias familiares. Qué miembros de la familia participan en la alimentación del niño o niña y si existe acuerdo entre ellos respecto a los alimentos, hábitos y momentos de alimentación. • Preguntar si el momento de la alimentación es estresante o difícil y por qué, cuáles son las estrategias que utiliza la familia. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc.) • Si la comida se utiliza como premio o castigo. • Antecedentes en la familia de obesidad, sobrepeso, diabetes, rechazo a la comida, etc. 			

Actividad física, sedentarismo y actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"> • Si realiza juegos o talleres de actividad física entre 30 a 60 minutos al día. • Evaluar frecuencia y tipo de actividad física en el día. Participación de talleres y/o actividades deportivas o recreativas. • Valorar tipo y horas de juego e indagar sobre participación y/o supervisión de los adultos en el juego. • Evaluar horas de inactividad o sedentarismo en la rutina diaria, por ejemplo, en tiempos asociados al uso de pantallas, actividades de escritorio, etc. • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, ciclo vías, etc.) • Preguntar respecto al uso de pantallas, tiempo de exposición y supervisión parental.
Cuidados de la Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO. • Indagar si los padres y/o cuidadores, lavan y/o supervisan la higiene dental de los niños o niñas. • Preguntar sobre: número de lavados de dientes al día, higiene previa a la hora de dormir, momentos de ingesta de alimento y/o líquidos azucarados, uso de mamadera o vaso, consumo nocturno de mamadera, succión digital, uso de chupete y presencia de mala oclusión.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 AÑOS 6 MESES	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla. • Evaluar peso. • Registrar los puntos de peso y talla en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva. • Evaluar la presión arterial.
Antropometría de la madre, padre y/o cuidadores principales	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla, peso y calcular IMC. • Realizar la calificación nutricional de los padres. • Realizar talla diana (TD).
Cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. • Evaluar tipo y evolución de dentición. • Evaluar presencia de lesiones de caries. • Evaluar el estado de las encías. • Revisar factores de riesgo de enfermedades bucales con Pauta CERO.
Signos de carencias específicas (anemia)	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar palidez de mucosas y/o taquicardia.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso u obesidad). • Diagnóstico de talla (normal, normal alta, normal baja, talla alta, talla baja). • Factores de riesgo de enfermedades bucales. • Problemas psicosociales detectados a nivel familiar. • Otros diagnósticos. 	

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA CONSULTA NUTRICIONAL DE 3 AÑOS Y 6 MESES

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la lactancia materna si la madre y niño o niña aún continúan con esta alimentación (la OMS actualmente la recomienda hasta los 2 años de vida, y luego tanto como la madre y el niño o niña lo deseen). Se puede realizar una guía anticipatoria respecto al destete respetuoso. • En niños y niñas no amamantados, dar leche de vaca semidescremada o descremada 500 cc al día aproximados, repartidos en dos tomas diurnas. • Educar en alimentación lenta y pausada, lo que se asocia con menores índices de glicemia y obesidad en edad preescolar. • Fomentar el uso de vaso o tasa, en caso de usar mamadera o chupete educar en un retiro respetuoso. • Preferir comidas saludables y variadas, bajas en grasas, sodio y azúcar, y desincentivando el consumo de golosinas y comida chatarra. • Establecer horarios de comidas: desayuno, almuerzo, once y cenas. Preferir alimentación en familia, educar respecto a la adquisición de conductas por imitación. • Educar en torno a no premiar o castigar con alimentos, orientar a los padres respecto a cómo relacionarse saludablemente con los alimentos. • En el almuerzo y la cena fomentar que un 50 % del total del plato sean vegetales un 25% cereales o granos y un 25 % proteínas, postre fruta, para la sed agua pura (fruta idealmente debe ser comida y no bebida, siempre favoreciendo que el niño o niña mastique). • Las colaciones no son necesarias, pero si existen deben ser saludables y no sobrepasar el 10 a 15% de las calorías totales que un niño o niña necesita al día (colaciones de 150 kcal aproximadamente en total). • También a esta edad se debe incentivar la autonomía en la alimentación, aun cuando utilice sus manos, derrame o se ensucie.
Actividad física y recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar realizar al menos 180 minutos de actividad física al día, de los cuales son 60 minutos deben ser de actividad física moderada o vigorosa. Se pueden fomentar realizar paseos al aire libre en familia, juegos que utilicen el equilibrio, coordinación, salto, desplazamiento, lanzamiento, giro, recepción de balón, etc. • Propiciar el juego activo con sus pares y el desarrollo de actividades cotidianas que impliquen movimiento (caminar a comprar, ayudar a ordenar la casa, etc.). Desincentivar en uso de coche para trasladar al niño o la niña. • Evitar tiempos sedentarios: limitar el tiempo de exposición a pantallas (televisión, computador, teléfonos, etc.) a no más de una hora al día, seleccionando programas o juegos adecuados a la edad y siempre acompañados por un adulto responsable. • Indicar medidas de seguridad al realizar actividad física (uso de casco, elementos de protección personal, supervisión constante de adultos, entre otros).
Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la higiene bucal al menos 2 veces al día, para el niño o niña y para la familia y siempre antes de dormir. • Realizar cepillado con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor dispensada por un adulto y sin enjuague posterior. Usar cantidad similar a un grano de arroz o pintar la punta del cepillo, cuando el niño o la niña no sepa escupir los restos de pasta, y aumentar la cantidad de pasta, similar a una arveja, cuando ya pueden escupir los restos de pasta. • Recomendar el uso de un cepillo pequeño de cerdas suaves. • Reforzar consumo de alimentos no azucarados y de agua pura (el agua en Chile está fluorada y protege contra las caries). • Identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos (rutina de lavado de dientes, cuidado en alimentación, etc.). • Reforzar la no succión de dedos y no onicofagia, como hábito. • Recomendar la eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad. • Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Proponer un plan de acción que involucre a los padres/cuidadores para incorporar hábitos de higiene, Medidas de seguridad y prevención de accidentes y alimentación saludable en los niños y familia. • Invitar a participar en los talleres para el fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto u otras iniciativas de promoción del desarrollo infantil y la crianza.
Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Control de salud infantil una vez al año. • Control de salud bucal una vez al año.

BANDERAS ROJAS EN CONSULTA NUTRICIONAL DE LOS 3 AÑOS 6 MESES	
SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Madre, padre o cuidador principal de 20 a 45 años con sospecha de síndrome metabólico	<ul style="list-style-type: none"> Considerar Síndrome Metabólico cuando la persona presenta IMC > 30 y/o perímetro de cintura aumentado (mujeres + 88 cm y hombres + de 102 cm) más otros factores de riesgo (intolerancia a la glucosa, alteración lipídica (dislipidemia), hipertensión arterial, antecedentes de madre, padre o hermano con DM2) En caso de que la madre, padre y/o cuidador principal presente IMC > 30 y/o perímetro de cintura aumentado, se debe derivar a médico/a para descartar o confirmación diagnóstica de síndrome metabólico. En caso de confirmación, el médico/a será el responsable de derivar al Programa de Vida Sana (Ver anexo 24 "Componentes del Programa vida sana") u otro programa o profesional según la oferta local. Derivar a EMP si no se ha realizado el examen.
Mal nutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la Pauta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNTs) y ante tres o más factores de riesgo derivar inmediatamente a médico/a al igual si se encuentran los siguientes factores: talla baja, retraso del DSM, dismorfia, hirsutismo, sospecha de otro problema médico. Realizar consejo breve en estilos de vida saludable. Elaborar un plan trabajo específico de intervención individual y familiar en la alimentación y actividad física y plan de seguimiento. Derivar a sesiones educativas. Derivar a consulta nutricional dentro de los siguientes 30 días.
Niño o niña eutrófico con dos o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a taller grupal donde se eduque respecto hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). Elaborar un plan trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Estilos de vida no saludables (alimentarios o actividad física)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve familiar, evaluando etapas del cambio. Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad.
Manipulación incorrecta de los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve respecto a la correcta manipulación, preparación y refrigeración de los alimentos. Educar respecto a medidas para evitar la contaminación cruzada.
Riesgo de desnutrir	<ul style="list-style-type: none"> Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (Normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso en -1DS en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. Ingresar a PNAC de refuerzo y elaborar plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación.
Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. Elaborar un plan de trabajo consensuado con la familia, y cuando sea necesario planificar una reunión con el equipo de cabecera, derivar a asistente social y/o vincular con la red ChCC. Ingresar a PNAC de refuerzo. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando es necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Talla baja (≤ 2 DS)	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para evaluación, para derivación a nivel secundario. Especialmente ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, retardo mental, crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < -3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.
Talla alta (≥ 2 DS)	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.
Sospecha de anemia	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a de APS para evaluación, solicitud de exámenes, confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento.

Presencia de alteraciones al examen bucal y/o detección de factores de riesgo de enfermedades bucales

- Si no está en control odontológico, derivar.
- Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en pauta CERO y entregar estrategias de prevención **básicas y reforzadas a cuidadores y familiares**, y reforzar hábitos:
- No succión de dedos como hábito y no onicofagia.
- Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales y antes de dormir.
- Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, reforzar razones para el retiro.
- Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta.
- Reforzar consumo de alimentos no azucarados y de agua pura (el agua en Chile esta fluorada y protege contra las caries).
- Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas, debe Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.



3.2.6. CONTROL DE SALUD INFANTIL EN ESCOLAR (5 A 9 AÑOS)

La etapa escolar es el periodo comprendido entre los 5 a los 9 años. Configurándose en una etapa fundamental en la que niños y niñas van experimentando cambios en su desarrollo físico, motor, cognitivo, psicológico, emocional y social, adquiriendo cada vez una mayor independencia. A pesar de que la velocidad de crecimiento continúa siendo lenta y gradual, y existen diferencias entre niños y niñas de igual edad, sus habilidades físicas, de coordinación y motoras experimentan cambios que contribuyen a que estos se sientan más competentes, permitiendo que puedan participar en actividades de mayor complejidad motora, como deportes, danza o gimnasia. Comienza un periodo de recambio dentario, apareciendo las primeras piezas dentales definitivas.

Desde el punto de vista cognitivo, existe una evolución del pensamiento, el que de ser un pensamiento mágico pasa a un proceso cognitivo lógico. Adquiere progresivamente mayor lenguaje básico, percepción y abstracción pudiendo leer, escribir y comunicar sus pensamientos con complejidad y creatividad creciente (25).

Entre los 5 y 10 años es un periodo exigente para el desarrollo personal para el niño o niña escolar, la que es determinante para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Estos cambios pueden ser afrontados con mayor o menor facilidad, dependiendo de las características personales, familiares y ambientales, entre los que se incluyen los del ambiente escolar.

En el desarrollo socioemocional, el autoconcepto se hace más estable y la interacción social y con grupos de pares es más intensa y de mayor complejidad. Se va consolidando el autoestima, la independencia y la autonomía, adquiriendo la capacidad de saber qué hacer y la seguridad y habilidad para lograrlo.

El grado de madurez y el desarrollo de una comprensión más completa de estados y motivaciones psicológicas de los demás genera un mayor interés por el entorno más amplio, favoreciendo la superación del egocentrismo que los caracterizaba en la etapa anterior, logrando un mayor desarrollo de la empatía y la aparición de sentimientos superiores como la solidaridad, cooperación, lealtad, entre otros. Se describe un progreso en la capacidad de entender otros puntos de vista, así como una mayor interiorización de

reglas morales y sociales asociadas a principios universales. Así mismo, debe desenvolverse en un ambiente formal que le exige desempeños objetivos, tanto académicos como de comportamiento y sociales. La adaptación al medio escolar implica una mayor separación de los padres, el grupo de pares comienza a cobrar mayor importancia y aparecen nuevas figuras de autoridad como los profesores (26).

En la edad escolar mejora la capacidad inmunitaria, por lo que las morbilidades son cada vez menos frecuentes, la mortalidad es muy baja, siendo el principal motivo las causas externas como los accidentes en distintas esferas, generalmente fuera del hogar. Los problemas de salud que aquejan, a los escolares tienen relación con condiciones que afectan la calidad de vida y con enfermedades crónicas no transmisibles o su predisposición y están fuertemente ligados a temáticas psicosociales, por lo que es importante aprovechar las instancias de contacto con el escolar para detectarlas e intervenirlas tempranamente, por su impacto en la calidad de vida y pronóstico.

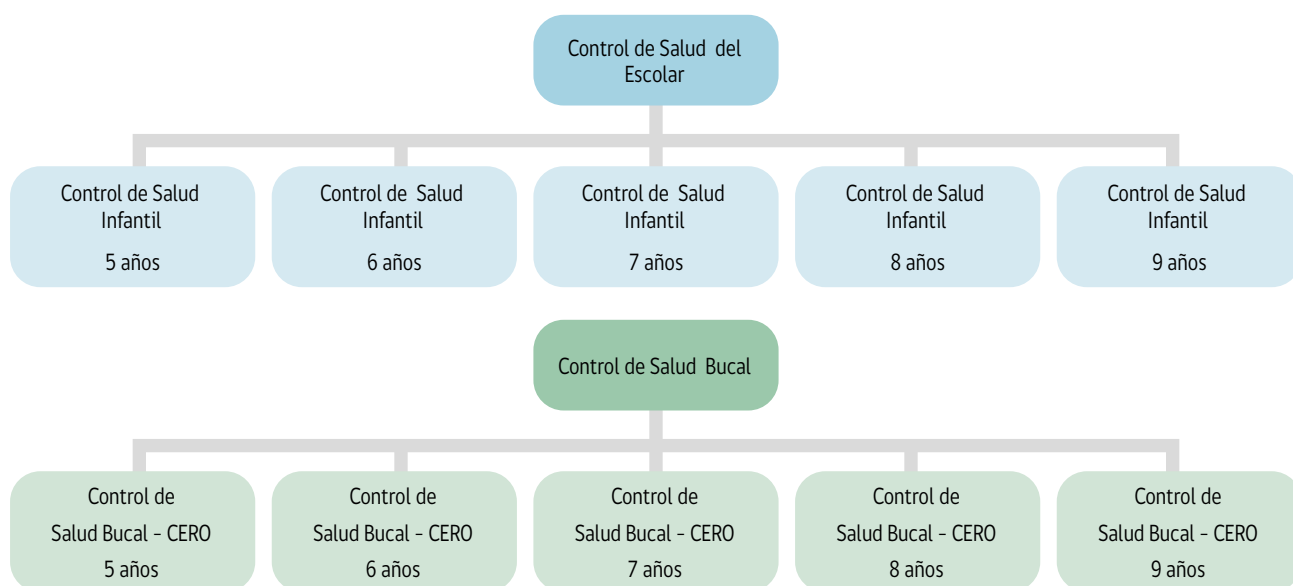
En este período los controles de salud pueden ser realizados en el centro de salud o en el establecimiento educacional. En ambos casos, es importante fortalecer las habilidades maternas y parentales, respondiendo dudas o anticipando necesidades, para el ejercicio de una crianza positiva que potencie el desarrollo integral del niño o niña. También es importante el reconocimiento y fortalecimiento de factores protectores biopsicosociales.

La realización del control de salud escolar en el establecimiento educacional es una práctica que permite identificar a esta población más fácilmente, considerando que es un grupo que tiene baja adherencia a los controles en los centros de salud, y cada establecimiento educacional es una población cautiva del territorio. Es importante que existan acuerdos formales entre la Escuela y el Centro de Salud para dicha atención, para cautelar por la permanencia de la actividad. Cuando el control es realizado en ausencia de madre, padre o cuidador, será necesario que el tutor haya aceptado con anterioridad, mediante la firma de un consentimiento informado que explique claramente las evaluaciones que se realizarán, la anamnesis se hará a través del Cuestionario de Salud Infantil e instrumentos específicos según edad que los padres o cuidadores responderán con anticipación.

Cuando el control es realizado en presencia de madre, padre o cuidador, la anamnesis será a través de una entrevista que complemente el Cuestionario de Salud Infantil e instrumentos específicos según edad, el control será individual y se realizará la evaluación de Tanner y genitales, siempre que los padres y el niño o niña estén de acuerdo, explicando las razones de cada evaluación y resguardando la privacidad del niño.

Durante este período se deben realizar los siguientes controles de salud:

Figura III - 10. Supervisión de Salud en el Escolar.



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

Tabla III - 7. Áreas e hitos del desarrollo de 5 a 9 años.

ÁREA	LOGROS ESPERADOS	
Crecimiento y desarrollo físico	<ul style="list-style-type: none"> La velocidad de crecimiento en este período es la más lenta de la infancia y precede al «estirón puberal». Los niños y niñas crecen a una tasa de cinco a seis cm y aumentan tres kilos de manera anual. El perímetro craneano crece solamente de dos a tres cm en todo el período. Desde los 6 años, es normal la adrenarquia, que se puede manifestar por olor axilar. Desde los 7 años, comienzan a perder la dentadura temporal y comienza a aparecer la definitiva. Desde los 8 años, (niñas) es normal la aparición de botón mamario. Desde los 9 años, (niños) es normal el crecimiento testicular. 	
Desarrollo cognitivo y destrezas	<ul style="list-style-type: none"> Progresivamente diferencia fantasía de realidad. Logra cada vez mayor concentración y permanencia en una actividad por más tiempo. Participa en forma progresiva de juegos con reglas. Anda en bicicleta, practica deportes, toca instrumentos musicales. Los intereses y competencias empiezan a ser divergentes entre los niños y las niñas. 	
Desarrollo emocional y social	5 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> Tiene grupos de amigos o amigas. Son capaces de disculparse por errores y felicitar a otros por sus logros.
	7 a 8 años	<ul style="list-style-type: none"> Demuestra competencias morales, físicas, emocionales, cognitivas y sociales. Se involucra en actividades que promuevan su propio bienestar, contribuyendo a un estilo de vida saludable. Establece relación de apoyo y cuidado con su familia, amigos y con otros adultos. Logra hacer amigos y pertenecer al grupo de pares.
	9 a 10 años	<ul style="list-style-type: none"> Demuestra progresivamente la capacidad de tomar decisiones responsablemente. Experimenta sensación de bienestar, de seguridad en sí mismo y de esperanza en el futuro.

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

3.2.6.1. CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 5, 6, 7, 8 Y 9 AÑOS

Período	5 años	5 años - 5 años 11 meses 29 días			
	6 años	6 años - 6 años 11 meses 29 días			
	7 años	7 años - 7 años 11 meses 29 días			
	8 años	8 años - 8 años 11 meses 29 días			
	9 años	9 años - 9 años 11 meses 29 días			
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar integralmente el desarrollo y crecimiento del niño o la niña, considerando su etapa, familia y ambiente.• Identificar factores y conductas protectoras y de riesgo para el desarrollo físico, cognitivo, psicomotriz, afectiva-emocional y social del niño o niña en el contexto escolar y familiar - comunitario.• Pesquisar precozmente signos y síntomas de ECNT u otras alteraciones de salud.• Evaluar hábitos y conductas de autocuidado en alimentación, hidratación, actividad física, sedentarismo, higiene bucal y corporal, eliminación, prevención de riesgos y peligros para la vida.• Establecer los diagnósticos correspondientes a cada control y condición de cada niño o niña.• Orientar a los padres y/o cuidadores en respecto a los resultados y dudas de la evaluación del crecimiento y desarrollo integral del niño o niña y sus respectivas intervenciones.• Promover salud y prevenir enfermedades bucales.• Derivar oportunamente según la situación de salud biopsicosocial de cada niño o niña.				
	Profesional	En establecimiento educacional	<ul style="list-style-type: none">• Enfermera/o más un Técnico de Enfermería de Nivel Superior o Médico/ca.		
		En establecimiento de salud	<ul style="list-style-type: none">• Enfermera/o o Médico/a.		
	Consentimiento informado	En establecimiento educacional y en ausencia de los padres solo se puede realizar el control de salud con el documento firmado.			
	Instrumentos a aplicar	Todas las edades	<ul style="list-style-type: none">• Revisión de pauta CERO realizada por cirujano dentista.• Cuestionario de Salud Infantil (anexo 25).		
	Rendimiento	Acceso	Modalidad	Contexto	Material a entregar
	30 minutos	Universal	Individual	En presencia de los padres o cuidador/a (en centro de salud o escuela). En ausencia de los padres o cuidador/a (en establecimiento educativo).	Material educativo
	ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
En el centro de salud:					
<ul style="list-style-type: none">• Llamar al niño o la niña a la sala de espera, saludarlo por su nombre (disponerse a la altura del niño o niña, para poder saludar con un adecuado contacto visual), saludar a la familia e identificarse (nombre, apellido y profesión) y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día.• Demostrar una actitud de respeto, cercanía y amabilidad hacia el niño o niña y su familia.					
En el establecimiento educacional:					
<ul style="list-style-type: none">• Constatar firma de consentimiento informado e ir a buscar al niño o la niña a la sala de clases, saludarlo por su nombre (disponerse a la altura del niño o niña, para poder saludar con un adecuado contacto visual) e identificarse (nombre, apellido y profesión) y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día, consultando previamente con docente la presencia de algún tipo de discapacidad o condición de salud que sea pertinente de considerar durante el control de salud resguardando la confidencialidad de la información.• Demostrar una actitud de respeto, cercanía y amabilidad hacia el niño o niña. En la edad escolar es importante incorporar al niño o niña, conociendo sus dudas y opinión en los distintos temas.• Si cuenta con apoyo de un Técnico de Enfermería de Nivel Superior, puede buscar hasta un máximo de 3 niños, resguardando la individualidad, intimidad y confidencialidad en la realización del control.					

Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar antecedentes en la ficha clínica de los controles de salud anteriores y cumplimiento del calendario de inmunizaciones en el RNI. • Revisar resultados de Cuestionario de Salud Infantil en conjunto con el niño o niña y/o los padres según el contexto en que se realiza el control (anexo 25) identificando las principales alteraciones: tos o dificultad para respirar o silbidos en el pecho (sibilancia) durante el ejercicio físico, presencia de antecedentes familiares de asma, sensación de pecho apretado, ronquidos o pausas respiratorias (mayores a 15 segundos) durante el sueño presenta o tos nocturna por períodos prolongados. • Indagar las características de la familia y otras personas que vivan en la misma vivienda, relaciones, roles. Solicitar al niño o niña comente su relación con su familia y otras personas que vivan en su casa, utilice esta instancia para valorar cómo se encuentran de manera integral el niño o niña y su familia. • Indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. • Indagar la presencia de algún tipo de limitación o discapacidad permanente o transitoria física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional. • Consultar al niño o niña y padres o cuidadores por dudas referentes a salud o al control de salud. • Valorar asistencia a establecimiento educacional y el nivel que cursa (rendimiento académico, relación con pares, bullying).
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia, composición, calidad y cantidad de las comidas (variedad, preferencias, selectividad y dificultades). • Evaluar alimentación láctea (leche, yogurt, queso, quesillo, etc.), composición (entera, semidescremada, descremada) frecuencia y volumen de leche ingerido, uso de saborizantes y edulcorantes, tipo y cantidad. • Indagar sobre consumo de agua pura, así como por el consumo de otros líquidos como bebidas o jugos (artificiales y de frutas), frecuencia y tipo de edulcorante. • Indagar sobre el consumo de alimentos chatarra, golosinas o altos en calorías, azúcar, grasas y sodio (sal), frecuencia y contexto del consumo. • Indagar sobre el ambiente y horarios de alimentación. Ambiente familiar y presencia de distractores (uso de pantallas, etc.). • Indagar creencias y dudas asociadas a la alimentación en la etapa.
Patrones e higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar higiene del sueño, ambiente (habitación sola, compartida, presencia de dispositivos electrónicos, tipo de decoración, distractores, etc.), horas de sueño, rutinas establecidas. • Indagar sobre dificultades asociadas al sueño y descanso (iniciar el sueño, despertares nocturnos, cansancio matutino, alteración del estado de ánimo, etc.). • Indagar sobre ronquidos o ruidos respiratorios. • Indagar presencia de ronquidos, apneas, respiración bucal, bruxismo, terrores nocturnos y enuresis. • Preguntar sobre dudas o preocupaciones asociadas al sueño infantil en el escolar, padres y/o cuidadores.
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrones de eliminación, control de esfínter anal y vesical, presencia de enuresis y encopresis. • Preguntar sobre las características de la orina y deposiciones. • Indagar sobre rutinas de higiene asociadas y grado de autonomía en su realización. • Indagar sobre dificultades asociadas a los procesos de eliminación.
Actividad física, sedentarismo y actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar frecuencia y tipo de actividad física en el día. Participación de talleres y/o actividades deportivas o recreativas. • Valorar tipo y horas de juego e indagar sobre participación de cuidadores en alguno de estos (baile, canto, lectura de cuentos, etc.). • Evaluar horas de inactividad o sedentarismo en la rutina diaria (uso de pantallas, actividades de escritorio, etc.). • Indagar sobre acceso a espacios al aire libre y recreativos (parques, plazas, ciclo vías, etc.). • Preguntar respecto al uso de pantallas (televisión, teléfonos inteligentes, Tablet, computadoras), tiempo de exposición. y supervisión parental, uso de estrategias de control parental en los distintos dispositivos.

Hábitos de aseo e higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre rutinas y prácticas asociadas a los hábitos de higiene, específicamente en rutinas de baños, lavado de pelo, lavado de genitales, cambio de ropa, lavado de manos y cara. • Indagar frecuencia y uso de productos específicos. • Indagar sobre prácticas de autocuidado y autonomía adquiridas por el niño o niña e identificar a la persona encargada de inculcar hábitos preventivos.
Cuidado de la Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar asistencia a control con enfoque de riesgo odontológico CERO, anterior. • Indagar nivel de autonomía en la realización de la higiene dental. • Indagar si los padres y/o cuidadores supervisan la higiene dental de los niños o niñas. • Preguntar sobre: tipo de cepillo, uso de pasta dental, tipo de pasta utilizada, frecuencia de lavado de dientes al día, higiene previa a la hora de dormir, momentos de ingesta de alimento y/o líquidos azucarados. • Indagar presencia de succión digital y onicofagia. • Para profundizar revisar pauta CERO.
Ámbito socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la interacción y comunicación del niño o niña con padres y/o cuidadores, con el resto de los compañeros y otros adultos en el contexto escolar. • Observar grado de autonomía y comportamiento del niño o niña en la consulta, forma de relacionarse con evaluador, si manifiesta inquietudes, la manera de seguir instrucciones durante la realización del control, resguardando la comodidad y confort del niño o niña durante éste. • Preguntar a niño o niña sobre dudas o preocupaciones en torno al crecimiento, desarrollo, autonomía y comportamiento de ellos mismos y a los padres y/o cuidadores con relación a éste. • Indagar nivel de adaptación al entorno escolar, participación en grupo de pares, relaciones entre los compañeros en el aula y durante los recreos. Preguntar al niño si tiene amigos tanto fuera o dentro del colegio. • Preguntarle al niño o niña preferencias de las distintas asignaturas y su rendimiento escolar en general • Preguntar a los padres, cómo se sienten con el colegio y si participan activamente. Si realiza actividades extraprogramáticas dentro o fuera de la escuela y cuáles son sus intereses. • Preguntar respecto a utilización de redes sociales (Tik Tok, Instagram, Facebook, Twitter, etc.), tiempos de uso, medidas de seguridad establecidas para su uso, dudas al respecto, situaciones que lo han puesto incómodo. • Preguntar directamente al niño o niña cómo se siente emocionalmente (en lenguaje amigable, cercano y adecuado a su edad). • Indagar respuesta emocional del niño o niña ante situaciones difíciles y la manera en que los padres y/o cuidadores las abordan. • Observar interacción familiar y estilos parentales, la forma en que se establecen los límites y normas dentro de la convivencia de la familia y si existe acuerdo entre los miembros de ésta. • Indagar respecto a distribución de responsabilidades o tareas dentro del hogar, si estas son consensuadas y cuáles realiza el niño o niña, preguntando a éste o ésta cómo se siente al respecto. • Indagar cómo manejan los padres y/o cuidadores en aquellas situaciones en que el niño o la niña no respeta normas o límites preestablecidos. • Identificar si la crianza es respetuosa y si se utiliza disciplina negativa. • Preguntar al niño o niña a quién recurre cuando tiene dudas, miedos, malestares, etc. y el nivel de receptividad de esta persona.
Medidas de seguridad y/o prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar sobre las medidas preventivas utilizadas para la protección solar, uso frecuencia, tipo de bloqueador solar y FPS. • Indagar sobre acciones asociadas a la: prevención de accidentes (quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos, acceso a piscinas, uso de flotadores), uso de pantallas, acceso a internet, tipo de juegos, uso butaca o alzador u otro sistema de retención infantil, uso de casco en bicicleta, contacto con personas desconocidas, acceso a ambientes contaminados, manejo de mascotas, juegos peligrosos, etc. • Indagar respecto a dudas, conocimientos, creencias, valores y grado de intención para iniciar consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. • Preguntar a padres acerca de medidas preventivas cuando el niño o niña está fuera de la casa o en casa de otras personas. • Indagar si los padres o profesores, tienen alguna duda sobre su visión o audición.

EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS

Independiente del contexto en que se realice el control, es importante resguardar la privacidad y respetar la intimidad del niño o niña durante la examinación, explicando las razones de cada procedimiento, desvistiendo por partes o pedirle que se coloque una bata de examinación.

En el colegio el niño o niña, debe quedar con ropa interior y una camiseta y sobre esta, en caso de ser posible una bata de examinación, en donde no hayan más de 2 adultos ni otros escolares. Resguarde la comodidad del niño colocando un calefactor en caso de bajas temperaturas y un cubrepiso cuando le pida al niño que se coloque de pie durante el examen físico.

Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar talla. • Evaluar peso. • Calcular IMC, ajustado a los grados Tanner (observado o reportado por los padres) en niñas de 8 o 9 años (puesto que se consideran los grados de Tanner entre los 10 y 15 años en niños y entre 8 y 14 años en niñas, usando edad biológica cuando la diferencia entre la edad biológica y cronológica es mayor o igual a 1 año). • Evaluar perímetro de cintura desde los 6 años. • Registrar los puntos de peso y talla en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar la progresión de la curva. <p>Considerar cálculo de talla diana.</p>
Presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de presión arterial (idealmente con al menos cinco minutos de reposo previo y con mango adecuado a la dimensión del brazo cuyo ancho cubra 2/3 del mismo, uso de esfigmomanómetro validado por organismos internacionales). • Uso de técnica estandarizada, con reposo previo, vejiga vacía, espalda apoyada en respaldo, sin piernas cruzadas.
Evaluación del estado general	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado de ánimo y nivel de energía. Forma de relacionarse con examinador y compañeros. Contacto visual, presencia de estereotipias, entre otras.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar marcha (simetría caminando y corriendo). • Evaluar asimetrías en la movilización de extremidades o en los reflejos.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar y palpar cabeza: morfología, distribución del pelo (presencia de alopecia) y/o presencia de ectoparásitos (pediculosis), alopecia areata (no presenta descamación), dermatitis seborreica (más difusa y la descamación es adherente al pelo, pero no lo fractura), psoriasis (no hay pelos rotos) y tricotilomanía. • Inspeccionar presencia de manchas color café con leche o hipocrómicas. Describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. • Inspeccionar presencia de acantosis nigricans, especialmente en niños y niñas con malnutrición por exceso. • Evaluar olor axilar. • Descartar lesiones autoinfligidas. • Inspeccionar estado e higiene de las uñas. • Descartar afecciones de piel y mucosas. De etiología viral (molusco contagioso, verrugas, herpangina, etc.), bacteriana (impétigo), micótica (tiña, onicomycosis, etc.), parasitarias (escabiosis, pediculosis), dermatitis de contacto, dermatitis atópica (especialmente en pliegues de codos, rodillas y cuello), hemangiomas, prurigo insectario u a otros alérgenos, etc. • Descartar infección o reacciones alérgicas en caso de que existen tatuajes o piercing.
Evaluación ganglionar	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar e inspeccionar presencia de adenopatías: caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). • Ante hallazgo de adenopatías: buscar presencia de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis), síntomas B (baja de peso, fiebre, diaforesis / sudoración nocturna) y/o hepato o esplenomegalia.
Evaluación oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar agudeza visual ⁴ con Cartilla en E abreviada. • Evaluar presencia y simetría de rojo pupilar. • Realizar Test de Hirschberg, en caso de que exista duda de estrabismo realizar Test de Cover. • Observar si hay secreción ocular o epífora.
Evaluación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio (solo si el control de salud es realizado por un médico/a o profesional entrenado). • Evaluar presencia de alteración auditiva.

⁴ Según recomendaciones del documento: "COMPONENTE DE SALUD OFTALMOLÓGICA EN PEDIATRÍA, CONTROL DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA: Principios Básicos y Protocolos de examen, diagnóstico y tratamiento Oftalmología Pediátrica para la Atención Primaria, 2017"

Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. Evaluar tipo y evolución de dentición: 5 a 6 años: evaluar dentición temporal completa. 5 a 7 años: evaluar inicio de recambio de dientes, comenzando con la erupción de incisivos y primeros molares. 6 y más años: evaluar secuencia de recambio dentario según la edad media de erupción de piezas permanente Evaluar presencia de lesiones de caries, y/o de maloclusión. Evaluar el estado de las encías del niño o niña. Revisar factores de riesgo de enfermedades bucales con Pauta CERO.
Evaluación cardio pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> Si el control es realizado por un médico/a o profesional entrenado: Auscultar sistema cardiaco, descartando presencia de soplos, alteraciones del ritmo y otros. Auscultar sistema pulmonar, descartando sibilancias, crépitos u otros ruidos agregados. Descartar sospecha de asma. Preguntar sobre presencia de tos, dificultad para respirar y/o silbidos en el pecho (sibilancia) en los últimos 12 meses, durante o después la actividad física o en otra circunstancia.
Evaluación abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Palpar abdomen con piernas flectadas en búsqueda de masas abdominales, visceromegalias y hernias.
Evaluación del desarrollo puberal	<p>En ausencia de los padres o cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o cuidadores. <p>En presencia de los padres o cuidadores y con consentimiento del escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores. Evaluar directamente el grado Tanner: <ul style="list-style-type: none"> En niñas: inspeccionar presencia de botón mamario (normal en niñas desde los 8 años) y extensión, densidad y características del vello púbico. En niños: evaluar el desarrollo puberal y peneano y extensión, densidad y textura del vello púbico.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar el Test de Adams, y evaluación de actitud postural de columna, descartando alteraciones posturales y estructurales de la columna. Evaluar simetría de extremidades inferiores: Evaluar simetría en la altura de ambas rodillas con piernas flectadas y medir la longitud de ambas extremidades inferiores desde la espina iliaca anterosuperior hasta borde inferior del maléolo interno. Evaluar pie en búsqueda de presencia de pie plano flexible fisiológico y descartar pie plano rígido o pie plano flexible doloroso o pie cavo en caso de contar con podoscopio. Evaluar desgaste en suela del calzado (lugar, asimetrías, etc.) Evaluar marcha: simetría, estabilidad, movimientos rítmicos y coordinados del tronco. Descartar alteraciones del movimiento o estructurales, claudicación, marcha en punta de pie (marcha equina) o en talones (posición talo), marcha bamboleana (mueve pelvis), marcha stepage: pie cae sin secuencia talón punta (no hay fuerza para hacer el movimiento de flexo-extensión del tobillo), marcha en aducción o abducción, variaciones rotacionales y presencia de dolor. Evaluar genu valgo fisiológico (simétrico). Descartar genu valgo patológico (distancia intermaleolar es mayor a 8 cm) o genu varo (si distancia intercondílea es mayor a 2 cm).
Evaluación genitourinaria y anal	<p>En presencia de los padres o cuidadores y con consentimiento del escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar zona anal y descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. <ul style="list-style-type: none"> En niños: descartar fimosis e inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. En niñas: descartar sinequias y secreción anormal, descartar masas inguinales. Inspeccionar presencia de lesiones en el área, describir y consignar en ficha clínica.

Señales de Violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de lesiones más graves de lo esperado con discordancia con la historia entregada. • Evaluar la presencia de múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención en salud. • Evaluar la presencia de fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios poco habituales. • Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica. • Indagar la existencia de señales de violencia psicológica en la madre y en el niño o niña.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Nutricional (desnutrición, riesgo de desnutrir, eutrofia, sobrepeso obesidad, obesidad severa). • Talla (talla baja, normal baja, normal, normal alta, talla alta). • Desarrollo socioemocional (estipular problemas detectados). • Problemas de salud detectados. • Factores de riesgo de enfermedades bucales. • Problemas y dificultades en la estructura y tareas de la etapa del ciclo vital familiar y en la dinámica familiar. • Problemas psicosociales y/o determinantes sociales detectados a nivel familiar, escolar, social, entre otros. 	
INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE LOS 5 A LOS 9 AÑOS	
<p>Según el contexto en que se realice el control, adapte las indicaciones según la edad del niño o niña.</p> <p>En el caso de control de salud en el establecimiento educacional, enviar la información pertinente a padres o cuidadores: diagnósticos, problemas identificados e indicaciones con letra clara y legible.</p> <p>En caso de existir problemas de salud generalizados a nivel curso se sugiere informar a los profesores para empoderarlos en los temas y elaborar un plan en conjunto salud-educación.</p> <p>Entregar indicaciones promocionales y preventivas en forma grupal en conjunto con el profesor de acuerdo con el rango etario y a los problemas más prevalentes detectados, según recomendaciones entregadas en este documento y otras normativas u orientaciones vigentes incluyendo guías anticipatorias para cada edad que incluyan cambios esperados en las áreas física (incluir cambios puberales), emocional y cognitivo: Que esperar en lo físico, emocional y cognitivo. Incluir cambios puberales.</p>	
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar en las intervenciones modelo de creencias y cambio de conducta. • Educar a padres respecto a la importancia del ejemplo como la mejor estrategia de inculcar hábitos y costumbres en los niños y las niñas. Oriente en estrategias para que la madre, padre o adultos significativos puedan modelar sus propias conductas en relación con las que esperan ver en los escolares. • Reforzar todos los hábitos saludables valorados en el niño o niña. • Educar en la importancia de una alimentación lenta y pausada y la incorporación de alimentos ricos en fibra, lo que se asocia con menores índices de glicemia y obesidad, junto con preferir comidas saludables y variadas, y en general aconsejar evitar o disminuir consumo de cualquier alimento con símbolo "ALTO EN..." bajas en grasas, sodio y azúcar, y desincentivando el consumo de golosinas y comida chatarra. • Educar en torno a no premiar o castigar con alimentos, orientar a los padres respecto a cómo relacionarse saludablemente con los alimentos. • Establecer horarios de las 4 comidas del día: desayuno, almuerzo, once y cena. Incorporar una colación saludable si pasan más de 4 horas entre el desayuno y almuerzo, tales como frutas, lácteos descremados o panes pequeños. Preferir alimentación en familia, por su importancia como factor protector psicosocial y adquisición y/o mantención de conductas por imitación. <ul style="list-style-type: none"> - Educar respecto a la importancia del desayuno a esta edad y debe incluir un lácteo sin adición de azúcar, pan (una rebanada con acompañamiento) y una fruta. - En almuerzo y cena, fomentar ofrecer las porciones indicadas según Guía de Alimentación para cada grupo de alimentos. - Evitar la "once-comida" en reemplazo de la cena. - Educar respecto al consumo de agua sin agregado de azúcar o endulzantes artificiales, evitando el jugo de fruta por su mayor índice glicémico al extraer la fibra, bebidas y otros líquidos.

Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar la realización de 60 minutos de actividad física moderada a vigorosa, cada día (28). • Si es posible, favorecer la participación del escolar en actividades físicas estructuradas (talleres deportivos u otros), propiciar el juego activo con su grupo de pares y el desarrollo de actividades cotidianas que impliquen movimiento (caminar a comprar, ayudar a ordenar la casa, etc.). • Recomendar la realización de paseos al aire libre en familia y juegos que utilicen la fuerza del niño o niña (por ejemplo: bicicleta, monopatín, etc.). • Limitar el tiempo de exposición a pantallas (televisión, computador, teléfonos, etc.) a no más de dos horas al día, seleccionando programas o juegos adecuados a la edad y siempre acompañados por un adulto responsable.
Higiene del sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto a aquellos aspectos de la higiene del sueño que deban ser modificados (dispositivos electrónicos, tipo de decoración, distractores, iluminación, rutinas, actividades previas a la hora de dormir, tipo de alimentación, etc.) • Incentivar aproximadamente entre 10 a 11 h de sueño, logrando que el niño esté en sueño profundo cerca de medianoche por la secreción de hormona del crecimiento.
Higiene y cuidado de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar el uso de bloqueador solar todo el año, independiente del clima, en todas las áreas foto expuestas, hipoalérgico y factor solar sobre 30 SPF. Aplicar al menos 20 minutos antes de la exposición y repetir cada dos horas. • Evitar exposición al sol entre las 11 y 16 horas. • Educar sobre correctas prácticas de higiene personal: <ul style="list-style-type: none"> – Incentivar progresivamente la autonomía durante la ducha. Resguardar y promover las medidas de seguridad en el cuarto de baño (antideslizante, alfombra de baño, no pisar con pies mojados sobre la cerámica, etc.). – Recordar el lavado de manos previo a comidas y posterior al juego. • Educar respecto a la prevención de infecciones o contagios de enfermedades como VIH, hepatitis B u otras en la realización de procedimientos como tatuajes, instalación de aros, aros, piercings u otras técnicas invasivas con fines cosméticos: <ul style="list-style-type: none"> – Acudir a establecimientos autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional. – Verificar que la persona que realiza el procedimiento esté autorizada por la SEREMI de Salud y esté vacunada contra la hepatitis B. – Comprobar que el material cortopunzante que estará en contacto con piel o mucosas sea desechable y de uso único. – Comprobar que el material no cortopunzante reutilizable que entre en contacto con sangre durante el procedimiento sea lavado y esterilizado antes de ser utilizado en otra persona. • Prevención del consumo de tabaco y alcohol: <ul style="list-style-type: none"> – Evitar exponer al niño o la niña a lugares donde se consuma tabaco, tanto abiertos como cerrados, explicar que los padres son un modelo en el consumo de tabaco y alcohol. Motivar a la madre, padre o cuidadores a dejar el consumo de tabaco, explicar a los niños y las niñas qué les puede ofrecer tabaco, alcohol o drogas y enseñar las consecuencias del consumo y cómo decir que no. En caso de que el niño o niña haya iniciado el consumo de estos, realizar consejo breve y derivar para intervención interdisciplinaria.
Cuidados de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la higiene bucal al menos 2 veces al día, para el niño o niña y para la familia. • Realizar cepillado con pasta de dientes de entre 1000 y 1500 ppm de flúor, sin mojar el cepillo, ni enjuague posterior al cepillado. Usar cantidad similar a un grano de arveja o disminuir cantidad en caso de que el niño/a no sepa escupir. • Recomendar el uso de un cepillo pequeño de cerdas suaves. • Reforzar consumo de alimentos no cariogénicos y de agua pura ya que el agua en Chile está fluorada y protege contra las caries. • Desincentivar la onicofagia o succión digital como hábito. • Entregar orientaciones en caso de Traumatismo dentoalveolar, GES Urgencia Odontológica Ambulatoria, Seguro Escolar • A los 6 años derivar a atención Odontológica (GES – Salud oral integral para niños de 6 años).

Cuidados ortopédicos	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar calzado adecuado para caminar y jugar. • Fomentar posturas correctas para sentarse en silla y en el suelo (preferir postula a lo indio o no con piernas en W), correcto uso de la mochila (en niños pequeños preferir mochilas con ruedas y con poco peso).
Medidas de prevención de accidentes y de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Educar respecto al adecuado volumen al escuchar música: no más del 75% del volumen del reproductor, por períodos cortos y usando audífonos supra-auriculares (con cintillo), pues disminuyen la intensidad del sonido en 12 decibeles y atenúan mejor el ruido ambiental. • Fomentar el uso adecuado y seguro de pantallas: mantener televisor, computadoras y los equipos de juego fuera de la habitación del niño o la niña, instalarlos en zonas comunes y/o con control parental, donde puedan ser vistos mientras los utilizan. No superar las 2 horas diarias y establecer horarios de exposición lejanos a la hora de dormir. • Educar a niños, niñas y padres, respecto a los riesgos y uso seguro de sitios web y aplicaciones. Educar sobre importancia de la confianza entre padres e hijos, conocimiento de sitios en los que acceda el escolar y personas con las que se contacte, protección de información personal y publicación de fotografías, ciberbullying o ciberacoso, grooming (personas adultas que simulan serlo para acercarse y obtener información o fotografías sexualmente explícitas de ellos o ellas), entre otras. Advertir sobre la presencia de páginas engañosas que llevan a contenidos inapropiados o riesgosos. • Enseñar que toda información publicada online puede ser vista, adulterada y utilizada eventualmente por cualquiera. • Educar al niño y niña que cada vez que quiera conocer a amigos o amigas virtuales, debe estar acompañado por un adulto. • Enseñar a los niños y las niñas que, si experimentan alguna situación indeseada en Internet o en otras redes sociales deben comunicarlo a sus padres o cuidadores, sin importar la información que hayan compartido. • Educar a los padres sobre la importancia de la comunicación entre padres e hijos o hijas. En caso de que el niño o niña deleva algún problema asociado al uso indebido de redes sociales, se sugiere contener emocionalmente, evitar sancionar y reforzar positivamente el hecho de que el niño o niña haya comentado la situación. • Educar respecto al uso de sistemas de retención infantil (SRI) apropiado a edad, talla y peso del niño según normativa vigente y recomendaciones complementarias, de los niños hasta 9 años (o estatura de 135 cm y 33 kg) e ir en el asiento trasero hasta los 12 años. • SRI debe cumplir con normativa de seguridad vigentes en Europa y Estados Unidos y contar con sistema de anclaje. • Niños deben ir mirando hacia adelante y en el asiento de atrás. • Utilizando arnés interno en silla convertible (18 a 29 kg) o combinada (18 a 36 kg). • Utilizando cinturón de seguridad del auto en butaca con respaldo (29-40 kg) o alzador (29 -40 kg). • Educación del adecuado transporte en vehículos motorizados. Uso de casco en ciclos, luces adecuadas en ellos y uso de ropas reflectantes si andan al atardecer y en la noche, deben estar acompañados siempre de un adulto. Precauciones para cruzar en las calles, en lugar señalizado y posterior a verificación a ambos lados de la calle, que no vienen vehículos y siempre acompañados por un adulto. • Educar respecto a la seguridad en rodados (bicicletas, skates) fomentando el respeto por normas del tránsito, uso de cascos, rodilleras, cintas reflectantes, evitar conductas peligrosas, etc.) • Educar respecto a otros temas que sean atingentes a las necesidades del niño o niña o familia en particular.

Área
socioemocional

- Promover la importancia del juego libre y compartido como actividad que potencia el desarrollo socioemocional. Incentivar a madres, padres o cuidadores a que jueguen con sus hijos o hijas.
- Incentivar la socialización con su grupo de pares y que se involucre en actividades sociales considerando sus gustos y preferencias, a través de las visitas a casa de amigos, asistir a cumpleaños y actividades extraprogramáticas en la escuela.
- Enseñar al niño o la niña a hacer respetar sus derechos y los de los demás.
- Educar a los padres o cuidadores respecto a la importancia de dedicar tiempo diariamente para conversar con los niños y niñas sobre actividades, anécdotas, conflictos, dificultades, dudas, preocupaciones, entre otros, que se sientan escuchados y acompañados/as. Preguntar de manera abierta "¿Qué hiciste hoy?" es importante escucharlo con atención y no interrumpir, ya que esto inhibe la confianza desde la perspectiva del niño/a. También es importante considerar sus opiniones en la toma de decisiones. El momento de la cena y los fines de semana, puede ser una buena instancia para realizar esta actividad, en el caso de situaciones que lo requieran, conversar con el niño o niña en privado, resguardando la confidencialidad.
- Educar al niño o niña la importancia de no guardar secretos u ocultar información a sus padres o cuidadores principales, y que lo refuercen constantemente en el niño o niña.
- Incentivar la reflexión respecto a valores sociales (tolerancia, disciplina, honestidad, solidaridad, diversidad, etc.) estableciendo conversaciones cotidianas a partir de ejemplos, noticias y situaciones de interés.
- Educar a niños, niñas y padres o cuidadores que las medidas preventivas, de protección o restricciones no tienen género, por lo que deben ser las mismas para las hijas y los hijos, independiente del sexo.
- Incentivar a padres a acompañar a su hijo o hija en la resolución de conflictos con compañeros o amigos, ya sea conversando con el niño o niña sobre posibles formas de resolverlos, cumpliendo el rol de mediador de conflictos del niño o niña con otros compañeros o amigos, si las estrategias que ha utilizado el niño o niña no han dado resultado o conversando directamente con los otros padres o profesores. Para ello se debe escuchar las versiones de todas las partes, validar las necesidades de quienes ha estado en el conflicto, visualizar si se han producido daños o agresiones e incentivar la expresión de disculpas o formas de reparación, buscando una solución concreta y respetuosa del conflicto. Estas estrategias son un modelo positivo de mediación de conflictos para el escolar y evitan el uso de estrategias coercitivas o pasivas de afrontamiento.
- Educar a niños, niñas y padres o cuidadores, en la importancia de establecer de respetar las normas y reglas orientadas a promover la salud, el bienestar, la seguridad, la buena convivencia, el respeto y el adecuado crecimiento y desarrollo. Reforzar que niños y niñas se sienten más seguros si saben que existen límites, reglas y si éstas están claras.
- Educar a padres o cuidadores la importancia de otorgar progresivamente más autonomía y responsabilidades en la medida de que en niño o la niña vaya Avanzando en las etapas del desarrollo.
- Educar en estrategias respetuosas de crianza incentivando el uso de disciplina positiva.
- Reforzar que los actos de violencia como golpear, tironear, empujar, gritar, insultar, amenazar, burlarse, entre otros, tienen consecuencias negativas en el desarrollo y bienestar de niños y niñas, siendo necesario que los padres o cuidadores logren regular y expresar adecuadamente sus propias emociones, con el objetivo de mentalizar y contener afectivamente a sus hijos o hijas. De esta manera, se ayuda a los niños y niñas a gestionar de mejor manera sus emociones.
- Se debe considerar que ante el uso de disciplina coercitiva, el niño o la niña puede desarrollar emociones de enojo y/o miedo hacia la persona que le agrede, lo cual impacta en el desarrollo integral y a nivel relacional puede afectar el vínculo, causar distanciamiento y sensación de desprotección, reflejada en conductas tales como no pedir ayuda a los adultos cuando lo necesite, mentir para no ser castigados, etc.
- Educar sobre estrategias para la promoción del bienestar emocional
- Educar respecto a la importancia de reconocer los recursos del niño o niña al realizar diferentes tareas, colocado mayor énfasis en el proceso que en el resultado. Recomendar utilizar frases como: yo confío en ti, estoy orgulloso(a) de que lo hayas intentado, entre otras.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si existen abuelos u otras personas adultas que queden al cuidado del niño o la niña, es necesario compartir los aspectos relevantes para el cuidado del niño o niña y unificar los límites que ellos establecerán con el niño o la niña. • Recomendar estrategias para establecer hábitos de estudio, tales como tener un lugar bien iluminado y cómodo, libre de distracciones como la televisión y apoyarlo cuando lo requiera, idealmente no sobre la cama. Establecer rutinas para realizar las tareas. • Fomentar asertivamente las condiciones relevantes para el aprendizaje, reforzar los logros escolares en función de las capacidades y ritmos individuales de cada niño o niña. Evitar presionar a través de la amenaza de "quitar cosas", castigo, los chantajes o comparar con otros compañeros/as, ya que estas estrategias intensifican la asociación negativa hacia las actividades de aprendizaje escolar. • Anticipar y responder dudas respecto al desarrollo puberal: <ul style="list-style-type: none"> – Niñas: El desarrollo mamario de las niñas puede comenzar desde los 8 años (promedio 9 años) y ser asimétrico. Se espera la llegada de la menstruación aproximadamente 2 años después del inicio del desarrollo mamario. Durante este período acontecerá un gran crecimiento en las niñas. – Niños: El desarrollo testicular de los niños puede comenzar desde los 9 años (promedio 11 años 6 meses). El crecimiento se inicia de manera más tardía que las niñas. – Puede importarle más su cuerpo y su imagen corporal. – Consultar las dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales respecto al desarrollo puberal del niño o niña.
Actividades lúdicas y recreativas	<ul style="list-style-type: none"> • Promover actividades lúdicas y recreativas según los intereses y horarios de cada niño o niña. • Fomentar la participación en actividades grupales que permita conocer a otros niños y desarrollar habilidades de colaboración, trabajo en equipo, escucha activa, resolución de conflictos, reconocimiento, cuidado de otros, diálogo, respeto ante la diversidad, entre otros. • Fomentar la realización y/o participación en actividades que promuevan la salud mental y generen hábitos de escucha y atención interna como: descanso, focalización, mandalas, yoga, meditación, etc.
Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Control de salud una vez al año. • Control de salud bucal una vez al año.

BANDERAS ROJAS DEL CONTROL DE SALUD INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas.

SEÑAL DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Eutrófico con 2 o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a un taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). • Elaborar un plan trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Malnutrición por exceso	<p>Control de 5 años:</p> <p>Sobrepeso y obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable • Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). • Derivar a Nutricionista para una atención en un plazo no mayor a 1 mes. <p>Control de 6 años o más:</p> <p>Sobrepeso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable • Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). <p>Obesidad y/o perímetro de cintura \geq p90 y/o acantosis nigricans sin factores de riesgo familiar (antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos: obesidad, dislipidemia, DM2, IAM o ACV antes de los 55 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable • Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). • Derivar a médico/a para evaluación y solicitud de exámenes (perfil lipídico y glicemia en ayunas) orientados a descartar síndrome metabólico. <p>Obesidad y/o perímetro de cintura \geq p90 y/o acantosis nigricans con factores de riesgo familiar (al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos: obesidad, dislipidemia, DM2, IAM o ACV antes de los 55 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. • Realizar consejo breve en estilos de vida saludable • Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). • Derivar a médico/a para evaluación y solicitud de exámenes (perfil lipídico y glicemia en ayunas) orientados a descartar síndrome metabólico. • Derivar a Programa Vida Sana, para recibir intervención multidisciplinaria de atenciones individuales, grupales y sesiones de actividad física (Duración 4 meses) u otro programa o profesional según oferta local.

<p>Malnutrición por déficit</p>	<p>Riesgo de desnutrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a en un plazo de 1 mes para evaluación de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento en -1DS para el diagnóstico de riesgo de desnutrir en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. Descartar patología orgánica. Descartar conductas de riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria. Realizar consejo breve de alimentación y actividad física. Generar eventuales derivaciones a atención psicosocial, nutricional y/o a nivel secundario. En menores de 6 años derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. <p>Desnutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a, recolectando la siguiente información para anexar a la derivación: <ul style="list-style-type: none"> Contexto psicosocial familiar y del entorno, para la elaboración de plan de trabajo consensuado con la familia, y cuando sea necesario reunión del equipo de cabecera, derivación a asistente social y/o vinculación con la red ChCC. Historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. En menores de 6 años: derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará a PNAC de refuerzo (menores de 6 años) y elaborará un plan de intervención. En menores de 6 años: derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
<p>Alteración en la Talla</p>	<p>Talla baja (≤ 2 DS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, retardo mental, crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < -3 DS o alteración de las proporciones corporales. <p>Talla alta (≥ 2 DS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico/a para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación la existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.
<p>Sospecha de Presión arterial elevada (anexos 16 y 17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial elevada, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma presión arterial elevada, derivar a Médico/a de APS, indicar tratamiento no farmacológico (alimentación saludable, actividad física, manejo del sobrepeso u obesidad) y re-evaluar en 6 meses por método auscultatorio. Si en el 2° control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 6 meses. Si en el 3° control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, derivar a especialista en nivel secundario (nefrología infantil). Si PA se normaliza, volver a evaluación anual de PA en CSI.

Sospecha de Hipertensión arterial Etapa I (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa I, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña se encuentra asintomático, iniciar tratamiento no farmacológico y re-evaluar PA en 1 a 2 semanas. Si el niño o niña se encuentra sintomático, derivar a Servicio de Urgencia para descartar crisis hipertensiva. Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 1 o 2 semanas), la PA persiste en Etapa I, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 3 meses. Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 3 meses), la PA persiste en Etapa I, derivar a especialista (nefrología infantil). En nivel secundario, realizar confirmación diagnóstica y evaluar iniciar tratamiento farmacológico.
Sospecha de Hipertensión arterial Etapa II (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa II, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña se encuentra asintomático, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, iniciar tratamiento no farmacológico y derivar a médico/a para derivar de forma inmediata a especialista del nivel secundario (nefrología pediátrica) en un plazo máximo de 1 semana. Si el niño o niña se encuentra sintomático, o PA 30mmHg por sobre p95 derivar inmediatamente a Servicio de Urgencia.
Estilos de vida no saludables	Alimentarios o actividad física: <ul style="list-style-type: none"> Realizar consejo breve familiar, evaluando etapas del cambio⁵ y modelo de creencias en salud. Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad.
Presencia de alteraciones al examen bucal y/o detección de factores de Riesgo de enfermedades bucales	<ul style="list-style-type: none"> Si no está en control odontológico, derivar. Revisar resultados de valoración de factores de riesgo de enfermedades bucales en Pauta CERO y entregar estrategias de prevención básicas y reforzadas a cuidadores y familiares, y reforzar hábitos: <ul style="list-style-type: none"> No succión de dedos, no onicofagia. Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales y antes de dormir. Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, reforzar razones para el retiro. Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta. Incentivar consumo de agua potable (Chile tiene agua fluorada). Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas, debe Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.
Alteraciones de la visión o audición	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a en caso de alteración de la agudeza visual (2 o más líneas de diferencia en ambos ojos y/o 5 años menor a 20/40 o 6 a 9 años menor a 30/30), rojo pupilar alterado (leucocoria o asimetría), sospecha de estrabismo, ptosis. Derivar a médico/a en caso de sospecha de alteración en la audición
Alteraciones ámbito socio emocional	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar indicaciones del ámbito socioemocional, según área detectada. Si se sospecha que la alteración del desarrollo socioemocional está asociada a problemas o trastornos de salud mental, seguir las acciones para la bandera roja de problemas de salud mental.

⁵ Ver página 18–20 "Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)" y Capítulo 6 Fases de la Consejería" de la Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes (2011).

Problemas de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar si el niño o niña se encuentra en tratamiento por salud mental en la red asistencial. • Derivar a consulta de Salud Mental ante la sospecha de alguno de los siguientes problemas de salud mental comunes en este período: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de conducta - Trastorno de ansiedad de separación. - Trastorno de ansiedad generalizada. - Bullying y matonaje. - Trastornos del Espectro Autista o profundos del desarrollo - Trastornos de la conducta alimentaria. - Otros problemas de salud mental. • Derivar a control de salud mental cuando el PSC se encuentre alterado. <ul style="list-style-type: none"> - Ante sospecha de problemas o trastornos de salud mental se puede derivar al Programa de Apoyo a la Salud Mental infantil en las comunas donde se implementa para realizar evaluación diagnóstica integral (EDI) y valorar pertinencia de intervención de salud mental en la APS.
Consumo de alcohol y/o drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a para confirmación diagnóstica. El médico/a que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES "Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años" al tutor y completar dos copias del "formulario de constancia al paciente GES"; una para el Centro de Salud y otra para la familia.
Presencia de síntomas de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a ante cualquier sospecha de enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> - Afecciones respiratorias: Tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad. - Alteraciones genitourinarias y genitanales: enuresis, encopresis, vulvovaginitis, balanitis, dolor al orinar, sospecha de parasitosis, picazón anal o genital, deposiciones o escurrimiento fecal, criptorquidia o hernias o fimosis - Presencia de adenopatías: si tienen un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria derivar a médico/a para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario. - Nevos adquiridos: si es asimétrico, con bordes irregulares, color heterogéneo o diámetro mayor a 6 mm o va acompañado de picazón o sangrado, derivar a médico/a para eventual derivación a dermatología. - Signos de infección, inflamación o reacciones granulomatosas de zona de tatuajes, aros y/o piercing.
Signología obstructiva	<p>Sibilancias u otro signo de asma bronquial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar a médico/a de APS para confirmación diagnóstica dentro de los siguientes 20 días. Inicio del tratamiento dentro de los 30 días siguientes luego de la confirmación diagnóstica. • El médico/a que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES "Asma bronquial moderada o grave en menores de 15 años" al tutor y completar dos copias del "formulario de constancia al paciente GES"; una para el Centro de Salud y otra para la familia. • Si requiere atención con especialista, dar acceso dentro de los siguientes 30 días posteriores a la derivación por el médico/a APS. <p>Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si duran más de 15 segundos, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación.
Constipación	<ul style="list-style-type: none"> • En niños y niñas mayores de 9 meses, ante deposiciones duras, dificultad para defecar, sangrado, disminución en la frecuencia deposiciones, derivar a médico para evaluación y eventual tratamiento. <p>Un caso de un niño o niña con historia de constipación que presente: vómitos, distensión abdominal, fiebre, decaimiento, compromiso del estado general, derivar a servicio de urgencia.</p>

Sospecha de cardiopatía congénita	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta a cardiología infantil o pediatría con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 180 días (6 meses), por sospecha de enfermedad AUGE (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tuberosa	<p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas sollevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Alteraciones musculoesqueléticas	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a médico/a o traumatólogo infantil en caso de: <ul style="list-style-type: none"> Pie plano patológico, pie cavo, genu valgo patológico o genu varo. Alteraciones estructurales de columna. Asimetría o claudicación en la marcha: Si la cojera es de reciente inicio, evaluación médica inmediata y eventual derivación a urgencia. Indicar en realización de ejercicios isométrico, para fortalecimiento de grupos musculares relacionados a la alteración pesquisada. Educación para la corrección de posturas viciosas.
Pediculosis	<ul style="list-style-type: none"> Indicar tratamiento: a la familia (todos los que viven bajo el mismo techo), aunque no tengan parásitos evidentes. Utilizar como primera línea una loción de permetrina al 1% durante 6 horas, eventualmente si no estuviera disponible se puede usar un champú de dimeticona al 4 %, seguir instrucciones de aplicación del producto del fabricante. Como complemento, se puede enjuagar el cabello con una mezcla de 1 cucharada sopera de vinagre disuelta en un litro de agua y pasar un peine metálico especial para desprender liendres. Cambiar y lavar la ropa de cama, peines y peluches con agua caliente (sobre 60 grados). Repetir la aplicación después de 7 días. Indicar NO utilizar lindano, parafina, bencina, aguarrás, repelente de insectos, etc., porque estos productos son tóxicos para el niño o la niña y pueden tener efectos adversos.
Dermatitis atópica o alérgica	<ul style="list-style-type: none"> Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia, hidratación diaria con crema hipoalergénica, idealmente ropa 100% de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, con buen enjuague, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.).
Desarrollo puberal precoz	<p>Niñas menores de 8 años y niños menores de 9 años con Tanner II o mayor (vello púbico, crecimiento mamario o testicular) y niñas menores de 10 años con menstruación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para confirmación diagnóstica y derivación a nivel secundario. <p>Presencia de olor axilar antes de los 6 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para confirmación diagnóstica de adrenarquia precoz y eventual derivación a nivel secundario.

Inasistencia permanente al colegio	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar en las razones y cuáles serían los factores que facilitarían su incorporación al sistema escolar • Contactar a Asistente Social del CES para vinculación alertar al Departamento de Educación Municipal respecto al caso.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. • Determinar el riesgo vital del niño o la niña. • Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> - En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores" (21). - En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
Calendario de vacunas atrasadas	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene vacuna de 1º básico (niños y niñas que cursan 2º básico): <ul style="list-style-type: none"> - Consejo breve respecto a los beneficios individuales y responsabilidad social asociada a la vacunación. - Derivar al vacunatorio del Centro de Salud para administración de vacuna.
Otros problemas psicosociales – determinantes sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con el equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc.) en caso de pesquisar o sospechar: <ul style="list-style-type: none"> - Violencia Intrafamiliar. - Pobreza. - Hacinamiento. - Problemas de salud mental en los padres - Consumo de alcohol y drogas en miembros de la familia. - Miembro de la familia con enfermedad grave/discapacidad. - Problemas judiciales en miembros de la familia. - Cesantía. - Ausencia de uno de los padres. - Baja Escolaridad de los cuidadores. - Delincuencia en el barrio. - Convivencia con adultos externos al grupo familiar. - Redes de apoyo social escasas.



3.3. SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL EN SITUACIONES ESPECIALES

3.3.1. ABORDAJE DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS

En Chile, la mortalidad infantil ha ido disminuyendo en forma considerable gracias a los avances en salud y a la mejoría en condiciones y calidad de vida de la población; urbanización, acceso a agua potable, educación y cuidados profesionales durante la gestación. Sin embargo, hoy se vuelve más difícil disminuir la mortalidad infantil, dada la complejidad asociada de los problemas de salud y prematuridad que afectan a los niños y niñas que fallecen.

Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que se refleja no solo en el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros (29). La prematuridad se asocia a mayor riesgo de secuelas biopsicosociales, lo que implica realizar estrategias no solo en la disminución de la morbimortalidad de este grupo, sino en mejorar su calidad de vida y disminuir las secuelas.

i. Clasificación de niños y niñas de pretérmino

Un niño o niña prematuro/a, es aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación. Los/las RN pueden clasificarse de acuerdo con variables como el peso y la edad gestacional. En Chile, aproximadamente el 10% de los/las RN son prematuros, de los cuales el 90% posee un peso adecuado, un 6% es Recién Nacido de Bajo Peso de Nacimiento (RNBPN), un 1% es Recién Nacido de Muy Bajo Peso de Nacimiento (RNMBPN) y un 0,4% es de Extremo Bajo Peso al Nacer (EBPN) (30).



Fuente: Manual Operativo de Lactancia Materna, MINSAL, 2018

Tabla III - 8. Clasificación de recién nacido/a según edad gestacional.

CLASIFICACIÓN	EDAD GESTACIONAL
Recién Nacido/a Prematuro Extremo	< 32 semanas
Recién Nacido/a Prematuro Moderado	32 a 33+6 semanas
Recién Nacido/a Prematuro Tardío	34 a 36+6 semanas

Fuente: Perret & Cols, 2020 (30).

Tabla III - 9. Clasificación de recién nacido/a según peso de nacimiento.

CLASIFICACIÓN	PESO DE NACIMIENTO
Recién Nacido/a con Extremo Bajo Peso de Nacimiento (EBPN)	< 1.000 gramos
Recién Nacido/a de Muy Bajo Peso de Nacimiento (RNMBPN)	< 1.500 gramos
Recién Nacido/a con Bajo Peso de Nacimiento (RNBPN)	< 2.500 gramos

Fuente: Perret & Cols, 2020 (30).

Tabla III – 10. Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional según curva de crecimiento intrauterina.

CLASIFICACIÓN	CURVA DE CRECIMIENTO INTRAUTERINA
Recién Nacido/a Grande para la Edad Gestacional (GEG)	> p90
Recién Nacido/a Adecuado para la Edad Gestacional (AEG)	Entre p10 y p90
Recién Nacido/a Pequeño para la Edad Gestacional (PEG)	< p10

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIFE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL (31).

Los prematuros PEG tienen peor pronóstico que los AEG. A largo plazo, presentan mayores problemas de crecimiento, desarrollo y riesgo de enfermedades crónicas en la etapa adulta.

Para la clasificación de los niños y niñas de pretérmino se ha determinado modificar la definición de prematuro extremo ya que, a nivel internacional, esta nomenclatura se usa para los menores de 28 semanas o para los menores de 1.000 g.

De esta forma, la definición sería acorde a lo descrito en la tabla III – 11:.

Tabla III – 11. Clasificación según edad y peso en prematuros.

CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN
RN de Muy Bajo Peso de Nacimiento	Niños y niñas menores de 1.500 g o de 32 semanas de edad gestacional.
RN Prematuro Moderado	Niños y niñas \geq de 1.500 g, nacidos entre 32 y 33+6 semanas de edad gestacional.
RN Prematuro Tardío	Niños y niñas \geq de 1.500 g, nacidos entre las 34 y 36+6 semanas de edad gestacional.

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIFE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL (31).

RN de Muy Bajo Peso de Nacimiento

Los RN prematuros extremos y menores de 1.500 g representan entre el 1 al 2% de los nacimientos en Chile y constituyen la población incorporada al “Programa de seguimiento del prematuro y al Plan de alimentación complementaria del prematuro”. Este grupo presenta mayor riesgo de secuelas, tales como: displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, hemorragia intraventricular y problemas del neurodesarrollo como parálisis cerebral, retraso mental, trastornos sensoriales aditivos o visuales, entre otros (32).

El subgrupo menor de 28 semanas de gestación concentra mayor morbilidad y alto riesgo de secuelas neurológicas y sensoriales. Su hospitalización es prolongada, generalmente más de 2 meses. En ellos, es más frecuente la displasia broncopulmonar y, algunos de ellos (entre el 10 y el 15%), requieren oxígeno domiciliario. Los RNMBP presentan mayor riesgo de hospitalización por cuadros respiratorios en el primer año de vida (32).

Alcanzar lactancia exclusiva o predominante, es una intervención clave para prevenir la morbilidad en este grupo. Para lograrla se debe evaluar de manera integral al niño o niña, lo que permitirá diseñar un plan de acción individualizado. Las acciones iniciales deberán estar focalizadas en el contacto piel con piel o técnica canguro y en la estimulación de la secreción y extracción precoz de leche en la madre.

Este grupo de niños y niñas tienden a tener problemas nutricionales, siendo estos con mayor frecuencia por déficit. Para prevenir problemas del neurodesarrollo, se recomienda realizar habilitación temprana e intervención oportuna en caso de requerirlo. Algunos necesitarán rehabilitación con terapia neurokinésica y un seguimiento más estrecho luego del alta.

El subgrupo entre 28 y 31 semanas de gestación, tiene importante morbilidad intrahospitalaria, menor mortalidad y riesgo moderado de secuelas neurológicas y sensoriales, comparado con el subgrupo anterior. También presentan alto riesgo de hospitalización post alta por cuadros respiratorios.

Las intervenciones orientadas a optimizar la lactancia materna, resultan más exitosas. Este grupo evoluciona muy variable en lo nutricional, dependiendo del peso de nacimiento. Los RN pequeños para la edad gestacional (PEG), tienen más riesgo por déficit y los adecuados para la edad gestacional (AEG) más riesgo por exceso durante el desarrollo. En todos ellos, el aporte nutricional debe ser vigilado estrechamente (33).

RN Prematuros Moderados y Tardíos

Los RN prematuros moderados y tardíos requieren de una estrategia de seguimiento diferente a la de los niños y niñas de término, que debe ser realizado por médico o un equipo de salud capacitado en control de recién nacidos/as en la APS. De esta manera, se podrá diagnosticar oportunamente problemáticas tales como; insuficiente incremento ponderal, ictericia o cardiopatías, entre otros.

Edad Corregida en Niños y Niñas de Pretérmino

Dado que los prematuros presentan inmadurez en diferentes aspectos de su desarrollo, es necesario corregir su edad cronológica, para realizar una evaluación que se ajuste a las condiciones presentes al momento de nacer.

Para distinguir las acciones que deben realizar los equipos de salud, se utilizará la clasificación que se describe a continuación (tabla III – 12).

Tabla III – 12. Clasificación de niños y niñas prematuros/as y corrección de edad.

CLASIFICACIÓN	CRITERIO	CORRECCIÓN DE EDAD ⁶
RN Muy Bajo Peso de Nacimiento	Menor de 1.500 g o menor de 32 semanas de gestación	Hasta los 24 meses de edad corregida
RN Prematuro Moderado	32 a 33+6 semanas y > 1500 g	Hasta los 12 meses de edad corregida
RN Prematuro Tardío	34 a 36+6 semanas y ≥1500 g	Hasta los 6 meses de edad corregida

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIFE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL, 2021 (31).

El cálculo para corregir edad en prematuros consiste en restar a la edad cronológica (edad que tiene desde que nació), el número de semanas de diferencia entre el nacimiento y la fecha probable de parto (FPP), la que se calcula estimando las 40 semanas de edad gestacional.

Para corregir la edad de un prematuro, es necesario tener un calendario para contar los días precisos que el niño o la niña ha cumplido. Los cálculos de edad corregida se realizan en días, pero su interpretación se hace en semanas cumplidas.

Ejemplo: RN que nace entre las 31+1 hasta las 31+6 semanas se considera de 31 semanas

⁶ Cumplida la edad corregida máxima, los CSI se realizan de acuerdo a la edad cronológica del niño o niña.

ii. Seguimiento en APS

En el caso de los RNMBPN, su seguimiento se realiza en los niveles primario y secundario de manera articulada. Para los RN moderados y tardíos, se realizan los controles habituales en APS con consideraciones particulares para este grupo de la población.

Visitas domiciliarias integrales (VDI)

Se recomiendan visitas domiciliarias integrales a RNMBPN y a casos particulares de los moderados y tardíos, los cuales estarán a cargo de la atención primaria.

Las VDI deben ser indicadas según los riesgos detectados y requerimientos de la familia. Sin embargo, es de vital importancia que, de forma previa al alta de la Neonatología, el equipo de APS visite a la familia, por lo que se requiere articulación con las unidades Neonatales. De esta forma, es posible evaluar las condiciones del grupo familiar y del hogar para recibir al niño o niña prematuro y así orientar y asesorar a la familia en las medidas de cuidado. Los hallazgos de la VDI deben ser reportados a la asistente social del nivel terciario y al equipo tratante en nivel secundario.

Control de Salud de Ingreso

Los RNMBPN deben ser ingresados a control en el nivel secundario dentro de las 48 a 72 horas post alta del hospital, mientras que en el nivel primario dentro de los 7 a 10 días del alta. Es vital que en dichas actividades ambos niveles corroboren que la familia conoce y sabe cómo será el esquema de controles y las razones de ello.

Los niños y niñas prematuros moderados deben ser ingresados a APS dentro de los 3 a 5 días post alta de la neonatología o maternidad, y los prematuros tardíos entre las 48 a 72 horas, dado que generalmente este último grupo es dado de alta al igual que los niños y niñas de término. Sin embargo, podrían presentar dificultades que no están presentes en los RN de término, tales como: dificultades en la instalación de la LM, hipoalimentación, hiperbilirrubinemia, entre otros.

Una vez realizado el control de ingreso, los controles de salud deben guiarse por los contenidos establecidos en el control estándar más próximo a la edad corregida del niño o la niña, incluyendo, en algunas edades específicas, algunas actividades que deben realizarse según edad cronológica.

Si bien la pesquisa de enfermedades metabólicas debe realizarse en forma universal, para el control de ingreso de los niños de pretérmino, es importante que el equipo de salud se encuentre al corriente de la toma de muestra de Fenilketonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC).

En los prematuros de 36 o 37 semanas de gestación, la muestra de sangre se debe tomar al séptimo día de edad, siempre que se encuentre con alimentación por leche materna o fórmula artificial por al menos 24 horas previo al examen. No se debe esperar al momento del alta.

En las/los recién nacidos/as de 35 semanas de gestación o menos, se deberán recolectar dos muestras, la primera a los 7 días y una segunda muestra a los 15 días de vida, ya que se ha demostrado que el valor de TSH en prematuros se encuentra disminuido debido a la inmadurez, lo que podría producir un falso-negativo. Recordar que en recién nacidos/as de 37 semanas, la muestra debe ser tomada desde las 40 horas de vida cumplida, idealmente a partir de las 48 horas. El examen debe ser recolectado lo más cercano al momento del alta y en lo posible antes del 7º día de vida.

Controles de Salud de Seguimiento

A partir de las 40 semanas de edad gestacional corregida, los controles de salud programados para el RNMBPN están diseñados para que los niños y niñas sean evaluados en paralelo, pero coordinadamente, por el nivel secundario y primario. Los controles realizados en la APS deben incluir todos los contenidos del control de salud infantil estándar de la edad más próxima, incorporando complementariamente algunas evaluaciones o considerando antecedentes específicos para este grupo.

Hasta los 24 meses, los RNMBPN deben ser evaluados por edad corregida. Sin embargo, existen algunas actividades de la Supervisión de Salud, que deben ser realizadas según edad cronológica, las cuales se detallan en la tabla III-13.

Tabla III – 13. Actividades de la Supervisión de Salud a niños y niñas prematuros, según edad corregida o cronológica.

ACCIÓN		EDAD	CORREGIDA/CRONOLÓGICA
Vacunación APS		Según calendario PNI	Edad cronológica, con consideraciones particulares
Protocolo de evaluación neurosensorial		1 mes	Edad corregida
Radiografía de pelvis		3 meses	Edad corregida
Escala Edimburgo (Madre)		2 y 6 meses	Edad cronológica
Test del DSM	De los 8 meses	8 meses	Edad corregida EEDP
	De los 18 meses	18 meses	Edad corregida EEDP
	De los 36 meses	36 meses	Edad cronológica TEPSI
Entrega de material educativo Chile Crece Contigo		Según calendario de controles	Edad cronológica
Incorporación de alimentación complementaria		6 meses	Edad corregida
Consulta nutricional		5 meses	Edad corregida
Inicio de suplementación con vitamina D, hierro y zinc		Al ingreso APS	-
Término suplementación con zinc		Al inicio de la alimentación complementaria	Edad corregida
Término suplementación con vitamina D y hierro		12 meses	Edad corregida

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIFE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL (2019).

Consulta Nutricional

- **Consulta nutricional universal de los 5 meses:** debe ser realizada a los 5 meses de edad corregida. En algunos casos muy particulares será necesario incorporar antes de los 6 meses la alimentación complementaria, por lo que esta consulta es necesaria para promover un estilo de alimentación y vida saludable.
- **Consulta nutricional de los 3 años y 6 meses:** será realizada en la *edad cronológica*, al igual que el resto de los niños y niñas de término.

Los niños y niñas prematuros moderados o tardíos, podrían eventualmente recibir una consulta desde el poli de prematuros, según las indicaciones entregadas en el nivel terciario de salud o los requerimientos detectados por el nivel primario.

iii. Consideraciones adicionales en el seguimiento de niños y niñas prematuros

Apoyo precoz a la lactancia materna

En los servicios de neonatología se deben realizar todos los esfuerzos para un adecuado comienzo e instalación de la lactancia materna. En la atención primaria de salud, es fundamental realizar seguimiento precoz y apoyo mediante Consultas de Lactancia Materna.

El equipo de salud y psicosocial debe acompañar (hospitalización y seguimiento al alta) a la madre, durante el proceso de lactancia, puesto que puede sentirse insegura o manifestar malestar psicológico, condiciones que impactarán en su salud integral, así como en la instalación y duración de la lactancia materna.

Alimentación

Nutricionalmente, para este grupo la mejor opción es la lactancia materna, idealmente exclusiva. Esto contribuye a que el desarrollo extrauterino siga adelante de una forma más fisiológica. Cuando el niño o la niña sea dado de alta sin lactancia materna exclusiva o parcial, debe fomentarse la derivación a instancias de apoyo en atención primaria (clínica de lactancia materna) para relactar o aumentar el porcentaje de leche materna recibida, en un contexto de apoyo a la madre.

Los prematuros y las prematuras generalmente tienen riesgo de hipoalimentación, por ausencia o agotamiento de la succión deglución y problemas del tono muscular, con succión ineficiente al pecho. Al ser ingresados en APS, este grupo puede requerir un especial apoyo para la lactancia, que puede incluir extracción de leche y administración idealmente sonda al pecho o sonda al dedo y acompañamiento en clínica de lactancia frecuente.

Los volúmenes de aporte diario recomendado son de 180 a 200 ml/kg/día, pero si el niño o la niña está en recuperación nutricional, por restricción del crecimiento intra o extrauterino, puede requerir mayor volumen. Es deseable que el aporte sea a libre demanda.

En caso de que presente morbilidad asociada que limite su aporte de volumen, o si el volumen de consumo es bajo (menor de 150 ml/kg/día en los primeros meses) y el crecimiento no es óptimo, se puede preparar la alimentación con fórmula láctea ligeramente más concentrada, al 15 o 16% en vez del 10% o 7,5% que es lo habitual, evaluando la respuesta.

En relación con la alimentación complementaria, es importante mencionar que este grupo presenta un mayor riesgo de malnutrición por exceso durante la edad preescolar, escolar y adulta. Además, muchas veces los niños y niñas prematuros han sido sujetos de estrés intrauterino que los lleva a mecanismos de ahorro, aumentando su riesgo de enfermedades crónicas en la adultez (HTA, diabetes mellitus 2). Es por lo que la indicación de la alimentación complementaria debe considerar estos factores, enfatizar en no sobrealimentar y mantener una dieta saludable y no adelantar la introducción de alimentos. También es importante reforzar la actividad física y juegos activos en este grupo. Se aconseja la introducción de alimentos basándose en los signos de madurez física y de preparación para ser alimentados que muestra el niño o la niña, esto se produciría aproximadamente entre los 4 y 6 meses de edad corregida.

Es habitual que las familias de niños y niñas prematuros o con niños y niñas PEG tiendan a la sobreprotección y a premiar con alimentos o sobrealimentar. Se debe reforzar la importancia específica de mantener un peso normal durante toda la vida, por el mayor riesgo de desarrollar enfermedad crónica en la adultez.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) para RNMBPN

Los niños/as prematuros medios y tardíos y sus madres, reciben los mismos beneficios PNAC que los niños y niñas de término, mientras que los RNMBP reciben alimentos diferenciados en cualidad que son específicos a su condición (37):

- **Fórmula Prematuros:** fórmula láctea infantil especialmente diseñada para ser utilizada en la alimentación oral de lactantes prematuros de muy bajo peso al nacer.
- **Fórmula de Continuación:** fórmula láctea infantil especialmente desarrollada para ser utilizada en la alimentación oral de lactantes a partir del sexto mes.

La cantidad de “Alimento complementario para prematuros” que entrega el PNAC, depende de si la alimentación del niño o la niña es a través de Lactancia Materna Exclusiva (LME), Lactancia Materna Predominante (LMP), Fórmula Predominante (FP) o Fórmula Exclusiva (FE), según definiciones propias del programa (37).

Suplementación de vitaminas y minerales

Los niños y las niñas prematuros presentan mayor riesgo de presentar problemas de salud asociados a déficit de micronutrientes. Es por esto que es necesario cautelar las siguientes indicaciones.

- **Indicación de vitamina D:** al igual que en la población general, se debe indicar vitamina D en dosis de 400 UI desde el alta de la neonatología hasta el año de edad corregida.
- **Calcio y fósforo:** no hay evidencia de que sean necesarios altos aportes de calcio y fósforo en los niños y niñas de *pretérmino* después de las 40 semanas de edad corregida y de los 3.000 g de peso. A partir de las 40 semanas de edad corregida, los aportes de calcio y fósforo de las dietas no serán mayores que los recomendados para niños y niñas de término durante el primer año de vida. En los *RNMBP* con lactancia predominante, se deben controlar los niveles plasmáticos de calcio y fósforo en el nivel secundario, por riesgo de raquitismo hipofosfémico.
- **Hierro:** suplementar con 2 mg/kg/día desde el alta de la neonatología hasta el año de edad corregida.
- **Zinc:** en los casos de alimentación con lactancia materna exclusiva, suplementar con 1 mg/kg/día, desde el alta de la neonatología hasta el inicio de la alimentación complementaria.

Indicar a la familia que el Zinc se puede mezclar con las Vitaminas, pero no con el hierro. Por lo que deben ser administradas en momentos diferentes del día.

Crecimiento

El prematuro y la prematura moderada y extrema, presentan una interrupción en su crecimiento que se recupera gradualmente. La circunferencia craneana se afecta menos y se recupera rápido, seguida por la recuperación del peso, mientras que la talla, especialmente en RNMBP, sean AEG o PEG, se recupera a los tres años. Talla bajo dos desviaciones estándar a los 3 años, es indicación para derivar a control con endocrinólogo infantil.

Por la patología neonatal, estos niños y niñas prematuros con frecuencia presentan un deterioro nutricional postnatal que se espera se recupere en las primeras semanas posteriores al alta. La ingesta alimentaria puede ser muy alta, en especial si además ha presentado un RCIU.

Dado que el peso se recupera precozmente y la talla se demora, antes de los 3 meses de edad corregida el incremento del peso es mayor que el incremento de la talla, con un índice ponderal alto. Entre los 3 y 6 meses de edad corregida, hay un ligero menor incremento de peso que adecua el peso para la talla desde los 6 meses en adelante. Esta situación es biológica y no debe interpretarse como desnutrición o falta de ingesta adecuada.

El Recién Nacido de Muy Bajo de Nacimiento (RNMBP) tiende a mantener un peso y talla en rango normal bajo, o levemente bajo respecto a las curvas durante la infancia y adolescencia. Debe vigilarse el incremento del índice ponderal para mantener en rango normal y evitar un mayor riesgo de enfermedades crónicas del adulto. Evitar el sobrepeso y obesidad evaluando peso para la talla es fundamental. Se aconseja utilizar los parámetros indicados en la tabla III - 14:

Tabla III - 14. Velocidad de crecimiento de prematuros hasta los dos años.

EDAD CORREGIDA	PESO (g/día)	TALLA (cm/mes)	CRÁNEO (cm/mes)
1 mes	26-40	3 - 4,5	1,6-2,5
4 meses	15-25	2,3 - 3,6	0,8 - 1,4
8 meses	12-17	1 - 2	0,3 - 0,8
1 año	9-12	0,8 - 1,5	0,2 - 0,4
2 años	4-10	0,7 - 1,3	0,1 - 0,4

Fuente: adaptado de Theriot, 2000 (35).

Inmunizaciones en servicios de neonatología

Las inmunizaciones del PNI para prematuros se describen en la tabla III - 15.

Tabla III - 15. Inmunizaciones en recién nacidos/as de pretérmino y criterio para su administración.

VACUNA	CRITERIO
Hepatitis B	<p>RN > 2000 gramos: administrar vacuna en la atención inmediata post parto o unidad de neonatología, donde se realice atención de trabajo de parto y parto, durante las 24 horas de nacimiento.</p> <p>RN < 2000 gramos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamento estable: bajo criterio médico, dentro de las 24 horas Medicamento inestable: no podrá recibir la vacuna hasta lograr los siguientes criterios: 1) peso > 2000 gramos y 2) estabilización de parámetros, bajo indicación médica RN hospitalizado podrá recibir la vacuna hasta los 7 días post nacimiento. Pasado los 7 días deberá continuar con esquema de vacunación hexavalente a los 2, 4, 6 y 18 meses. <p>Parto extrahospitalario: realizar vacunación dentro de las 72 horas siguientes al nacimiento. En caso de no realizar vacunación dentro de las 72 horas, se deberá iniciar esquema de vacunación según calendario vigente a los 2, 4, 6 y 18 meses.</p> <p>Como hijo de madre HbsAg (+): 1 dosis de vacuna + Ig específica anti VHB im simultáneamente durante las primeras 12 horas siguientes al nacimiento, independiente de peso al nacer o edad gestacional.</p> <p>Posteriormente, deberá completar 4 dosis: 0 - 2 - 4 - 6</p>
BCG	RN con peso ≥ 2000 g.
Hexavalente + Neumocócica conjugada	RN con 2 meses cronológicos. Aplicar si el niño o niña permanece hospitalizado.

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, en base a Resolución exenta N° 1.184, Ley 20.850. 2019; MINSAL 2018 (36); MINSAL 2019 (37).

Además, los niños y niñas de pretérmino pueden acceder a vacunación con Palivizumab (anticuerpo monoclonal contra VRS) a través de la Ley Ricarte Soto, la cual se administra durante el período de alta circulación viral con un máximo de 5 dosis anuales. Los requisitos para acceder son los siguientes (38):

- Niños y niñas menores de 32 semanas de edad gestacional al nacer, o menores de 1.500 g de peso al nacer y su hermano o hermana gemelo/a, que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica.
- Lactantes con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas no resueltas, o cardiopatía cianótica secundaria a cardiopatía de alta complejidad, que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica.

La vacunación debe realizarse según la edad cronológica una vez que el niño o la niña se encuentre estabilizado. Al respecto, debe tenerse en cuenta los siguientes requisitos:

- Los niños y niñas prematuros deben recibir una dosis extra (4 dosis en total) de Vacuna Neumocócica conjugada (2, 4, 6 y 12 meses) para asegurar la respuesta inmune.

Desarrollo Integral

El desarrollo integral de este grupo debe ser seguido cuidadosamente, de modo de velar por el mejor desarrollo de sus potencialidades, considerando la mayor inmadurez presente al nacer. Aunque la mayoría de las funciones evoluciona por maduración biológica, es importante que los padres y cuidadores sepan cómo favorecer y estimular su desarrollo.

Pese al mejor pronóstico actual de los niños y niñas prematuros, la incidencia de déficit cognitivo, parálisis cerebral y trastornos del aprendizaje sigue siendo más alta que en el resto de los recién nacidos.

Entre un 40-80% de los RNMBP presenta alteraciones del tono muscular (hiper o hipotonía). Muchos de estos trastornos se benefician de terapias motoras. Presentan con mayor frecuencia problemas escolares y déficit atencional con hiperactividad, de repitencia, trastornos de aprendizaje y, además, requieren en un 50% apoyo escolar adicional.

Termorregulación

El trastorno de termorregulación, incluye el riesgo de hipotermia y, menos frecuentemente, de hipertermia. La madre debe estar capacitada para el control de temperatura y un manejo adecuado de sus variaciones. El exceso de calor ambiental, en especial la exposición a calor radiante no controlado, puede provocar apneas, tanto en el niño/a prematuro como en aquellos de término, pero el riesgo es mayor a menor edad gestacional.

Ictericia

La ictericia, causada por hiperbilirrubinemia, es un problema que puede ser relevante en niños y niñas prematuros. Actualmente, al estar controlada la enfermedad hemolítica por Rh, el mayor riesgo de kernicterus lo presentan los prematuros(as) tardíos, en especial los GEG, con hipoalimentación, lactancia materna inefectiva e inadecuado manejo de ictericia. El nivel máximo de bilirrubina se produce entre los 5 a 7 días de vida, por lo que el control post alta precoz es muy importante, ya que la bilirrubina puede no estar aumentada al alta de la maternidad.

Salud mental de la madre

Se ha observado 3 veces más riesgo de depresión materna en las madres de niños y niñas prematuros que en los de término, por lo cual es especialmente relevante estar atentos a sintomatología depresiva en la madre, y aplicar la escala de Edimburgo según edad cronológica del niño (2 y 6 meses), para derivación a especialidad según puntaje y flujo establecido.

iv. Seguimiento en el nivel secundario

Para los niños y niñas RNMBPN, paralelamente a los controles de salud integrales en APS, se realiza seguimiento en el nivel secundario, con los especialistas mencionados a continuación:

Seguimiento en Neonatología o Pediatría

Ingreso entre los 3 a 5 días del egreso de Neonatología y a continuación cada 1 a 2 semanas según evolución del Prematuro hasta las 40 semanas de Edad Corregida. Luego a los 3, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses de edad corregida (EC) y anualmente según edad cronológica hasta los 9 años.

Seguimiento en Neurología Infantil

A más tardar a las 40 semanas de edad corregida, el niño o niña debe recibir atención por neurología y hacer seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses de EC y 4 años de edad cronológica. Los niños y niñas con factores de riesgo o con examen neurológico alterado, en cualquier evaluación de nivel secundario, deben derivarse a neurología y a rehabilitación.

Seguimiento en Oftalmología Infantil

El seguimiento oftalmológico contempla control por prematurez extrema y presencia de trastornos oculares:

- *Grupo de alto riesgo:* < 32 semanas y < 1500 g (ROP severo tratado o patología SNC), control anual hasta los 4 años y luego alta.
- *Grupo de bajo riesgo:* < 32 semanas y < 1500 sin ROP o ROP leve (etapa 1 y 2), sin patología SNC y > 32 semanas a los 2 y 4 años.

Es importante recalcar además que se debe cumplir con la pesquisa de Retinopatía del Prematuro (ROP) previo al alta. Si el resultado es anormal, se activará el GES de ROP dentro de las 24 horas después de la confirmación y seguimiento en los casos tratados (GES 57). Dentro de este problema de salud, se encuentra garantizado:

- El tamizaje con fondo de ojo por oftalmólogo dentro de las primeras 4-6 semanas de vida y control seriado oftalmológico hasta lograr la madurez retiniana, la que ocurre alrededor de las 40 semanas de edad corregida.
- La confirmación diagnóstica de toda sospecha de retinopatía, la que debe hacerse dentro de las 48 horas.
- El tratamiento de la ROP, dentro de las 24 horas después de la confirmación.
- El seguimiento en los casos tratados, desde los 30 días y durante la primera infancia.
- El recambio de lentes hasta 2 veces al año.

Seguimiento en Otorrinolaringología (ORL)

Es importante que se debe cumplir con la pesquisa de indemnidad auditiva antes del alta de Neonatología con PEATs (Potenciales Evocados Auditivos de Tronco) o ABR (Auditory Brainstem Response) automatizado. Si el resultado es anormal, se activará el GES de Hipoacusia de 90 días de cobertura para hacer la confirmación diagnóstica (GES 59).

Dentro de las garantías explícitas de este problema de salud para este grupo se realiza:

- El tamizaje auditivo automatizado antes del alta de neonatología.
- La confirmación diagnóstica antes de los 3 meses de edad corregida.
- En los casos confirmados de hipoacusia neurosensorial, se garantiza la implementación con audífonos antes de los 6 meses de edad corregida
- El ingreso a un Programa de Rehabilitación Auditiva antes del año de edad corregida.

El siguiente control de niños y niñas RNMBPN por ORL se hará a los 12 meses de edad corregida y posteriormente a los 3 años con Audiometría. Si está normal se debe dar de alta.

Las derivaciones a otorrinolaringología infantil, se harán en cualquier momento según hallazgo o sospecha de retraso de lenguaje.

La articulación de los controles descritos con aquellos realizados en APS se muestran en la tabla III - 16.

Tabla III - 16. Calendario controles a RNMBPN en el Nivel Secundario y APS.

Edad/Momento		Control APS	Controles Nivel Secundario				VDI APS
			Neonatología	Neurología	Oftalmología	Otorrino-laringología	
Durante la estadía en neonatología y programa seguimiento							X2
Post alta de neonatología 7 - 10 días Ingreso APS	48 - 72 horas		X				
	Ingreso Nivel Secundario						
	X						
Edad gestacional corregida 40 semanas	35 - 39 semanas		X1				
		X	X	X	X		
Edad Corregida	Meses	1	X				
		2	X				
		3	X				
		4	X				
		5	CN3				
		6	X	X	X		
		7					
		8	X				
		9		X			
		10 y 11	X4				
		12	X	X	X	X	X
		15		X			
		18	X	X	X		
		21	X				
		24	X	X	X		
Edad Cronológica	Años	3	X	X			X
		3,5	CN				
		4	X	X	X	X	
		5	X	X			
		6	X	X			
		7	X	X			
		8	X	X			
		9	X	X			
Nivel Primario de Salud		X	Nivel Secundario de Salud				X
<div>1 Se realizan controles semanales o bisemanales desde el alta del nivel terciario hasta las 40 semanas, su frecuencia depende de cada caso y será establecido por el equipo del nivel secundario.</div> <div>2 Se debe realizar una Visita Domiciliaria Integral por el equipo del nivel primario en coordinación con el nivel terciario de salud antes del alta de la Neonatología, para evaluar condiciones del hogar y familiares. El informe de dicha visita debe ser enviado al nivel terciario y también al equipo del nivel secundario que dará seguimiento al niño o la niña.</div> <div>3 Consulta Nutricional (CN) universal de los 5 meses y los 3 años 6 meses, la primera se realiza entre los 4 y 6 meses de edad corregida antes del inicio de la alimentación complementaria y la segunda al igual que el resto, con el objetivo de corregir malos hábitos de vida.</div> <div>4 En el control de salud de los 10 meses de edad corregida, el profesional debe completar 2 hojas PNAC, para recibir beneficio de los 10 a los 11 meses, ya que no se realiza control a los 11 meses.</div>							

- 1 Se realizan controles semanales o bisemanales desde el alta del nivel terciario hasta las 40 semanas, su frecuencia depende de cada caso y será establecido por el equipo del nivel secundario.
- 2 Se debe realizar una Visita Domiciliaria Integral por el equipo del nivel primario en coordinación con el nivel terciario de salud antes del alta de la Neonatología, para evaluar condiciones del hogar y familiares. El informe de dicha visita debe ser enviado al nivel terciario y también al equipo del nivel secundario que dará seguimiento al niño o la niña.
- 3 Consulta Nutricional (CN) universal de los 5 meses y los 3 años 6 meses, la primera se realiza entre los 4 y 6 meses de edad corregida antes del inicio de la alimentación complementaria y la segunda al igual que el resto, con el objetivo de corregir malos hábitos de vida.
- 4 En el control de salud de los 10 meses de edad corregida, el profesional debe completar 2 hojas PNAC, para recibir beneficio de los 10 a los 11 meses, ya que no se realiza control a los 11 meses.

Fuente: elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido/a Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL (2019).

3.3.2. ABORDAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS)

i. Generalidades de la atención en niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud

El concepto NANEAS hace referencia a los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud, en el presente documento se utilizará el término para referirse a los niños y niñas pertenecientes a este grupo. Los NANEAS son “aquellos que tienen el riesgo o la presencia de una condición física, del desarrollo, del comportamiento o emocional de tipo crónica, que requiere de atención de salud especial y en mayor cantidad que lo requerido por el general de los niños (22)”. Son un grupo heterogéneo de niños y niñas, que presentan distintos problemas de salud derivados de la prematurez, malformaciones congénitas, genopatías y/o enfermedades crónicas de la infancia, que impactan en su calidad de vida y la de sus familias. Sumado a eso, cada NANEAS tiene un contexto y redes de apoyo diferentes, por lo tanto, se debe reconocer que cada uno es distinto, de manera de elaborar un **plan de cuidados y seguimiento personalizado y basado en su particularidad, implementando un abordaje acorde no solo con su condición, sino con sus necesidades.**

A nivel nacional, no existen datos específicos respecto a la prevalencia global, ni de las características particulares de este grupo de niños y niñas. Una forma de aproximarse a ellos es por medio de las encuestas nacionales que evalúan dimensiones del desarrollo y de capacidad funcional. En el grupo de edad de 3 años a 3 años 11 meses, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los años 2006 y 2016-17 en niños y niñas con retraso de desarrollo funcional, presentando una disminución de un 25,1% a un 11,4% (23). Una segunda aproximación es a través de la prevalencia de discapacidad. El Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, realizado por SENADIS el año 2015 (24), mostró que cerca del 20% de la población nacional presenta algún tipo de discapacidad, (2.606.914 personas), y que el 5,8% de la población de 2 a 17 años se encuentra en situación de discapacidad, es decir, 229.904 personas.

Respecto al acceso y cobertura del manejo de las condiciones de salud de los niños y niñas del país, existen grupos de NANEAS cuyas necesidades de salud se encuentran total o parcialmente cubiertas por programas específicos (ej. Programa de Prematuros, Programa de Infecciones Respiratorias Agudas [IRA], Programa Asistencia Ventilatoria Domiciliaria Invasiva y No Invasiva [AVI/AVNI], entre otros), sin embargo, una vez que el o la usuario/a cumple la edad límite de cobertura del programa, cesan las prestaciones o debe trasladarse a otro programa, por lo que es un desafío para los equipos de salud continuar trabajado con perspectiva de curso de vida en estas transiciones.

Es habitual que la supervisión de salud de este grupo de niños y niñas sea realizada por estos mismos equipos tratantes, los que habitualmente son grupos de especialistas de centros de atención secundaria y terciaria. Esto, ya que son el equipo que tiene mayor contacto y relación con el niño, niña y su familia, debido al conocimiento de la historia natural de la enfermedad o condición y de las necesidades especiales de cada caso, la disponibilidad de recursos en los niveles de atención de mayor complejidad, y el vínculo afectivo que se crea en la relación entre el paciente, familia y equipo de salud. Esto hace que muchas veces los NANEAS y sus familias no se vinculen a sus centros de atención del nivel primario y, por tanto, no accedan a los beneficios propios de la Atención Primaria de Salud (APS) y de la red municipal. Sin embargo, es en la APS donde se encuentra implementado el Modelo de Salud Familiar para la supervisión de salud de todo niño y niña, ya que promueve un seguimiento biopsicosocial de las familias con un enfoque integral. En este contexto, la integración del nivel primario con el nivel secundario y terciario permite mayores beneficios, obteniendo lo mejor de cada nivel para este grupo y sus familias, además de ofrecer una optimización del uso de recursos de la red de atención en general.

De esa forma, se puede orientar el cuidado en base al **principio de equidad**, independiente de la condición de salud. Así, un niño o niña puede tener una condición de base muy prevalente o, por el contrario, muy infrecuente, y el objetivo del cuidado seguirá siendo intentar satisfacer sus necesidades desde un enfoque integral.

ii. Necesidades y complejidad de NANEAS

A partir de las definiciones disponibles en la literatura de complejidad clínica y de la atención, el equipo de NANEAS del Complejo Hospitalario Dr. Sôtero del Río (NINEAS), en conjunto con un grupo de expertos y el comité de NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría, ha creado una nueva pauta de evaluación de complejidad de NANEAS (anexo 19). Este instrumento, otorga un puntaje según las necesidades y complejidades en atención de salud que tienen niños y niñas.

En la nueva *Pauta de Evaluación de Complejidad de NANEAS*, se establecen 3 tipos de necesidades: cuidados médicos complejos, apoyo respiratorio y ayudas técnicas. De acuerdo con la combinación de estas complejidades, se clasificarán los niños y niñas en complejidad baja, mediana o alta.

- **NANEAS de baja complejidad:** en general corresponde a niños y niñas que se encuentran estables y cuya familia cuenta con herramientas que les permiten ser autovalentes en el cuidado. No presentan alteraciones significativas en funcionalidad y pueden necesitar apoyo o supervisión en actividades de la vida diaria. El equipo acompaña y coordina las distintas instancias de atención en salud, enlaza a redes de apoyo, promueve la salud y detecta precozmente interurrencias o deterioro de la condición de base. La atención se centra principalmente en APS, con un o dos especialistas de seguimiento en atención secundaria.
- **NANEAS de mediana complejidad:** en general corresponde a niños y niñas que se encuentran estables, pero que requieren de cuidados específicos permanentes o frecuentes para realizar actividades de la vida diaria o para superar situaciones de discapacidad. El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado y multidisciplinario para resolver necesidades complejas. En la actual estructura de nuestro sistema público de salud, su atención debería estar ubicada en el nivel secundario de salud: centro diagnóstico terapéutico, o centro de referencia de salud, a cargo de un pediatra o médico familiar que centralice la toma de decisiones, en acuerdo con la familia y el niño/adolescente.
- **NANEAS de alta complejidad:** son aquellos niños y niñas con fragilidad médica extrema y limitaciones funcionales severas y permanentes. Frecuentemente requieren hospitalización por descompensación de su condición de base, de forma transitoria o permanente. Este grupo permanece mucho tiempo al cuidado de un equipo en la atención terciaria, en servicios de neonatología, pediatría, hospitales de cuidados crónicos u hospitalización domiciliaria. En su atención participan múltiples especialidades médicas y otros profesionales de la salud. Este grupo de NANEAS requiere una evaluación periódica de las necesidades que permita flexibilizar el nivel de atención cuando la complejidad varíe, con el objetivo de maximizar el uso de los beneficios de la red de salud.

Para poder definir un plan de cuidados y la participación de los distintos niveles de atención en el cuidado de NANEAS, lo primero es poder identificar a esta población que muchas veces ha sido invisibilizada por los equipos de salud. Además, es fundamental conocer el diagnóstico y el grado de complejidad de niños y niñas; dicho grado de complejidad es dinámico, y puede estar asociado directamente con su condición de base, descompensaciones, secuelas o con alguna condición biopsicosocial agregada.

El equipo de salud de APS tiene un rol privilegiado para realizar el acompañamiento y seguimiento que se les otorga a los niños, niñas y sus familia, acciones y procesos que se facilitan debido al enfoque biopsicosocial, cercanía al domicilio y posibilidad de desarrollar un trabajo con la red comunal y su familia. Es por esto que, se debe continuar avanzando para que todos los niños y niñas con necesidades especiales, independiente de su complejidad o condición, puedan acceder a la supervisión de salud integral correspondiente y acorde a sus necesidades.

iii. Control de Salud Infantil de NANEAS

En el ingreso, se deben realizar todas las actividades atingentes y ajustadas del control de salud infantil estándar correspondiente a la edad, además de integrar acciones específicas de acuerdo con la o las necesidades especiales del niño o niña y su familia. Lo anterior, implica la coordinación con diferentes profesionales del sector. Dentro del ingreso se sugiere un Control de Salud Infantil por dupla médico/a y profesional de enfermería y una consulta nutricional.

Todo niño o niña con necesidades especiales debe tener un ingreso por nutricionista de acuerdo con el diagnóstico de referencia del nivel que corresponda. El profesional elaborará un plan de intervención y se gestionarán las derivaciones pertinentes para evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o estudio complementario, en caso de ser necesario.

Una vez que se han realizado los ingresos correspondientes, el equipo deberá dar seguimiento a niños y niñas, entregando los controles por calendario, a los cuales se les podrá adicionar otros controles o atenciones de salud según lo estime necesario el equipo de salud de cabecera.

En los controles de seguimiento, se monitorea el estado de salud y se van integrando ajustes o replanteamientos del plan de salud diseñado al ingreso. Dentro de estas actividades se encuentran controles de salud, consultas nutricionales, reuniones de equipo y enlaces entre los 3 niveles de atención.

Tabla III – 17. Ingreso de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud.

ACTIVIDAD	PROFESIONAL	RENDIMIENTO TOTAL
Control de Salud Infantil	Enfermera/enfermero y Médico/médica (dupla)	60 minutos
Consulta Nutricional de Ingreso	Nutricionista	45 minutos
Consulta con Dupla Psicosocial	Psicólogo/psicóloga y Trabajador/trabajadora Social	60 minutos

Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral, 2013 (1).

Tabla III – 18. Recomendación de frecuencia mínima, profesional y tiempo de consulta destinado para la supervisión de salud de NANEAS.

			Rendimiento Sugerido		
Actividad		Profesional	Adicional	Estándar	Total
Menor de 2 años	Control de Salud 1 mes*	Médico/a	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 2 meses*	Enfermero/a	+30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 3 meses*	Médico/a	+30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 4 meses*	Enfermero/a	+30 min	30 min	60 min
	Consulta Nutricional 5 meses***	Nutricionista	+ 15 min	30 min	45 min
	Control de Salud 6, 9 y 12 meses*	Médico/a	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 8 y 18 meses**	Enfermero/a	+ 30 min	45 min	1 h 15 min
	Consulta Nutricional (anual)***	Nutricionista	+ 15 min	30 min	45 min
Mayor de 2 años	Control de Salud: 2 años 6 meses; 3 años 6 meses; 4 años 6 meses; 5 años 6 meses; 6 años 6 meses; 7 años 6 meses; 8 años 6 meses; y 9 años 6 meses*	Médico/a	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 años**	Enfermera/o	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 3 años**	Enfermera/o	+ 15 min	60 min	1 h 15 min
	Consulta Nutricional (anual)***	Nutricionista	+ 15 min	30 min	45 min

* Rendimiento adicional sugerido, se agrega al rendimiento habitual del Control de Salud Infantil según edad.

** Se agrega rendimiento adicional sugerido, solo en caso de niños y niñas que puedan ser evaluados con Test del desarrollo psicomotor.

*** Se sugiere que Consulta Nutricional sea realizada de manera anual, con rendimiento adicional sugerido.

Nota: Los controles y rendimientos presentados, se basan en un estándar ideal de atención recomendado por grupo de expertos. Éstos deben ser adecuados a la realidad local.

Fuente: elaborado en conjunto por Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría en base a Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral (2013) (1).

Reunión del equipo con la familia

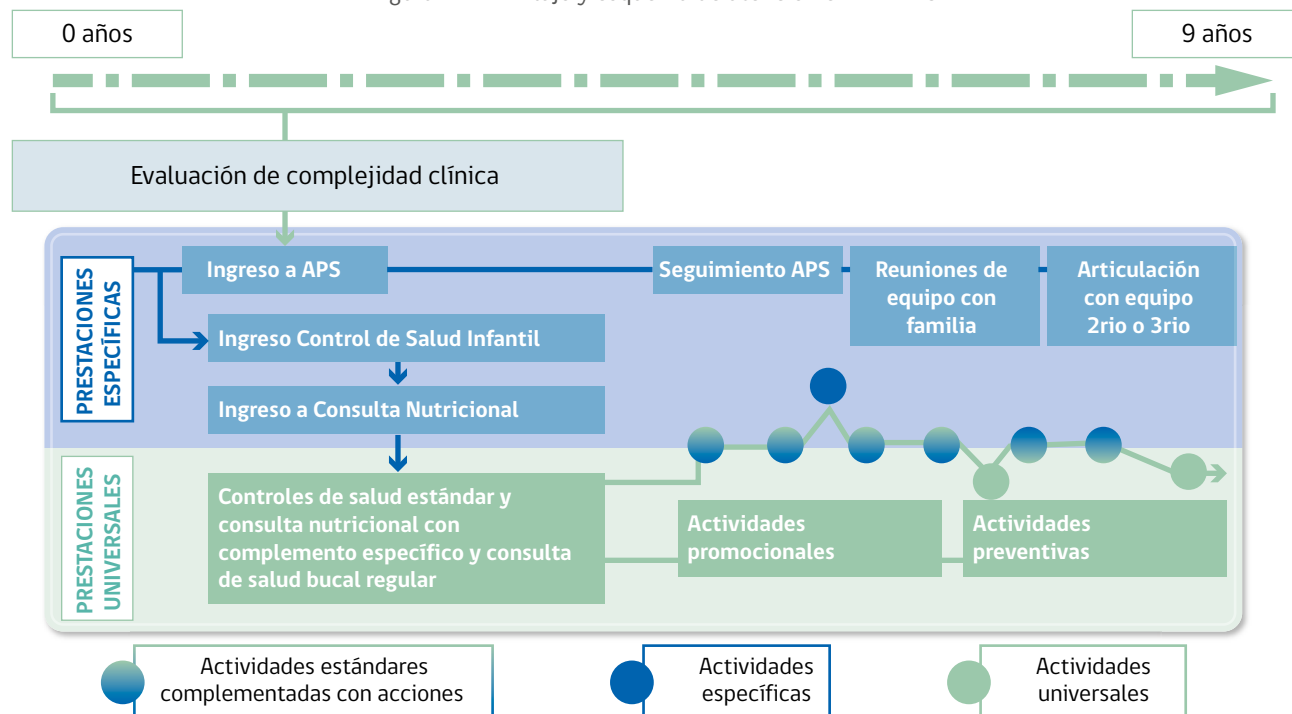
Luego de la evaluación de salud, de acuerdo a la organización de cada centro, al menos una vez al año debiera haber una reunión de equipo multi e interdisciplinario (médico/a, enfermera/o, nutricionista, kinesióloga/o, educador/a, odontólogo/a, asistente social, psicólogo/a y terapeutas si los hubiere en el centro de APS), **en conjunto con la familia**, con el objetivo de delinear los cuidados, planificar el abordaje del niño o la niña, compartir responsabilidades en las decisiones, consentir informadamente sobre los cuidados, fortalecer el vínculo de colaboración entre los profesionales y la familia y facilitar la retroalimentación de la información y de las acciones entre los cuidadores, médicos, otros profesionales de salud y la familia. También esta instancia podrá facilitar la detección de puntos de conflicto o necesidades no satisfechas y también podrá reforzar los avances y situaciones o experiencias positivas. Necesidad de atención por otros profesionales del sector y de articulación con otros niveles de atención.

Tabla III - 19. Estructura de atención de NANEAS.

INGRESO A LA APS	<p>Ingreso a Control de Salud Infantil.</p> <p>Ingreso a Consulta Nutricional.</p> <p>Ingreso con Dupla Psicosocial.</p>
ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE LA SALUD INTEGRAL	<p>Controles de Salud Infantil y Consultas Nutricionales de seguimiento.</p> <p>Reuniones de equipo.</p> <p>Enlace entre atención primaria, secundaria y terciaria.</p>

Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral, 2013 (1)

Figura III - 11. Flujo y esquema de atención en NANEAS.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, 2020.

iv. Niños y niñas con Síndrome de Down

Los niños y niñas con Síndrome de Down (en adelante SD), son aquellos que presentan ciertas manifestaciones clínicas debido a que presentan un cromosoma 21 adicional; es decir, tienen tres cromosomas 21 en vez de dos, lo que se conoce como trisomía 21. Por su condición genética, tienen un riesgo aumentado de presentar distintos problemas de salud que impactan en su calidad de vida y la de sus familias, como, por ejemplo: malformaciones congénitas, hipoacusia, vicios de refracción, hipotiroidismo, discapacidad cognitiva, entre otras.

Consideraciones especiales del recién nacido/a con Síndrome de Down

- **Evaluaciones especiales del recién nacido/a:** a todo recién nacido/a se le deben realizar los siguientes estudios, debido al riesgo aumentado de algunos problemas de salud (tabla III – 20).



Tabla III – 20. Evaluaciones para todo recién nacido/a con Síndrome de Down.

PROBLEMAS DE SALUD	EVALUACIÓN
Confirmación diagnóstica	Cariograma
Hipotiroidismo congénito	TSH, T4 libre, T3
Cataratas congénitas	Rojo pupilar
Poliglobulia, citopenias, trastorno mieloproliferativo transitorio del RN	Hemograma
Hipoacusia sensorioneural	Tamizaje de audición
Cardiopatía congénita	Ecocardiograma Doppler
Atresias intestinales	Corroborar indemnidad del tracto digestivo clínicamente
Trastorno succión-deglución	Evaluación del acople y transferencia de leche
Otras malformaciones congénitas sospechadas por hallazgos ecográficos prenatales	Acorde con los hallazgos, confirmar con ecografía postnatal. Ej.: pielectasia renal, realizar ecografía renal

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

- **Alimentación del recién nacido/a:** la mejor alimentación de todo RN es la leche materna. Sin embargo, existen elementos que pudieran dificultar la lactancia, tales como: la separación del niño o niña con su madre por hospitalización del RN, hipotonía, dificultad en la succión, protrusión de la lengua, tendencia a la somnolencia, presencia de cardiopatía congénita (CC) con insuficiencia cardíaca, o el prejuicio de que los RN con SD no logran amamantar. A pesar de lo anterior, **es posible lograr lactancia con educación, apoyo y acompañamiento a las madres y familias en el pre y postnatal.** Para esto, se hace necesario educar en posiciones de amamantamiento con un adecuado sostén de la cabeza y mentón (mano de bailarina) que faciliten el acople y la succión, educar en ejercicios de succión no nutritiva que favorezcan el tono y succión, así como en capacitar en técnicas de extracción y almacenamiento de leche materna, frente a situaciones de suplementación o no lograr amamantamiento directo (42). Se debe derivar a fonoaudiólogo para educación si existen problemas de succión-deglución.
- **Apoyo a la familia y contacto con otras familias:** los padres y madres de hijos e hijas con SD tienen un mayor riesgo de cursar con trastornos del ánimo y trastornos adaptativos, por lo que, es importante derivar en forma preventiva a salud mental y contactarlos con otros padres/madres o grupos de apoyo que puedan entregarles apoyo y compartir experiencias positivas y reales de lo que es la vida de una persona con SD en la actualidad.
- **Educación sobre estimulación temprana del desarrollo:** los niños y niñas con SD presentan retraso en el desarrollo psicomotor y discapacidad intelectual en grado variable, lo que puede ser modificado al exponer al niño o niña a un ambiente favorable y responsivo para su desarrollo.



Consideraciones especiales en el seguimiento de niños y niñas con Síndrome de Down

Para la calificación nutricional y del crecimiento, de acuerdo con el consenso realizado por Grupo de Expertos en Nutrición, junto a equipos del Departamento de Nutrición y Alimentos de DIPOL y del Programa de Infancia y de Adolescencia de DIPRECE, se utilizará una evaluación integrada entre los patrones OMS 2006 y 2007 y Zemel et al 2015 (43) (anexo 20), de acuerdo con las siguientes indicaciones:

● Calificación Nutricional

Tabla III – 21. Calificación nutricional de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Down.

Calificación Nutricional	< 1 año* (Zemel, 2015)	< 1 año* (OMS, 2006)	Entre 1 años y 5 años 29 días (OMS, 2006)	Entre 5 años 1 mes y 19 años** (OMS, 2007)
Desnutrición	P/E < p10	-	P/T ≤ -2DE	IMC/E ≤ -2DE
Riesgo de desnutrir	P/E ≥ p10 y < p25	-	P/T ≤ -1DE y > -2DE	IMC/E ≤ -1DE y > -2DE
Normal o Eutrófico	P/E ≥ p25 y < p90	-	P/T > -1DE y < +1DE	IMC/E > -1DE y < +1DE
Sobrepeso	-	P/T ≥ +1DE y < +2DE	P/T ≥ +1DE y < +2DE	IMC/E ≥ +1DE y < +2DE
Obesidad	-	P/T ≥ +2DE	P/T ≥ +2DE	IMC/E ≥ +2DE y < +3DE
Obesidad Severa	-	-	-	IMC/E ≥ +3DE

*En los niños y niñas menores de 1 año el indicador P/E es el que determina la calificación nutricional (Zemel, 2015), a excepción de que el indicador P/T (OMS, 2006) sea mayor o igual a +1DE, situación en la cual primará este indicador para calificar sobrepeso u obesidad.

** La corrección de la edad biológica en este grupo no se recomienda.

Fuente: consenso Grupo de Expertos en Nutrición; Departamento de Nutrición y Alimentos, DIPOL y Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. 2021

● Calificación de Peso

Tabla III – 22. Calificación de peso de niños y niñas con Síndrome de Down.

CALIFICACIÓN	Peso/Edad (Zemel, 2015)
Peso por debajo de lo normal	< p5
Normal	≥ p5 y < p95
Peso por sobre lo normal	≥ p95

Fuente: consenso Grupo de Expertos en Nutrición; Departamento de Nutrición y Alimentos DIPOL y Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. 2021

● Calificación Estatural

Tabla III – 23. Calificación estatural de niños y niñas con Síndrome de Down.

CALIFICACIÓN	Talla/Edad (Zemel, 2015)
Talla Baja	< p5
Normal	≥ p5 y < p95
Talla Alta	≥ p95

Fuente: consenso Grupo de Expertos en Nutrición; Departamento de Nutrición y Alimentos, DIPOL y Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. 2021.

● Calificación del Perímetro Cefálico

La calificación del Perímetro Cefálico (PCe) para la edad debe realizarse hasta los 5 años. Queda a criterio profesional, o indicación de especialista, ampliar la edad de seguimiento de este indicador.

Tabla III – 24. Calificación de Perímetro Cefálico de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Down.

CALIFICACIÓN	PCe/Edad (Zemel, 2015)
Microcefalia	< p5
Normal	≥ p5 y < p95
Macrocefalia	≥ p95

Fuente: Consenso Grupo de Expertos en Nutrición; Departamento de Nutrición y Alimentos, DIPOL y Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. 2021

Mediante las herramientas descritas, se espera fortalecer la calificación nutricional de niños y niñas con Síndrome de Down de manera de optimizar su salud integral y manejo nutricional.

En el contexto del acompañamiento de niños y niñas con Síndrome de Down, existen acciones mínimas y prestaciones orientadas a detectar en forma precoz eventuales factores de riesgo o enfermedades que pueden alterar su desarrollo integral y que como profesionales de la salud debemos conocer. En la tabla III – 25, se resumen estas recomendaciones.

Tabla III – 25. Recomendaciones del acompañamiento integral de niños y niñas con Síndrome de Down.

ACCIÓN/PRESTACIÓN EN SALUD	PRENATAL	AL NACER	1 A 12 MESES	1 A 5 AÑOS	5 A 12 AÑOS	12 A 18 AÑOS
Educación para los padres	X (SS y M)	X (SS y M)	X	X	X	X
Cariotipo y genetista	X(E)	X(E)				
Historia y Examen físico		X(C)	X(C)	X(C)	X(C)	X(C)
Crecimiento y nutrición		X*	X*	X*	X*	X*
Evaluación del desarrollo		X(C)	X(C)	X(C) (A)	X(C)	X(C) (R)
Estimulación del desarrollo		X(AT)	X(AT)	X(AT)	X(IE)	X(IE)
Promover autonomía			X	X	X	X
Promover autorreconocimiento				X	X	X
Educación sexual				X	X	X
Cuidado del cuidador			X(Ed)	X(Z)	X(Z)	X(Z)
Vacunas+		X	X(VRS)	X(N)	X	X
Morbilidad asociada	Prenatal	Al nacer	1 a 12 meses	1 a 5 años	5 a 12 años	12 a 18 años
Cardiología	ECGF	ECG y (E)				(E)‡
Gastrointestinal	ECF	MTD (C)	Co/RGE§	Co/RGE§ EC	Co§ EC	Co§ EC
Succión y deglución		X¶	X¶	X**		
Evaluación audición		EOA++	I+ PEAT y (E) 6 meses	I y (E) anual	I+A y (E) c/ 2 años	I+A y (E) c/2 años
Evaluación visión			(E) 6 y 12 meses	(E)	(E) anual	(E) anual
Evaluación dental				(E) desde el año	(E) anual	(E) anual
Hipotiroidismo		HT‡‡	HT‡‡ 6 y 12 meses	HT‡‡ anual	HT‡‡ anual	HT‡‡ anual
Citopenias		Hgma	Hgma 12 meses			Hgma anual en mujeres
Dislipidemia				PL desde los 2 años	PL	PL
Déficit de vitamina D				VD anual	VD anual	VD anual
Rx de columna cervical				3 a 5 años (SCC)		
Estudio del sueño§§				3 a 4 años	X (c/2 años)	X (c/2 años)

Fuente: elaborado por Dra. Macarena Lizama, Dra. M. Ignacia Eugenin y Dra. M. de Los Angeles Paul.

Tabla III – 26. Interpretación simbología tabla 25.

SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
X	Evaluar en cada supervisión de salud	ECGF	Ecocardiograma fetal.
ECG	Ecocardiograma	ECF	Ecografía fetal
MTD	Malformación de tubo digestivo	Co	Constipación
RGE	Reflujo Gastroesofágico	EOA	Emisiones otoacústicas
I	Impedanciometría	PEAT	Potenciales evocados auditivos de tronco
A	Audiometría	EC	Enfermedad celiaca
HT	hormonas tiroideas (TSH y T4libre)	Hgma	hemograma con recuento de plaquetas
PL	Perfil Lipídico	VD	25 OH vitamina D
Rx	Radiografía	(SS y M)	Entrega de cuaderno de supervisión de salud y manual de atención temprana para niños y niñas con Síndrome de Down
(E)	Evaluación por especialista	(C)	Evaluación clínica
(AT)	Atención temprana	(R)	Alerta en casos de adolescentes con regresión del desarrollo
(Ed)	Escala de Edimburgo para depresión postparto	(IE)	Inclusión escolar
(VRS)	Anticuerpos monoclonales contra VRS en casos especiales	(Z)	Escala de Zarit para sobrecarga del cuidador
*	Uso de curvas de crecimiento adecuadas: Curvas de Zemel e IMC/Edad de OMS	(N)	Vacuna neumococo 23 valente adicional
I	En caso de soplo en adolescente sin cardiopatía congénita	+	Vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones
 	En caso de sospecha de EC realizar anticuerpos antitransglutaminasa e IgA	§	Tratamiento oportuno de RGE y Co. Sospecha de Enfermedad de Hirschsprung en Co de difícil manejo o de aparición antes de los 6 meses
§§	PSG o Poligrafía	¶	Orientación en lactancia materna
(A)	Alta sospecha de Espectro Autista	SCC	Según cada caso
**	Videodeglución en sospecha de trastorno de la deglución	‡	TSH – T4 libre – T3

Fuente: elaborado por Dra. Macarena Lizama, Dra. M. Ignacia Eugenin y Dra. M. de Los Ángeles Paul.

v. Niños y niñas en el Espectro Autista

El Espectro Autista (EA) es una condición definida por un compromiso en el neurodesarrollo y una serie de características del comportamiento expresados en una amplia heterogeneidad. Los niveles de funcionalidad abarcan desde niños y niñas sin lenguaje funcional con grave retraso en el desarrollo, hasta aquellos con un desarrollo intelectual normal o por sobre el promedio sin retraso en el lenguaje. A pesar de esta heterogeneidad de manifestaciones, quienes presentan esta condición, pueden compartir dificultades en distintos aspectos como: la comunicación social, la teoría de la mente, la adaptación a los cambios, la integración sensorial; o tener intereses inusuales y restringidos como predilección por la repetición o “insistencia en lo mismo” (44).

Estas manifestaciones pueden ser observables desde edades tempranas, generando dificultades significativas en la interacción y comunicación social, además de la presencia de patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

Los equipos de salud cumplen un rol fundamental en la detección de niños y niñas con alteraciones del desarrollo. La supervisión de salud y cualquier consulta de salud, constituyen una oportunidad ideal para la identificación de señales de alerta del espectro autista, realizando una derivación precoz, con el fin de que niños y niñas reciban una atención e intervención temprana (45).

La evolución del conocimiento del EA, se ha visto reflejada en los avances respecto a las estrategias para favorecer aprendizajes tempranos, mejorar la adaptabilidad y aumentar la calidad de vida de los niños y niñas del EA.

Instrumentos de Detección de Espectro Autista (EA)

Los profesionales que participan en la Supervisión de Salud Integral, deben estar atentos durante todos los contactos con los niños, niñas y sus familias, a las señales de alerta temprana de Espectro Autista (EA). Es relevante señalar que solamente los profesionales con experiencia y formación en EA, pueden diagnosticar correctamente. Lo importante, es detectar las señales de alerta oportunamente e intervenir a través de la estimulación, mientras se construye el diagnóstico (46). En las tablas III – 27 y III – 28 se presentan un listado de señales de alerta para niños y niñas, que se podrían considerar como una sospecha de EA. Estas señales de alerta fueron elaboradas por la mesa de Trastornos del Espectro Autista del Ministerio de Salud, a partir de revisión de evidencia y validación de expertos por medio de metodología DELPHI. 2018.

En aquellos niños y niñas entre 16 a 30 meses que presenten una o más señales de alerta temprana de EA, se les debe aplicar el Cuestionario (primera parte) de Detección del Autismo en Niños y Niñas Pequeños – Revisado (M-CHAT-R/F). En caso de obtener puntaje de riesgo medio en el cuestionario, se debe realizar la Entrevista de Seguimiento (segunda parte), idealmente, en el mismo control de salud, o bien, se debe reagendar lo antes posible para ser realizado por un profesional capacitado en aplicación de M-CHAT-R/F (enfermero/a, psicólogo/a o médico/a). Asimismo, todo niño o niña menor de 16 meses o mayor de 30 meses, con sospecha de EA, debe ser derivado a médico/a de APS para evaluación.

Tabla III – 27. Listado de señales de alerta temprana del espectro autista en niños y niñas menores de 24 meses.

SEÑALES	EDAD: 12 MESES
1.	Preocupación de los padres por déficit en habilidades sociales.
2.	Falta de respuesta al nombre cuando es llamado.
3.	Falta de contacto ocular.
4.	Ausencia de vocalizaciones con fines comunicativos.
5.	Aumento de comportamiento repetitivo y uso atípico de objetos durante la exploración.
6.	Pérdida de lenguaje o habilidades sociales.
SEÑALES	EDAD: 18 MESES
7.	No apunta con el dedo.
8.	Baja respuesta al refuerzo social.
9.	No busca captar la atención de otro sobre un objeto o una situación de su interés (atención conjunta).
SEÑALES	EDAD: 24 MESES
10.	Ausencia de juegos simbólicos.
11.	Falta de interés en otros niños y hermanos.
12.	No repite gestos o acciones de otros.
Las señales de cada edad incluyen las de edades anteriores.	

Fuente: elaborada por la mesa de Trastornos del Espectro Autista del Ministerio de Salud, a partir de revisión de evidencia y validación de expertos a través de metodología DELPHI. 2018.

Tabla III – 28. Listado de señales de alerta temprana del espectro autista en niños y niñas mayores de 24 meses.

SEÑALES	EDAD: >24 MESES
1.	Pérdida del habla o habilidades sociales adquiridas previamente.
2.	Evita el contacto visual.
3.	Demuestra discurso robótico, velocidad inusual.
4.	No comprende chistes, bromas, ni absurdos.
5.	Relación con adultos inapropiada, demasiado intensa o inexistente.
6.	Prefiere jugar o estar solo, con pobre juego imaginario.
7.	Presenta dificultad para comprender los sentimientos de otras personas.
8.	Retraso en el desarrollo del lenguaje.
9.	Invierte los pronombres (decir tú en lugar de yo)
10.	Presenta repetición persistente de palabras o frases (ecolalia)
11.	Manifiesta resistencia a cambios menores en la rutina o el entorno.
12.	Demuestra intereses restringidos.
13.	Demuestra comportamientos repetitivos (aleteo, balanceo, giro, etc.).
14.	Presenta reacciones inusuales e intensas a sonidos, olores, sabores, texturas, luces y / o colores.
15.	Da respuestas no relacionadas con las preguntas que se le hacen.
16.	No comparte intereses con los demás.
17.	Realiza líneas con los objetos y juguetes.

Fuente: CDC (2020) (47); Autism Speak (s/f)(48).

Cuestionario de Detección del Autismo en Niños y Niñas Pequeños – Revisado (M-CHAT-R/F)

Primera etapa: Cuestionario (anexo 21)

El cuestionario es una herramienta fácil de utilizar, con 20 preguntas de respuesta cerrada: “sí” o “no”, que idealmente debe ser completada por el profesional que está realizando el Control de salud, en base a las respuestas de la madre, padre o cuidador/a. Es un cuestionario que indica el RIESGO de EA, no es un instrumento diagnóstico, por lo que requiere de observación y más exploración de la situación o referencia temprana.

Se debe aplicar el cuestionario a las madres, padres y cuidadoras/es de los siguientes grupos:

- Niños y niñas entre 16 y 30 meses que presenten señales de alerta temprana de espectro autista.
- Niños y niñas que acuden a control de salud infantil a los 18 meses, que en la evaluación de desarrollo psicomotor existe alteración en las áreas de lenguaje y/o social.
- Niños y niñas entre 16 y 30 meses que realizan consulta espontánea por sospecha de EA.
- Niños y niñas entre 16 y 30 meses en que existe inquietud de algún profesional del equipo de salud sobre alguna sospecha en su desarrollo que pudieran indicar un posible EA.
- Niños y niñas entre 16 y 30 meses con hermanos, gemelos e hijos/hijas de personas con EA.
- Niños y niñas que no recibieron control a los 18 meses y que en controles posteriores (hasta los 30 meses) existe alteración en las áreas de lenguaje y/o social en evaluación de desarrollo psicomotor.

Segunda etapa: Entrevista de seguimiento (anexo 21)

Esta etapa se lleva a cabo sólo si la puntuación del cuestionario es entre 3 y 7 (Riesgo Medio), y consiste en una entrevista de seguimiento, que debe ser realizada en el mismo momento del control o bien, lo antes posible por un profesional de salud capacitado. En caso de obtener resultado de DERIVACIÓN (2 o + deriva) en la entrevista de seguimiento, debe realizar las coordinaciones necesarias para la derivación a especialista del nivel secundario (psiquiatra infanto-juvenil o neurólogo/a infantil) para confirmación diagnóstica.

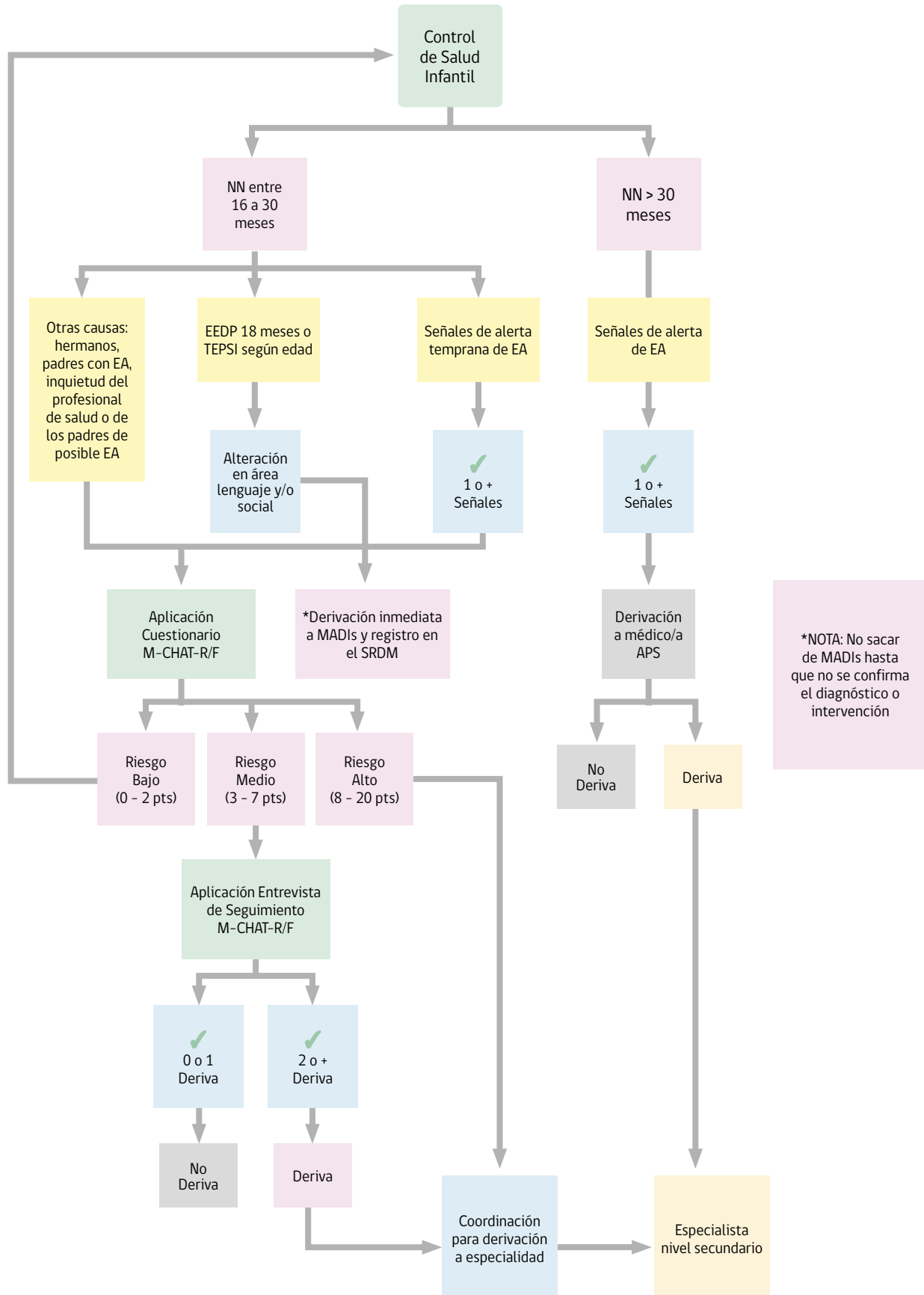
A continuación, se describe el algoritmo que se debe seguir, de acuerdo con los resultados del cuestionario del M-CHAT-R/F (tabla III-29). El flujo correspondiente se encuentra en la figura III - 12.

Tabla III - 29. Algoritmo del Cuestionario del M-CHAT- R/F.

<p>Para todos los ítems, excepto el 2, 5 y 12, la respuesta NO indica Riesgo de EA.</p> <p>Para los ítems 2, 5 y 12, la respuesta SI indica Riesgo de EA.</p> <p>El siguiente algoritmo potencia las propiedades psicométricas del M-CHAT-R/F</p>	
<p>RIESGO BAJO: Puntuación total entre 0 - 2</p>	<p>Si el niño o niña es menor de 24 meses de edad, continuar con controles habituales. Al control de los 2 años aplicar Pauta Breve del DSM, si se detecta alteración en área de lenguaje y/o social, aplicar cuestionario de M-CHAT-R/F en el control y repetir EEDP completo.</p> <p>Ninguna otra medida es necesaria a menos que en la vigilancia del desarrollo se detecten señales de alerta de riesgo de EA.</p>
<p>RIESGO MEDIO: Puntuación total entre 3 - 7</p>	<p>Administrar la entrevista de seguimiento (segunda etapa del M-CHAT-R/F) para obtener información adicional acerca de las respuestas de riesgo.</p> <p>Si la puntuación en la entrevista de seguimiento corresponde a 2 o más, el niño o niña ha resultado positivo, por lo que debe ser derivado a especialista para evaluación y confirmación diagnóstica, y para determinar necesidad de atención temprana.</p> <p>Si la puntuación en la entrevista de seguimiento es de 0 o 1, el resultado ha sido negativo. Ninguna otra medida es necesaria a menos que en la vigilancia del desarrollo se detecten nuevas señales de alerta de riesgo de EA. El niño o niña debe seguir vigilado en futuras visitas al Control de Salud Infantil.</p> <p>*Se debe crear una alerta en la ficha clínica del niño o niña de "Sospecha de alteración del desarrollo" con el fin de dar continuidad al monitoreo.</p>
<p>ALTA RIESGO: Puntuación total entre 8 - 20</p>	<p>Derivar a médico, quien puede prescindir de la entrevista de seguimiento (M-CHAT-R/F) y se debe derivar el caso de inmediato a especialista para evaluación diagnóstica y para determinar la necesidad de intervención temprana.</p>

Fuente: cuestionario M-CHAT Detección del Autismo en Niños Pequeños - Revisado y con Entrevista de Seguimiento. (Robins, D., Fein, D. y Barton, M., 2009).
M-CHAT-R y M-CHAT- R/F Adaptación en Chile: Grupo TEA, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2016.

Figura III – 12. Flujo M-CHAT-R/F.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia y Departamento de Salud Mental, DIPRECE, 2021.



3.3.3. CONTROL DE SALUD INFANTIL AL INGRESO DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS

Profesional	Enfermera/o y/o Médico/a (dupla)			
Instrumentos a aplicar	Escala Edimburgo, en todos los prematuros ingresados que tengan 2 meses o más de edad cronológica.			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material a entregar	Registro en SRDM
60 minutos	Específico	Individual	<ul style="list-style-type: none"> Formulario PNAC. Cronograma controles de salud infantil en APS y nivel secundario, según corresponda Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. Cuaderno descubriendo juntos . <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo: Primer Control de Salud Infantil (ingreso)
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Antecedentes generales	<ul style="list-style-type: none"> Revisar y adjuntar la epicrisis de la Neonatología y recolectar información para Ficha Clínica de APS. Consignar la edad gestacional cumplida al nacer (EG). Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional según Curva de Crecimiento Intrauterina. Calcular fecha 40 semanas, a la fecha de nacimiento se le suman las semanas que faltan para completar la fecha probable de parto (40 semanas). Edad gestacional corregida (EC) al egreso de neonatología y EC al ingreso al Policlínico Prematuro. Recolectar antecedentes psicosociales: informes de visita domiciliaria integral e informe psicosocial de neonatología, cuando exista. Antecedentes inmunizaciones: consignar vacuna BCG y HB. 			
Antecedentes gestacionales, parto y puerperio	<p>Cuando exista esta información ya sea en la epicrisis del hospital, cuaderno de salud de niñas y niños, documentos de derivación desde nivel secundario o terciario, o en la misma ficha clínica gestacional de la madre, extraerla y consignarla en la ficha clínica, sin volver a preguntar (evitar culpabilizar a los cuidadores al recabar antecedentes, por ausencia o pérdida de ellos). Los datos para recolectar son:</p> <p>Antecedentes gestacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad materna en el momento de la gestación, número de gestación. Enfermedades agudas o crónicas. Consumo de medicamentos: registrar cuáles, dosis, tiempo de consumo y edad gestacional al momento del consumo. Consumo de tabaco, alcohol o drogas. Problemas de salud mental. Control de embarazo. Diagnósticos a través de ecografías obstétricas y prenatales. <p>Antecedentes parto y puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tipo de parto. Sufrimiento fetal durante el parto y puntaje de APGAR al nacer. Peso, talla, circunferencia craneana y edad gestacional al nacer. Antecedentes de hospitalización neonatal. Resultado de tamizaje neonatal: TSH y PKU. 			

Antecedentes psicosociales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el impacto de la condición de salud en la calidad de vida y sobre la dinámica familiar en sus integrantes. • Conocer las redes de apoyo familiares: familia extendida, grupos de apoyo religioso, comunales o de agrupaciones de padres de niños y niñas con condiciones específicas. • Consignar situación laboral (trabajo estable, trabajo temporal, desempleado) de las personas adultas del grupo familiar. • Evaluar la capacidad de la familia para solventar los gastos derivados de la condición de salud, y si están recibiendo los apoyos económicos u otros, de municipios u otras instancias de apoyo social. • Evaluar las expectativas en torno a la calidad de vida y sobrevivencia del niño o la niña, la terapia de rehabilitación o la utilización de medidas extraordinarias para prolongar la vida cuando corresponda. <p>Indagar en todos los miembros de la familia, estado de salud mental.</p>
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar tipo de alimentación al alta (lactancia materna exclusiva, parcial o sin lactancia). • Consignar si recibe suplementos de vitaminas y minerales.
Antecedentes de crecimiento ponderoestatural	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño o la niña tiene menos de 40 semanas al momento del ingreso: se aconseja utilizar curvas de crecimiento intrauterino hasta que cumpla las 40 semanas. Evaluar crecimiento post alta graficando la curva visualizando si cambia de canal o bien calculando el incremento en gramos por día (más de 30 g / día). • Si el niño o la niña tiene más de 40 semanas al momento del ingreso: utilizar los estándares de la OMS o bien calcular el incremento de gramos por día (más de 20 g / día). • La circunferencia de cráneo es el primer parámetro que se recupera, siguiendo el peso y finalmente la talla.
Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • Consignar administración de otras inmunizaciones en familiares que vivan con el niño o la niña, como bordetella pertussis e influenza.
Antecedentes de salud asociados a la prematuridad	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre complicaciones asociadas a la estadía en el hospital: neurológicas, respiratorias infecciosas, cardiovasculares, otras. • Preguntar sobre cirugías durante estadía en el hospital. • Valorar antecedentes de convulsiones y apneas durante estadía en el hospital. • Valorar antecedentes o presencia de ostomías: traqueostomías, gastrostomías, ileostomía, colostomías, vesicostomía. • Preguntar si ha presentado apneas desde el alta y su duración (son significativas sobre los 20 segundos).
Antecedentes de consultas en servicio de urgencias o re-hospitalización luego del alta de neonatología y controles en el nivel secundario	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar y adjuntar epicrisis de hospitalizaciones en Pediatría o atención en Servicio de urgencia y evaluar indicaciones, cumplimiento y eventuales derivaciones.
Medicamentos de uso permanent	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del fármaco, dosis, vía de administración y tiempo de uso. • Efectos adversos presentados y tolerancia a los medicamentos.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES	
El examen físico descrito a continuación es complementario al establecido en el control de salud infantil correspondiente al período del recién nacido y nacida.	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de menores de 40 semanas de edad gestacional corregida: evaluar según curva de Alarcón - Pittaluga de crecimiento intrauterino. • En caso de mayores de 40 semanas de edad gestacional corregida: evaluar con curvas OMS.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar factores de riesgos descritos en el Capítulo 2.

DIAGNÓSTICOS

Complementario a los diagnósticos requeridos según control de salud infantil estándar correspondiente por edad, se debe agregar:

- Calificación de edad gestacional al nacer.
- Edad corregida al momento del control.
- Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional al momento de nacer según Curva de Crecimiento Intrauterina (AEG, PEG, GEG).
- Incremento ponderal diario.
- Diagnóstico patologías o problemas de salud del niño o la niña (actual o antecedente) asociados a su prematuridad.
- Problemas psicológicos de los integrantes de la familia asociados a la prematuridad del niño o la niña.

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS

Las siguientes indicaciones son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil para el periodo de recién nacido o nacida.

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • La primera opción nutricional para este grupo es la lactancia materna, idealmente exclusiva. Esto contribuye a que el desarrollo extrauterino siga adelante de una forma más fisiológica. Cuando el niño o la niña sea dado de alta sin lactancia materna exclusiva o parcial, debe fomentarse la derivación a instancias de apoyo en atención primaria (consultas o clínica de lactancia materna) para relactar o aumentar el porcentaje de leche materna recibida en un contexto de apoyo a la madre. • Recomendar a las madres que al amamantar vacíen al menos 1 pecho, para que el niño o la niña reciba “la leche del fondo” de la mama, la cual se caracteriza por contener mayor contenido graso y calórico. • RNMBPN: Indicar que es beneficiario PNAC - prematuro, sin embargo, fomentar la lactancia materna exclusiva y educar a la familia sobre los beneficios de la leche materna en este grupo.
Suplementos vitamínicos y/o minerales	<ul style="list-style-type: none"> • Solo en los casos de alimentación con lactancia materna exclusiva, suplementar con Zinc (Zn: 1 mg/kg/día), desde el alta de la neonatología hasta el inicio de la alimentación complementaria. • Suplementar con Hierro con 2 mg/kg/día desde el alta de la neonatología hasta el año de edad corregida. • Suplementar con Vitamina ACD (400 UI al día de Vitamina D), desde el alta de la neonatología hasta el año de edad corregida. • Indicar a la familia que el Zinc se puede mezclar con las Vitaminas, pero no con el hierro. Por lo que deben ser administradas en momentos diferentes del día.
Estimulación área socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la técnica de canguro (contacto piel con piel) y fomentar crianza en brazo (anticipar uso de portabebé). • Fomentar el uso correcto y seguro del Ajuar. • Indicar técnicas de contención: envolver en una manta, ponerlo de lado o boca bajo, hacer sonidos como “shhh” o utilizar grabaciones de ruido blanco, mecer cuidadosamente. • Educar a la familia respecto a señales de estrés del recién nacido/a y adecuado manejo.
Prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar aglomeraciones y el contacto con personas enfermas, dado el mayor riesgo de enfermedades respiratorias y hospitalizaciones por cuadros respiratorios severos (VRS y otros). Evitar espacios cerrados como por ejemplo centros comerciales (Mall). • Realizar lavado de manos frecuente en especial antes de tener contacto con el recién nacido/a. • Realizar aislamiento de contacto con hermanos enfermos.
Medidas de seguridad y prevención de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Dado el menor desarrollo motor el riesgo de daño por sacudida es mucho mayor en este grupo, por lo cual debe reforzarse en los padres y cuidadores al respecto, reforzar indicaciones respecto a técnicas de contención. • Utilizar sillas de automóvil con fijación y alineación de la cabeza en la línea media. • Dado que este grupo tienen mayor riesgo de presentar apneas (por inmadurez del sistema nervioso central y muy raramente asociado a reacciones vagales, por ejemplo: post vacuna) los padres y/o cuidadores deben estar capacitados en estimulación y reanimación cardiorrespiratoria básica.

Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> Los niños y niñas prematuros deben recibir 4 dosis de vacuna neumocócica conjugada (2-4-6 meses cronológicos más refuerzo a los 12 meses) para asegurar respuesta inmune. La vacuna influenza en el período de la campaña de invierno debería recomendarse vacunar al grupo familiar cuando el niño o la niña es menor de 6 meses de edad cronológica. Derivar a programa IRA a todos los RNMBP.
Ayudar a las familias a evitar la sobreprotección	<ul style="list-style-type: none"> Es muy frecuente en este grupo la sobre protección, por lo que se recomienda fomentar el autocuidado. Integrar a las familias a talleres de habilidades parentales u otros de grupos de apoyo disponibles a nivel local. Cuando existan organizaciones en la comunidad para padres y familiares de niños y niñas con problemas específicos de salud, entregar información actualizada, de manera de favorecer integración y redes de apoyo.
Promover el autocuidado de la cuidadora o cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> Resguardar la salud de la cuidadora o cuidador es fundamental, incentivar a que el cuidador practique durante el día la escucha de sí mismo ¿cómo me siento? Buscar razones e identificar los propios patrones de reacción. Indicar estrategias de autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> Potenciar las habilidades de comunicación con los que le rodean (amigos, familia, agentes sociales). Cultivar las amistades antiguas y apertura a las nuevas. Saber decir no y buscar puntos intermedios. Poner límites al cuidado y horarios de actividades personales. Usar el humor como herramienta de superación y de comunicación. Promover el contactar con grupos de apoyo, para que puedan compartir sus experiencias y conozcan más sobre la condición de su hijo o hija. Promover la asistencia a talleres municipales (de manualidades, deportivos, artísticos, etc.), centro de madres, u otras actividades que le permitan desarrollar sus intereses y contactarse con grupos de pares. Indicar que se contacte con el equipo en caso de que sienta síntomas de desgaste o burnout, como agotamiento emocional, sensación de vacío interior y/o tengan una percepción de escasa realización o valor personal.
Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a vacunatorio por vacunas programática. Derivar a control de salud infantil correspondiente por calendario. Derivar a control de salud bucal (CERO) correspondiente por calendario.

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Las siguientes banderas rojas son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil estándar correspondiente a los controles del recién nacido y nacida.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Mal Incremento de peso diario < de 30g en RNMBPN y < de 20g en RN moderado y tardío	<p>Favorecer y optimizar la lactancia materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corregir cuando corresponda succión, acople, técnica de lactancia y evitar sobre abrigo. • Evaluar transferencia de leche. • Agendar control de peso, cada 48 a 72 horas y si es necesario derivar a clínica de lactancia materna. • Si se detecta que el incremento de peso sigue siendo insuficiente en la reevaluación, suplementar con mecanismos que favorezcan la producción de leche materna y el correcto acople del niño o la niña (sonda al pecho y cuando no sea posible por problemas de succión, sonda al dedo o vasito). • Revisar técnica de preparación de la fórmula complementaria. • Descartar patología intercurrente. <p>Prematuros Moderado o Tardío:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hay LME o predominante en los prematuros tardíos, lo primeros 10 días de vida indicar leche materna extraída alternada con el pecho (dado que este grupo se cansa al succionar). • Si hay LME o predominante en los prematuros moderados: <ul style="list-style-type: none"> – Considere fortificar leche materna con leche purita mamá al 2,5% (1/2 medida de 5g por 100cc de leche materna extraída) hasta los 2 meses de edad corregida o menos según curva de crecimiento (idealmente con sonda al pecho). – Si no es posible, suplemente con leche purita fortificada al 7,5% con maltosa dextrina al 7,5% (50 ml/Kg/día - 1/4 del volumen total de alimentación) o una fórmula de inicio (sin agregar maltosa dextrina). • Si se alimenta con fórmula exclusiva o predominante: indicar aumentar la frecuencia o volumen (alimentación a libre demanda). • RNMBP: Si hay LME o predominante, fortificar la leche materna con fórmula de prematuro al 4% (casi 1 medida de 4,7g o media medida de 8,8 g por 100 cc de leche materna extraída) hasta los 2 meses de edad corregida como mínimo (idealmente con sonda al pecho). • Si se alimenta con fórmula exclusiva o predominante: indicar aumentar la frecuencia o volumen (alimentación a libre demanda).
Ictericia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar bilirrubinemia total, con resultado urgente, dentro las primeras 24 horas. • Si los niveles están alterados, derivar a nivel secundario o terciario y seguir las indicaciones de manejo de hiperbilirrubinemia. <p>Prematuro Tardío:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicar adicionalmente a la familia que el principal factor que agrava la ictericia, además de la prematurez, es la hipoalimentación, por lo que un manejo adecuado de ésta, optimizando las técnicas de lactancia o suplementando (con leche materna o fórmula) cuando el incremento de peso diario sea insuficiente, puede evitar la hospitalización. Derivar a clínica de lactancia o consulta de lactancia ante esta situación.
Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar hipotermia con temperatura menor 36,5°C axilar. • Evaluar ropa de abrigo y corregir en caso de poco abrigo. • Descartar patología intercurrente. • Evaluar si se alimenta adecuadamente y/o baja de peso. • Favorecer contacto piel con piel.

Apneas	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar de presencia de apneas reales (>20 segundos, habitualmente asociada a cianosis). • Explicar a los padres que la respiración de los recién nacidos es irregular en frecuencia y que puede haber pausas respiratorias cortas de manera normal. • Reafirmar los signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> – Falta de reactividad, succión y cambios de color a palidez o zona morada peribucal, palidez terrosa. • Estimular al niño o niña, si no responde, reanimar. • Ante una apnea, aunque se resuelva, la conducta es acudir de inmediato al servicio de urgencia para hospitalización y estudio. • Antecedente de episodio breve, resuelto e inexplicado (BRUE, por su sigla en inglés), de menos de 1 minuto de duración, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado en el tono (hiper o hipotonía); alteración de la capacidad de respuesta, derivar a urgencia para estudio.
Sintomatología depresiva en madre con niño/a menor de 2 meses de edad cronológica	<ul style="list-style-type: none"> • El médico/a que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES "Depresión en personas de 15 años y más" a la madre y completar dos copias del "formulario de constancia al paciente GES"; una para el Centro de Salud y otra para la familia. • Si requiere atención con especialista, acceso dentro de los siguientes 30 días posterior a la derivación por médico/a APS.
Niño o niña pequeño para la edad gestacional (PEG)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los padres sobre mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez (hipertensión y diabetes) e importancia de mantener hábitos de vida saludable (dieta saludable, actividad física diaria y peso normal). Evitar hiperalimentación. • Evaluar curva de crecimiento en controles posteriores. • Asegurar suplementación con hierro desde los 2 meses.
Niño grande para la edad gestacional (GEG)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los padres sobre mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez (diabetes) e importancia de mantener hábitos de vida saludable (dieta saludable, actividad física diaria y peso normal).
Garantía GES no cumplida	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar al programa de seguimiento nivel secundario.
Screening auditivo alterado (Refiere o No Pasa)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar y reforzar que continúe el estudio audiológico en el servicio de otorrinolaringología.
Osteopenia del prematuro	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar existencia del diagnóstico y adherencia a la suplementación de calcio y fósforo si fue indicado. • RNMBP o prematuro moderado, con lactancia exclusiva vigilar aparición de craneotabes y evolución de talla.
Problemas vinculares o de apego	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el contacto piel con piel (método canguro en casa). • Evaluar informe de visita domiciliaria Integral.
Presencia de ostomías o sondas	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la familia respecto a manejo y cuidado adecuado de ostomías o sondas.
Sospecha de raquitismo o craneotabes	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a nivel secundario a endocrinología o nutriólogo, según disponibilidad.
Prematuro sin VDI durante la estadía en la Neonatología	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los RNMBP y los casos de prematuros moderados y tardíos que el nivel terciario haya considerado. • Agendar visita domiciliaria integral motivada por prematurez.

3.3.4. CONTROL DE SALUD INFANTIL AL INGRESO DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD

Profesional	Enfermera/o y Médico/a (dupla)			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Formulario SRDM
60 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo: Primer Control de Salud Infantil (ingreso)
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
<p>Bienvenida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Saludar al niño o niña por su nombre (disponerse a su altura, favoreciendo un adecuado contacto visual, evitando un trato intrusivo), y a su familia. Identificarse (nombre, apellido y profesión) y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día. Demostrar una actividad de respeto, cercanía y amabilidad hacia el niño o niña y su familia. La información a recolectar o preguntar es complementaria a la establecida en el control de salud infantil correspondiente por edad. 				
Condición o problema de salud base de los / las NANEAS	<p>Indagar aspectos relativos a la condición de salud del niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> Quien es el cuidador principal, y quien lo reemplaza en caso de urgencia. El diagnóstico de salud. Momento en que se realizó el diagnóstico. Si no cuenta con un diagnóstico actual, estado de los estudios o del proceso de diagnóstico. Necesidades más falentes del caso, prioritarias de abordar. Enfrentamiento familiar al diagnóstico. 			

<p>Antecedentes gestacionales, parto y puerperio</p>	<p>Cuando exista esta información ya sea en la epicrisis del hospital, cuaderno de salud de niñas y niños, documentos de derivación desde nivel secundario o terciario, o en la misma ficha clínica gestacional de la madre, extraerla y consignarla en la ficha clínica, sin volver a preguntar (evitar culpabilizar a los cuidadores al recabar antecedentes, por ausencia o pérdida de ellos). Los datos para recolectar son:</p> <p>Antecedentes gestacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad materna en el momento de la gestación, número de gestación. • Enfermedades agudas o crónicas, e indagar sobre Síndrome TORCH ⁷. • Consumo de medicamentos: Registrar cuáles, dosis, tiempo de consumo y edad gestacional al momento del consumo. • Consumo de tabaco, alcohol o drogas. • Problemas de salud mental. • Control de embarazo • Diagnósticos a través de ecografías obstétricas y prenatales. <p>Antecedentes parto y puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de parto. • Sufrimiento fetal durante el parto y puntaje de APGAR al nacer. • Peso, talla, circunferencia craneana y edad gestacional al nacer. • Antecedentes de hospitalización neonatal. • Resultado de tamizaje neonatal: TSH y PKU.
<p>Antecedentes familiares directos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre enfermedades crónicas y condiciones genéticas heredables y consignar nivel de relación (primer o segundo grado). • Consultar por condiciones de cuidador principal, principalmente por depresión post parto. • Preguntar antecedente de abortos espontáneos, o inducidos, mortinatos, o fallecimientos tempranos ya sea de la madre o de familiares directos.
<p>Antecedentes mórbidos de importancia</p>	<p>Preguntar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones o problemas de salud activas y resueltas. • Hospitalizaciones previas (cuantas y motivos de hospitalización). • Cirugías previas. • Descompensaciones de su enfermedad de base.

⁷ Síndrome corresponde a un conjunto de signos y síntomas que presenta el recién nacido afectado por la infección congénita y que es producida por diversos agentes etiológicos tanto virales como parasitarios y micóticos que se han agrupado en la sigla TORCH. Entre estos se cuentan: Toxoplasma gondii, virus Rubéola, Citomegalovirus, virus Herpes simplex y Otros (virus hepatitis B y C, retrovirus, enterovirus, adenovirus, treponema pallidum, M. Tuberculosis, virus varicela-zoster, virus Epstein-Barr, parvovirus B19, virus de la inmunodeficiencia humana, cándida, etc.)

Equipo tratante e indicaciones del nivel secundario para el manejo de la necesidad especial	<ul style="list-style-type: none"> Identificar especialista o equipo del nivel secundario para que el equipo de APS (según territorio) se pueda contactar para resolución de dudas, acordar tratamientos y eventuales derivaciones. Consignar datos de contacto en ficha clínica. Revisar las últimas indicaciones entregadas por el nivel secundario (medicamentos, solicitud de exámenes, terapias especiales, derivaciones e indicaciones a la familia). Evaluar si la familia ha adherido a las indicaciones, las dificultades que han presentado y si requiere de algún apoyo específico para seguirlas. Evaluar la indicación y administración de inmunizaciones para estos niños y niñas en condiciones especiales tanto aquellas cubiertas por el PNI y otras como grupos especiales. Revisar fecha de próximo control en el nivel secundario.
Medicamentos de uso permanente	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre del fármaco, dosis, vía de administración y tiempo de uso. Efectos adversos presentados y tolerancia a los medicamentos. Uso de medicina complementaria u homeopatía.
Suplementos alimentarios, vitamínicos o minerales	<ul style="list-style-type: none"> Identificar si recibe suplementos y/o vitaminas y minerales específicos a sus requerimientos. Identificar, nombre, dosis, vía de administración y tiempo de uso.
Uso de dispositivos o tecnología médica de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el uso de dispositivos o tecnología médica de apoyo (oxigenoterapia, ostomías, sondas de alimentación, catéteres vasculares, monitoreo de signos vitales, etc.). Preguntar el tiempo desde que lo utiliza, cuándo se cambió por última vez y quién realiza la mantención de este para que se mantenga funcional. Evaluar autonomía de la familia respecto al manejo y los cuidados de dichos dispositivos. Evaluar las complicaciones y dificultades que han presentado con relación al uso de estos dispositivos o tecnologías.
Terapias de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Indagar sobre el requerimiento de asistencia a terapias tradicionales (kinésica, fonoaudiológica, terapia ocupacional o psicopedagogía) y/o terapias complementarias (hipoterapia, canoterapia o hidroterapia, etc.). Consignar lugar al que asiste y frecuencia de terapias.
Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> Valorar historia alimentaria remota. Preguntar por la vía de alimentación, método de alimentación y la tolerancia Indagar si se alimenta por boca, sonda o gastrostomía, y/o uso de bomba de alimentación. Saber si requiere asistencia, cuáles son sus preferencias e intolerancias. Valorar inicio, motivo, complicaciones asociadas a la alimentación no oral y expectativas de realimentación vía oral. Indagar tiempo que demora en cada alimentación. Deglución: en aquellos niños y niñas con riesgo de presentar trastorno de deglución (enfermedades neuromusculares, daño neurológico, síndrome hipotónico, enfermedades respiratorias recurrentes o crónicas), consultar sobre: <ul style="list-style-type: none"> Sialorrea y número de baberos utilizados durante el día. Dolor, cansancio o presencia de tos cuando se alimenta al niño o niña. Presencia de tos persistente, frecuencia de cuadros de bronquitis o neumonías.
Patrones de eliminación intestinal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar sobre: <ul style="list-style-type: none"> Consistencia y frecuencia de las deposiciones. Si presenta dolor o sangrado al tener deposiciones o si éstas son muy duras o caprinas. Frecuencia y color de la diuresis. Uso de dispositivos: sondas y/o colonostomías. Grado de autonomía en los procesos de eliminación.

Audición y visión	<ul style="list-style-type: none"> En cada atención, independiente de la edad, preguntar si la madre, padre y/o cuidadores principales tienen dudas respecto a la audición y/o visión del niño o la niña. Uso de dispositivos: audífonos y/o lentes. En caso de usar, tiempo de uso, mantención y control con especialistas.
Autovalencia y movilidad	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el grado de movilidad, en caso que sea limitada evaluar existencia de terapia física, kinesiológica u otra. Actividades de la vida diaria que realiza en forma autónoma. Uso o necesidad de ayudas técnicas para la realización de actividades de vida diaria.
Desarrollo integral	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar por hitos del desarrollo motor, lenguaje, cognitivo, emocional y social. Aplicar Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor a edades correspondientes, cuando sea posible. En aquellos casos en que el diagnóstico de base impida realizar test estandarizado de desarrollo psicomotor, evaluar progresión en las distintas áreas del desarrollo y consultar por plan de rehabilitación establecido por el equipo de rehabilitación.
Psicosocial y familiar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el impacto de la condición de salud en la calidad de vida y sobre la dinámica familiar en sus integrantes. Evaluar etapa de duelo en relación al diagnóstico de la condición, tanto del niño o niña y su familia. Evaluar presencia de estresores y crisis tanto normativas como no normativas en la familia, evaluar con especial énfasis el nivel de estrés del cuidador. Conocer las redes de apoyo familiares: familia extendida, grupos de apoyo religioso, comunales o de agrupaciones de padres de niños y niñas con condiciones específicas. Consignar situación laboral (trabajo estable, trabajo temporal, desempleado) de las personas adultas del grupo familiar. Evaluar la capacidad de la familia para solventar los gastos derivados de la condición de salud, y si están recibiendo los apoyos económicos u otros de municipios, SENADIS, u otras instancias de apoyo local. Evaluar las expectativas en torno a la calidad de vida y sobrevivencia del niño o la niña, la terapia de rehabilitación o la utilización de medidas extraordinarias para prolongar la vida cuando corresponda. Indagar en todos los miembros de la familia, en especial en el niño o la niña y su cuidador principal, por síntomas que orienten a la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> Trastornos de ánimo o ansiosos. Trastornos del sueño. Trastornos conductuales en el colegio o casa. Alteraciones de la conducta alimentaria. Aumento de la agresividad. Presencia de maltrato.
Escolaridad y grupo de pares	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de establecimiento al que asiste: sala cuna, jardín infantil, centros de estimulación, escuela especial, escuela hospitalaria o colegio regular (con o sin proyecto de integración). Indagar por actividades extraprogramáticas o sociales con pares.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES	
Se deben realizar las acciones del control de salud infantil estándar de cada control según corresponda a la edad y la condición del niño o la niña.	
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> Considerar de técnica de medición de talla para pacientes que no puedan lograr la extensión completa de pie o en decúbito. Realizar seguimiento de circunferencia craneana hasta los 5 años, descartar microcefalia o macrocefalia corregido por talla.

Evaluación de piel, dispositivos y tecnología de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar presencia de úlceras y lesiones por presión, evaluar puntos de roce y presión en relación con aparatos de apoyo: sondas, ostomías, válvulas, catéteres y oxigenoterapia. • Evaluar que los dispositivos estén correctamente instalados y funcionando, sin signos de infección asociada.
Evaluación ortopédica	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación visual de escoliosis. • Evaluar rango de movilidad de cadera (simétrico). • Derivar a rehabilitación para mantención de la funcionalidad, según requerimientos.
Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar con especial detención, dado que este grupo presenta una mayor frecuencia de problemas de salud bucal. • Realizar este examen independiente de la vía de alimentación del niño o la niña.
Manejo del dolor	Evaluar puntos dolorosos al examen, estudiar si es necesario y apoyar en el manejo del dolor crónico.

DIAGNÓSTICOS

Complementario a los diagnósticos requeridos según control de salud infantil estándar correspondiente por edad, se debe agregar:

- Diagnóstico de la condición de base, grado de compensación y necesidad de tecnología de apoyo, incluyendo cuando corresponda situación de discapacidad (física, visual, auditiva, intelectual o múltiple).
- Problemas de salud detectados (asociados o no a su condición de base).
- Diagnóstico social/determinantes sociales/otros (salud ambiental, vulnerabilidad psicosocial, otros).
- Diagnóstico de las principales necesidades del caso, por grados de importancia.

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LOS CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Las siguientes indicaciones son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil estándar correspondiente por edad.

Refuerzo de hábitos saludables (complementarios para NANEAS)

Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en dieta rica en fibra y agua en caso de existir tendencia a la constipación y en especial en aquellos niños y niñas que no tienen la capacidad de expresar si tienen sed. • En niños y niñas con riesgo aumentado de patología cardiovascular o renal, prolongar lo más posible una dieta libre de sal aún después de los 2 años. • En niños y niñas con riesgo aumentado de patología de salud bucal, prolongar lo más posible una dieta libre de azúcar aún después de los 2 años.
Actividad física y/o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • Dado que muchas veces este grupo tiene mayor tendencia al sedentarismo, es importante fomentar los paseos al aire libre y la máxima movilización posible. • Incorporar a actividades extraprogramáticas que contribuyan a su desarrollo integral, inserción social, rehabilitación y participación. • Mantener ejercicios de funcionalidad indicados desde atención secundaria, realizados por el cuidador o el propio niño o niña.
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar consejos respecto a estimulación del desarrollo de acuerdo a su edad y condición. • Cuando sea posible, vincular con instancias de fomento del desarrollo psicomotor, por ejemplo, sala de estimulación u otras disponibles a nivel local. • Fomentar la asistencia a controles con profesionales de apoyo en rehabilitación y estimulación del desarrollo (como, por ejemplo, kinesiólogo/a, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional y psicopedagogo/a) de acuerdo a disponibilidad e indicaciones del nivel secundario.
Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • En aquellos que no asisten a instituciones escolares, procurar la administración de la vacuna de 1° y 4° básico en el vacunatorio del Centro de Salud u otro. • Conocer las vacunas especiales del programa de inmunizaciones que correspondan a condiciones especiales, así como aquellas que no están cubiertas, pero tengan indicación, y puedan ser pagadas por la familia.
Salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar fluoración anual. • Derivar a talleres educativos de salud bucal. • Indicar control por odontólogo según riesgo desde el nacimiento.

Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar uno por uno los medicamentos de uso crónico, dosis y vía de administración. • Indicar los medicamentos de uso agudo en caso de que lo requiera, tomando la precaución de revisar interacciones medicamentosas. • Si los medicamentos utilizados tienen azúcar, indicar en lo posible el lavado de dientes o enjuague con agua posterior a su administración. • Coordinar examen de valores sanguíneos anualmente de niveles de vitamina D, suplementar en caso necesario. Si utiliza corticoides inhalatorios, reforzar la higiene bucal.
Educación y Promoción en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de enfermedades infectocontagiosas: indicar que este grupo tiene mayor predisposición a adquirir enfermedades infectocontagiosas o llegar a niveles de mayor gravedad, por lo tanto, es importante se sigan las indicaciones de prevención de enfermedades, hábitos de higiene (lavado de manos frecuente del niño o niña y su cuidador/a), evitar contacto con personas enfermas y eliminar factores de contaminación intradomiciliaria (humo de tabaco y calefacción contaminante). • Prevención de accidentes: adicional a la prevención habitual de accidentes se debe cautelar por la correcta administración de medicamentos, conservándolos fuera del alcance de los niños y niñas, la prevención de caídas y correcto uso de la tecnología de apoyo. • Prevención de abuso sexual: se deben reforzar medidas de prevención de abuso, especialmente en niños y niñas en situación de discapacidad, quienes tienen un mayor riesgo • Educación en salud oral: independiente de la vía de alimentación que se utilice, educación en higiene dental y bucal. • Conversar sobre escolarización: la mayor parte de los niños y niñas puede asistir a las diferentes instituciones escolares, lo que debe fomentarse desde el área de la Salud. Debe privilegiarse la inclusión de los niños y las niñas en escuelas regulares con integración, y cuando esto no sea posible, fomentar el ingreso a escuelas especiales disponibles en la red comunitaria o escuelas hospitalarias. Desde el punto de vista de Salud, el equipo de salud deberá estar disponible para aclarar dudas que puedan surgir en el profesorado, respecto a los cuidados diarios del niño o niña.
Ayudar a las familias a evitar la sobreprotección	<ul style="list-style-type: none"> • Es muy frecuente en este grupo la sobre protección, por lo que se recomienda fomentar el autocuidado, permitiendo que el niño o niña vaya adquiriendo cada vez mayor autonomía en su cuidado, dentro de las posibilidades de cada caso. • Integrar a las familias a talleres de habilidades parentales u otros de grupos de apoyo disponibles a nivel local. • Cuando existan organizaciones en la comunidad para padres y familiares de niños y niñas con problemas específicos de salud, entregar información actualizada, de manera de favorecer integración y redes de apoyo.
Promover el autocuidado de la cuidadora o cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> • Resguardar la salud de la cuidadora o cuidador es fundamental, incentivar a que el cuidador practique durante el día la escucha de sí mismo ¿cómo me siento? Buscar razones e identificar los propios patrones de reacción. • Indicar estrategias de autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> – Potenciar las habilidades de comunicación con los que le rodean (amigos, familia, agentes sociales). – Cultivar las amistades antiguas y apertura a las nuevas. – Saber decir no y buscar puntos intermedios. – Poner límites al cuidado y horarios de actividades personales. – Usar el humor como herramienta de superación y de comunicación. • Promover el contactar con grupos de apoyo, para que puedan compartir sus experiencias y conozcan más sobre la condición de su hijo o hija. • Promover la asistencia a talleres municipales (de manualidades, deportivos, artísticos, etc.), centro de madres, u otras actividades que le permitan desarrollar sus intereses y contactarse con grupos de pares. • Indicar que se contacte con el equipo en caso que sienta síntomas de desgaste o burnout, como agotamiento emocional, sensación de vacío interior y/o tengan una percepción de escasa realización o valor personal.
Derivaciones y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a vacunatorio por vacunas programática. • Derivar a control de salud infantil correspondiente por calendario. • Derivar a control de salud bucal (CERO) correspondiente por calendario.

BANDERAS ROJAS CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el/la profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Malnutrición por exceso	<ul style="list-style-type: none"> Realizar educación breve para mejorar hábitos alimentarios, en caso de ser necesario, citar a Consejo breve para profundizar y entregar herramientas prácticas. Derivar a taller grupal de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 1 mes. Educar en estilos de vida saludable, considerar contexto, creencias y prácticas individuales y familiares. Complementar información para detectar factores de salud y psicosociales que puedan explicar la condición de malnutrición e intervenir según corresponda.
Malnutrición por déficit	<p>Riesgo de desnutrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso/edad en $-1DS$ en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará al niño o niña a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación. <p>Desnutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para la elaboración de un plan de trabajo consensuado con la familia y, cuando sea necesario, realizar reunión del equipo de cabecera, derivación a Asistente social y/o vinculación con la red ChCC. Analizar la historia de salud del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. Derivar a nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará al niño o niña a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. Derivar a médico/a en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Alteraciones en la talla	<ul style="list-style-type: none"> Analizar curva de crecimiento y antecedentes gestacionales. Evaluar Talla Diana, considerando factores genéticos y contexto psicosocial. <p>Talla baja ($T/E = \leq 2 DS$):</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario si hay sospecha de talla baja secundaria. <p>Talla alta ($T/E = \geq 2 DS$):</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a cuando la carga genética con la talla alta es discordante, si hay existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales, o dismorfias.

Sospecha de Presión arterial elevada (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial elevada, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma presión arterial elevada, derivar a Médico/a de APS, indicar tratamiento no farmacológico (alimentación saludable, actividad física, manejo del sobrepeso u obesidad) y re-evaluar en 6 meses por método auscultatorio. Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 6 meses. Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 6 meses), la PA persiste elevada, derivar a especialista en nivel secundario (nefrología infantil). Si PA se normaliza, volver a evaluación anual de PA en CSI.
Sospecha de Hipertensión arterial Etapa I (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa I, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña se encuentra asintomático, iniciar tratamiento no farmacológico y re-evaluar PA en 1 a 2 semanas. Si el niño o niña se encuentra sintomático, derivar a Servicio de Urgencia para descartar crisis hipertensiva. Si en el 2º control por Médico/a de APS (después de 1 o 2 semanas), la PA persiste en Etapa I, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, mantener tratamiento no farmacológico y re-evaluar en 3 meses. Si en el 3º control por Médico/a de APS (después de 3 meses), la PA persiste en Etapa I, derivar a especialista (nefrología infantil). En nivel secundario, realizar confirmación diagnóstica y evaluar iniciar tratamiento farmacológico.
Sospecha de Hipertensión arterial Etapa II (anexos 16 y 17)	<ul style="list-style-type: none"> En el CSI que se pesquisa la presión arterial en Etapa II, realizar dos nuevas mediciones por método auscultatorio en el brazo, promediarlas y compararla con la tabla. Esperar al menos 3 minutos entre cada toma. Si se confirma se deriva a Médico/a de APS: <ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña se encuentra asintomático, realizar medición de PA en extremidades superiores y en una extremidad inferior, iniciar tratamiento no farmacológico y derivar a médico/a para derivar de forma inmediata a especialista del nivel secundario (nefrología pediátrica) en un plazo máximo de 1 semana. Si el niño o niña se encuentra sintomático, o PA 30mmHg por sobre p95 derivar inmediatamente a Servicio de Urgencia.
Alteración del desarrollo psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar nivel de complejidad de los NANEAS, antes de considerar evaluación con instrumento estandarizado. Si es posible realizar evaluación, considerar manejo como en los otros controles.
Alteraciones en el ámbito socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a consulta de salud mental, frente a: <ul style="list-style-type: none"> La existencia de trastorno de lenguaje, mala calidad de contacto visual, conductas bizarras y estereotipias. Padres o cuidadores, con baja o nula capacidad para permitir exploración y autonomía en el niño o niña. Derivar a médico/a por sospecha de EA. Alteración en la autonomía: <ul style="list-style-type: none"> Frente a excesiva preocupación o ansiedad por el alejamiento o ausencia de los cuidadores principales. Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc.) Derivar a estrategias de fortalecimiento de habilidades parentales (NEP u otro disponible en el establecimiento).

Sintomatología de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> Derivar inmediatamente a médico/a para diagnóstico e indicación de tratamiento, frente a los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> Evaluar presencia de tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad. Derivar a médico/a para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario, frente a las siguientes manifestaciones ganglionares: <ul style="list-style-type: none"> Adenopatías con un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria.
Sintomatología obstructiva	<p>Sospecha de Asma Bronquial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a de APS para confirmación diagnóstica dentro de los siguientes 20 días e inicio del tratamiento dentro de los 30 días siguientes luego de la confirmación diagnóstica. El médico/a que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES "Asma bronquial moderada o grave en menores de 15 años" al tutor y completar dos copias del "Formulario de constancia al paciente GES"; una para el Centro de Salud y otra para la familia. Si requiere atención con especialista, dar acceso dentro de los siguientes 30 días posteriores a la derivación por el médico/a APS. <p>Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar si duran más de 15 segundos, en caso de ser confirmatorio, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación.
Sospecha de cardiopatía congénita	<p>En caso de sospecha de cardiopatía congénita:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingresar el caso a Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, (SIGGES) para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 180 días (6 meses), por sospecha de enfermedad GES (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años). Derivar a interconsulta a cardiología infantil o pediatría con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica.
Alteraciones oftalmológicas	<p>Alteración en Test de Tumbling E o Snellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para eventual derivación a oftalmólogo. <p>Estrabismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad GES (Estrabismo en menores de 9 años). <p>Rojo pupilar alterado o leucocoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta urgente a oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad GES (Cáncer en personas menores de 15 años).
Factores de riesgo de enfermedades bucales, según pauta CERO	<ul style="list-style-type: none"> Educación en estrategias de prevención básicas a cuidadores y familiares, y reforzar hábitos: <ul style="list-style-type: none"> No succión de dedos como hábito. Eliminación respetuosa del uso de la mamadera y chupete a partir de los 2 años de edad. Higiene bucal al menos 2 veces al día. Correcta técnica de cepillado dental. Higiene bucal antes de dormir. Derivar al GES de urgencia odontológica ambulatoria, frente a: traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas.

Alteraciones de la piel	<p>Sospecha de dermatitis atópica o alérgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación en medidas generales de cuidado de la piel: baños cortos con agua tibia, no usar jabón en genitales, hidratación diaria con crema hipoalérgica, ropa 100 % de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalérgico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombras, etc.). <p>Sospecha de neurofibromatosis tipo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 6 o más manchas color café con leche, existencia de un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo, o bien un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). Evaluar la presencia de efélides (pecas) en región axilar o inguinal. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil. <p>Sospecha de esclerosis tuberosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la presencia de 3 o más máculas hipomelanóticas (manchas “blancas” en forma de hoja de fresno lanceolada, marca de dedo, o en confetti). Evaluar presencia de angiofibromas (pápulas eritematosas) centofaciales, y parches Shagreen (placas solevantadas como “piel de lija”) en región frontal o lumbosacra. Derivar a médico/a para posterior derivación a neurología infantil.
Pie plano patológico	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para eventual derivación a Traumatólogo infantil.
Alteraciones en la marcha	<p>Asimetría o claudicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar si la cojera es de reciente inicio, realizar una evaluación médica inmediata y eventual derivación a urgencia.
Alteraciones en zona genital	<p>Sospecha de criptorquidia o hernias inguinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Derivar a médico/a para confirmar diagnóstico y derivación a cirujano infantil o urólogo infantil. <p>Fimosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación en desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. En caso que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, derivar a médico/a y posterior evaluación por Cirugía infantil o Urología infantil. Evaluar al control de los 4 años persistencia de fimosis, en caso de mantenerse derivar a médico/a de APS para tratamiento.
Padres o cuidadores principales con dificultades para entregar cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar que el padre o acompañante significativo, se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. Llevar el caso a una reunión del equipo de cabecera para desarrollar un plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. Derivar a un profesional o derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental, cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, Entregar Consejo breve para manejo de frustración o pataletas, derivar a talleres de habilidades parentales.
Violencia	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. Determinar el riesgo vital del niño o la niña. Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores” (21). <p>En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual” (22).</p> <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>

3.4.3. CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES

Período	Niños y niñas menores de 6 meses			
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar integralmente el desarrollo y crecimiento del niño o la niña con foco en aquellos aspectos relacionados con el amamantamiento. • Valorar integralmente a la madre, con aspectos relacionados con la lactancia materna, así como con su estado socioemocional y presencia de redes apoyo. • Formular diagnósticos del proceso de lactancia de la diada, considerando el estado de salud integral de la madre y del niño o niña. • Realizar intervenciones basadas en evidencia que apoyen a la diada en el proceso de lactancia. • Apoyar a la madre que amamanta de forma oportuna, a través de la adopción y refuerzo de las mejores técnicas, prácticas de cuidados relacionados con el éxito de la lactancia materna exclusiva. 			
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera/o, Médico/a, Matrona/matrón o Nutricionista, con formación teórica y práctica en lactancia materna. 			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material educativo a entregar	Formulario SRDM
30 minutos	Universal	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas educativas de crianza respetuosa según edad y temática que corresponde. <p>Nota: la entrega del material educativo ChCC, debe ir acompañado de una educación realizada por el profesional de salud, respecto a su uso y función para el desarrollo integral del niño o niñas.</p>	Módulo digitación niños y niñas, contacto.
ANAMNESIS: ENTREVISTA Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES				
Bienvenida: <ul style="list-style-type: none"> • La recepción de la madre debe ser acogedora. En este momento se sondea sobre sus inquietudes y preocupaciones respecto a la lactancia materna. Es muy importante considerar al o la acompañante de la madre en caso de presentarse, ya que muchas veces tiene una gran influencia sobre ella, respecto al cuidado del niño o niña y prácticas de alimentación 				
Experiencias en torno a la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar si la madre fue amamantada, y hasta qué edad. • Preguntar paridad: experiencia con la lactancia materna con sus otros hijos o hijas, así como extensión y tipo de lactancia (exclusiva, mixta o artificial). • Evaluar intención de amamantar y preparación para el éxito de la lactancia materna. 			
Antecedentes de salud de la madre	Evaluar: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes mórbidos (obesidad, diabetes, síndrome metabólico, hipotiroidismo, entre otros). • Antecedentes quirúrgicos (cirugía mamaria, tanto aumento como reducción). • Si la madre tuvo cirugía de aumento, indagar acerca de características de sus mamas previo a la intervención (posible hipoplasia previa). • Uso de fármacos y hierbas. • Gestación: presencia de problemas de salud específicos y experiencia asociada. • Tipo de parto: intervención y experiencia de parto. • Acompañamiento del padre o de una persona significativa durante el proceso de parto. 			

Antecedentes de nacimiento del niño o niña	<p>Indagar en el recién nacido o nacida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de nacimiento: peso, talla, PC, edad gestacional, Apgar. • Contacto piel con piel y lactancia materna en la primera hora de vida. • Consumo de algún otro líquido distinto a la leche materna. • Porcentaje de baja de peso. • Alojamiento conjunto. • Problemas de salud en esta etapa.
Experiencia con el niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntarle a la familia cómo han estado emocionalmente y si tienen inquietudes, especialmente a la madre. • Indagar si existe una red de apoyo y si la madre tiene alguna figura de apoyo en la crianza. • Indagar sobre el estilo de crianza, disposición al consuelo efectivo y al contacto físico. • Observar las actitudes de cariño de la madre con su hijo o hija (esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla) y su disposición al amamantamiento. • Evaluar si el padre o pareja se encuentra interesado en la crianza y en el apoyo de la LM. • Revisar la existencia de riesgos biopsicosociales detectados en controles previos y el plan de trabajo consensuado.
Temas específicos del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de alimentación: tipo de alimentación, frecuencia, factores que pueden interferir en la instalación de la lactancia. • Diuresis y deposiciones: frecuencia, cantidad y características.
Temas específicos de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar bienestar emocional de la madre. • Bienestar físico: dolor al amamantar. • Evaluar grado de comodidad y nivel de satisfacción asociado a la lactancia. • Evaluar nivel de autoeficacia percibida.
EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN INTEGRAL EN CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA	
Evaluación de la relación madre, padre e hijo o hija	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar si el niño o la niña logra ser consolado por la madre, padre y/o cuidador. • Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre. • Evaluar si el padre u otra figura significativa acompañante manifiesta apoyo en el discurso y en la práctica con el recién nacido.
Antropometría	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de longitud y peso. • Registro en el Carnet de Salud del Niño y de la Niña. • Evaluar incremento de peso desde el último control.
Inspección general del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general (actividad y color de la piel). • Evaluar hidratación; estado de las mucosas, tensión fontanela anterior.
Evaluación neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar hipotonía o hipertonía marcada. • Descartar asimetrías evidentes.
Evaluación de piel y fanéreos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar presencia y extensión de ictericia. • Descartar presencia de dermatitis de la piel.
Evaluación de cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar cráneo: forma, deformidades, suturas, fontanelas.
Evaluación de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar dientes perinatales, candidiasis bucal y fisura palatina. • Evaluar funcionalidad de frenillo lingual e indemnidad del paladar. • Evaluar succión: funcionalidad, potencia.
Evaluación toraco-abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar distensión abdominal y presencia de hernias. • Descartar masas palpables.

Evaluación genitourinaria y anal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar genitales masculinos. • Evaluar genitales femeninos. • Evaluar presencia de problemas asociados: dermatitis del pañal o moniliasis.
Examen de mamas	<p>Solicitar permiso a la madre para realizarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pezón, observar: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de pezón: normal, plano, invertido. - Proporción pezón areola y proporción boca-pezón. - Integridad de la piel: presencia de lesiones, tales como grietas (superficiales o profundas), erosiones, etc. - Presencia de puntos blancos. - Cambios de coloración asociados a dolor post mamada. <p>Mama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad al tacto, dolor (tipo de dolor, irradiación, frecuencia y duración) - Enrojecimiento y/o calor local. - Tono: presencia de durezas, congestión. - Palpar tejido mamario: cantidad y distribución. - Presencia de masas. • Descartar signos hipoplasia mamaria: cambios nulos de las mamas durante la gestación, amplia separación entre mamas, asimetría, ptosis de las mamas, entre otros.
Técnica de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Observar posición y disposición en el amamantamiento, tanto de la madre como de su hija o hijo. • Evaluar si existe acople profundo de la mama: <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de dolor en la madre. - Labios evertidos. - Al desacople, pezón no presenta deformidades ni cambios de color. - No existen ruidos asociados (chasquidos, etc.) - No se evidencia hundimiento de mejillas en la succión. • Evaluar si existe transferencia de leche efectiva: <ul style="list-style-type: none"> - Deglución audible y rítmica. - Logra vaciamiento de la mama.
DIAGNÓSTICOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Estado nutricional (buen o mal incremento ponderal en RN). - Tipo de alimentación: lactancia materna exclusiva, mixta o artificial. - Lactancia materna instalada o en vías de instalación. - Problema de lactancia. - Problemas psicosociales a nivel familiar. - Otros problemas detectados. 	

INDICACIONES Y ACUERDOS GENERALES PARA LAS CONSULTAS DE LACTANCIA MATERNA

En la consulta de lactancia, es primordial entender la particularidad de cada díada y su familia, para así otorgar indicaciones acordes a su realidad. De esta forma, estas indicaciones constituyen una orientación general, la cual se debe adaptar a la etapa del desarrollo del niño o niña y a su contexto particular. Se sugiere apoyarse en el Manual Operativo LM. Acompañando tu Lactancia.2017. Disponible en <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>

Lactancia materna exclusiva libre demanda	<ul style="list-style-type: none"> La lactancia materna siempre debe ser a libre demanda. A medida que el niño o niña crecen, aspectos como el acople se van haciendo más fáciles, ya que la díada ya se reconoce y va de forma paulatina tomando una rutina. <ul style="list-style-type: none"> En cada toma, optimizar el agarre profundo de la mama, considerando que es de la areola y no sólo el pezón. Para saber si existe transferencia de leche, ayudar a la madre a identificar deglución audible de forma rítmica. En cada toma, ofrecer de un pecho hasta vaciarlo y luego el otro. Educación en reconocimiento de señales de hambre y manejo del llanto. Sugerir contactar a grupos de apoyo como liga de la leche u otros presentes a nivel local.
Fomentar la confianza y autoconcepto de la madre	<ul style="list-style-type: none"> Tanto la lactancia como la crianza pueden ser procesos vitales complejos, que pueden insegurizar a la madre. Reconocer y reforzar todos los aspectos positivos y esfuerzos realizados por la madre y el resto de la familia.
Guías anticipatorias de las crisis de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> Algunos niños o niñas presentan períodos de alrededor de 3 a 5 días en los que abruptamente piden de mamar de forma muy frecuente. Se cree que su objetivo es aumentar la producción de leche de la madre por un desajuste normal entre la cantidad producida y la que el niño o niña necesita, lo que suele suceder en períodos de rápido crecimiento. Muchas mujeres lo confunden con que la lactancia se está terminando y/o que el niño o niña no recibe suficiente leche. Pueden ocurrir en cualquier momento, aunque son más frecuentes en la 3ra o 6ta semana de vida, a los 3 meses, y al año de vida. Si el niño o niña se observa en buenas condiciones, sube de peso y moja pañales de acuerdo con lo esperado, se recomienda normalizar el proceso, reforzar a la madre su confianza, explicar que es transitorio y que se solucionará con paciencia y estando disponible para una mayor frecuencia de mamadas.
Guías anticipatorias alimentación en bloque	<ul style="list-style-type: none"> El patrón de alimentación en bloque o Cluster Feeding es aquel en el cual el niño o niña pide mamar frecuentemente en algún momento del día (generalmente vespertino), para luego entrar en un período de descanso. Puede coincidir con que el niño o niña se muestra molesto, por lo que se debe entregar confianza y soporte a la madre que usualmente lo asocia a una baja producción de leche.
Derivación y/o exámenes	<ul style="list-style-type: none"> Citar a consulta de seguimiento, según problema detectado o situación de lactancia. Citar a control de salud habitual.

BANDERAS ROJAS CONSULTA DE LACTANCIA

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente y en forma asistida a consulta, en los plazos correspondientes y para ser atendidos por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles.

En los casos de problemas graves, se debe asegurar que las derivaciones sean efectivas o incluso deben ser realizadas por los profesionales del equipo, quienes realizarán las gestiones y deberán entregar por escrito las acciones a seguir.

SEÑALES DE ALERTA	ACCIONES A SEGUIR
Lento incremento ponderal/ malnutrición por déficit	<ul style="list-style-type: none"> • Si en el control el niño o niña no ha subido de peso de acuerdo con lo esperado, evaluar condiciones generales del niño o niña en aspectos tales como; tono, actividad, calidad del llanto, hidratación, cantidad de pañales (cantidad y calidad de diuresis y deposiciones). • Si el niño/a se observa en buenas condiciones y se evidencia transferencia de leche en el control de salud: <ul style="list-style-type: none"> – Optimizar técnica de lactancia y frecuencia de amamantamiento. – Derivar a control de lactancia en las 48 a 72 horas posteriores y/o hasta asegurar un incremento de peso adecuado. • Si el niño o niña tiene signos clínicos de deshidratación leve a moderada: <ul style="list-style-type: none"> – Optimizar el acople, evaluar transferencia de leche. – Evaluar problemas en el establecimiento de lactancia. – Educar respecto a la técnica de lactancia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abrigo adecuado («tenida de lactancia»: con body y calcetines solamente o incluso desnudo en verano ante mucho calor, al terminar de amamantar abrigar nuevamente). ✓ Si se requiere extracción de leche, educar sobre técnica de extracción y forma de alimentar al niño o niña, indicar vasito, sonda al dedo o sonda al pecho. ✓ Si existe hipotonía o succión débil, aconsejar dar apoyo a mentón con mano de bailarina y realizar compresiones mamarias. – Suplementar con leche materna extraída, sólo si no es posible, utilizar fórmula de inicio. – Derivar a consulta de lactancia materna en las 48 a 72 horas posteriores. • Si el niño o niña presenta signos de deshidratación severa, derivar a servicio de urgencia.
Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar los motivos por los que la madre no está amamantando de forma exclusiva. • Si la madre así lo desea, apoyarla para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. • Iniciar plan de acción que involucre: <ul style="list-style-type: none"> – Administración de suplementación con dispositivos que no interfieran con la succión fisiológica; suplementador al pecho, vasito, sonda al dedo, cuchara. – Si no es posible, indicar mamadera de bajo flujo y administrar de forma pausada. • Controles de peso seriados para disminuir la fórmula de manera gradual.
Congestión mamaria	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar técnica de lactancia: acople adecuado y frecuencia. • Realizar compresión inversa suavizante alrededor de la areola por un par de minutos con el propósito de desplazar el edema y favorecer el acople. • Reforzar el vaciamiento completo de al menos una mama en cada toma. • Utilizar medidas de confort para facilitar vaciamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Masaje circular en mamas. – Compresión mamaria mientras amamanta o se extrae. – Uso de calor húmedo. Si hay aumento de temperatura local preferir hojas de repollo frías. • Antiinflamatorios de acuerdo con indicación médica.

Grietas del pezón	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar acople profundo de la mama (acople espontáneo/acople asimétrico). • Realizar compresiones mamarias para facilitar el flujo y disminuir el tiempo de mamadas. • Alternar posiciones de amamantamiento para disminuir la presión en la misma zona de forma constante. • Si las grietas son profundas: <ul style="list-style-type: none"> – Suspender el pecho directo por el menor tiempo posible (24 a 72hrs). – Mantener extracción frecuente y efectiva. – Administrar leche extraída con dispositivo respetuoso con la lactancia. – Citar para volver a acoplar bajo supervisión, de manera de no generar nuevas lesiones.
Mastitis	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el vaciamiento óptimo y frecuente de la mama. • Reforzar el vaciamiento completo de al menos una mama en cada toma. • Utilizar medidas de confort para facilitar vaciamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Masaje circular en mamas. – Compresión mamaria mientras amamanta o se extrae. – Uso de calor húmedo. Si hay aumento de temperatura local preferir hojas de repollo frías. • Antiinflamatorios de acuerdo con indicación médica. • Iniciar antibióticos de acuerdo con indicación médica. • Control en clínica de lactancia en 48hrs. • Si existe sospecha de absceso mamario derivar acorde con flujo local para estudio y eventual tratamiento.
Candidiasis oral (algorra) y/o en las mamas	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el control sea realizado por profesional de enfermería, derivar a profesional de medicina para tratamiento. • Indicar hervir de manera diaria chupetes u otros objetos en contacto con la boca del niño o niña hasta finalizar el tratamiento.
Niño o niña que no se acopla al pecho	<ul style="list-style-type: none"> • Acoger a la madre, ya que es una situación que puede generar mucho estrés y culpa. Todos los niños y niñas son diferentes y las estrategias útiles pueden ser diferentes. • Fomentar el contacto piel con piel, de manera de promover el acople espontáneo. • Estrategias posibles son: <ul style="list-style-type: none"> – Utilizar sonda al dedo, de manera de entrenar la succión. – Utilizar pezonera de silicona (si se utiliza es fundamental vigilar la transferencia de leche y controlar de forma precoz (48–72hrs) para verificar incremento ponderal adecuado). • Utilizar suplementador al pecho, de manera de estimular que el niño o niña permanezcan acoplados al pecho.
Hipoplasia mamaria/ otras causas de hipogalactia	<ul style="list-style-type: none"> • Acoger a la madre, ya que es una situación que puede generar mucho estrés y culpa. • Aunque la madre no logre amamantar de forma exclusiva, fomentar que lo haga lo más posible por el tiempo que ella desee. • La principal estrategia es estimular a que la madre alcance la mayor producción posible: <ul style="list-style-type: none"> – Fomentar el contacto piel con piel. – Si se estima conveniente, iniciar galactogogos de acuerdo con indicación médica (recordar que los galactogogos son un apoyo auxiliar, y que no serán de utilidad si el acople y la frecuencia de amamantamiento no son las adecuadas. No indicar Sulpiride). – Utilizar suplementador al pecho. • Descartar causas médicas de baja producción de leche (hipotiroidismo, retención de placenta, entre otros).
Frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar derivación a Cirujano infantil o Cirujano maxilofacial. • Posterior a corte de frenillo lingual, considerar periodo de adaptación o posible rehabilitación.

Presencia de dientes neonatales	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a Odontólogo para evaluación y eventual tratamiento.
Sospecha de fisura labiopalatina	<ul style="list-style-type: none"> Derivar a interconsulta urgente al Pediatra para confirmación o descarte del diagnóstico. Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 15 días siguientes, por sospecha de enfermedad AUGE.
Ictericia	<ul style="list-style-type: none"> En caso de ictericia bajo las rodillas, solicitar urgentemente medición de niveles de bilirrubina y evaluar la necesidad de fototerapia. Dejar citado a control para evaluar progresión según cada caso o realizar seguimiento en caso de hospitalización.
Alteraciones del examen físico del RN	<ul style="list-style-type: none"> Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad detectados, realizar diagnóstico, indicación de tratamiento y/o derivación a servicio de urgencia de pediatría según complejidad del problema detectado.
Constipación con signos orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciar entre disquecia del lactante (proceso fisiológico) y Enfermedad de Hirschsprung. El lactante presenta constipación con signos patológicos tales como: deposiciones duras y/o con sangre, fisuras anales, vómitos, distensión abdominal, síntomas sistémicos (fiebre, irritabilidad, rechazo alimentario). Indagar en historia clínica el antecedente de riesgo para Enfermedad de Hirschsprung, la eliminación de meconio después de las primeras 48 horas de vida, antecedente familiar e inicio precoz de la sintomatología (desde periodo de recién nacido/a) (19). No se debe realizar estimulación rectal, ni recomendar el uso de laxante ni otros medicamentos. Derivar a médico/a y/o servicio de urgencia.
Niño o niña difícil de consolar	<ul style="list-style-type: none"> Descartando la existencia de alguna causa médica en el examen físico. Educar a los padres y cuidadores en técnicas de manejo del llanto.
Madre con síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> Activar la red comunal ChCC. Activar redes de apoyo y recursos de apoyo de cada madre. Evaluar la necesidad de derivación a consulta de salud mental. Evaluar la necesidad de tratamiento farmacológico precoz. Dejar constancia para evaluación a los 2 meses con escala de Edimburgo y clínica.
Señales de violencia	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para evaluar la sospecha diagnóstica. Determinar el riesgo vital del niño o la niña. Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito) y realizar denuncia. <ul style="list-style-type: none"> En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores" (21). En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual" (22). <p>Recordar que los 2 objetivos primordiales son: detener el abuso y proteger a la víctima.</p>
Riesgos biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> Derivar al niño, la niña o la madre según corresponda. Activar la red comunal ChCC, registros en SRDM. Trabajar el caso con equipo de cabecera para plan de trabajo consensuado con la familia. Derivar para aplicación de ficha de protección social.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud [Chile]. Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral [Internet]. 2013. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Programa-Nacional-de-Salud-de-la-infancia-con-enfoque-integral.pdf
2. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para la Atención Psicosocial de los Niños y Niñas Hospitalizados en Servicios de Neonatología y Pediatría [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Atencion_Psicosocial_RN.pdf
3. P. Valenzuela y R. Moore. Supervisión de Salud: Un Enfoque Integral. En: Pediatría Ambulatoria: Un enfoque integral. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica; 2011. p. 15-20.
4. C. Kopp y M. Caal. Predicting later perfomance for normal, at rosk and handicapped infant. Life. 1982;
5. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Soporte vital avanzado pediátrico. 2011.
6. MINSAL. Patrones de Crecimiento. Para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/03/2018.03.16-Patrones-de-crecimiento-para-la-evaluación-nutricional-de-niños-niñas-y-adolescentes-2018.pdf>
7. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
8. Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Meneghello. Tratado de Pediatría. 6ta ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2013. 2600 p.
9. MINSAL. Orientaciones para la planificación y programación en red 2020 [Internet]. Santiago, Chile; 2019 [citado 5 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2020_v3.pdf
10. Ministerio de Desarrollo Social. Síntesis de Resultados Encuesta Casen - Niños, Niñas y Adolescentes. [Internet]. 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_nna_casen_2017.pdf
11. Ministerio de Desarrollo Social. Resultados 3a Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI 2017 . [Internet]. 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi/docs/resultados2017/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf
12. Ministerio de Salud de Chile. Manual Operativo de Lactancia Materna.: Acompañando tu Lactancia. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>
13. Dan Stewart, William Benitz, Committee on Fetus and Newborn. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/3/e20162149.full.pdf>
14. Torres Peral R, Expósito de Mena H. Vómitos y reflujo gastroesofágico. Pediatr Integral. 2019;XXIII(7):330-8.
15. Arancibia G. Lactante Vomitador. RGE Madurativo. En: Manual de Gastroenterología Infantil. Sociedad Chilena de Pediatría; 2015.
16. Powers, Nancy. Low Intake in the Breastfed Infant: Maternal and Infant Considerations. En: Breastfeeding and Human Lactation. Wambach, K., Riordan, J. Burlington: EEUU: Jones & Bartlett Learning; 2015.
17. Rozance P. Pathogenesis, screening, and diagnosis of neonatal hypoglycemia [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-screening-and-diagnosis-of-neonatal-hypoglycemia?search=neonatal%20hypoglycemia§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H137432344&source=machineLearning&selectedTitle=1-69&display_rank=1#H15
18. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGÉ Fisura Labiopalatina. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/guia-FisuraLabioPalatina-2015-CM.pdf>

19. Sood M. Functional constipation in infants, children, and adolescents: Clinical features and diagnosis. [Internet]. UpToDate. 2020 [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/functional-constipation-in-infants-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?sectionName=Infant%20dyschezia&search=dyschezia%20of%20the%20infant&topicRef=5872&anchor=H704000033&source=see-link#H704000033>
20. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía de Práctica Clínica Disrafias Espinales. Resumen Ejecutivo [Internet]. 2017. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/disrafias-espinales/resumen-ejecutivo/>
21. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf
22. Ministerio de Salud (MINSAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Guía Clínica. Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. 2011;
23. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE "Depresión en personas de 15 años y más. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
24. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Lactancia Materna contenidos técnicos para profesionales de la salud. [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
25. Flores-Lázaro JC, Castillo-Preciado RE, Jiménez-Miramonte NA. Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. *An Psicol.* mayo de 2014;30(2):463-73.
26. Delgado V, Contreras S. Desarrollo Psicomotor, primeros años. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2015.
27. Ministerio del Deporte, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación. Recomendaciones para la práctica de actividad física según Curso de Vida. (1a, ed.). Santiago de Chile.; 2017.
28. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
29. Rellán Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García M. El recién nacido prematuro. *Protoc Diagnóstico Ter Asoc Esp Pediatría Neonatol.* 2008;10.
30. Cecilia Perret P, Interna Carolina Pérez V, Cecilia Perret P; María José Poblete V; Carolina Pérez V. Manual de Pediatría [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2018. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/09/Manual-de-Pediatría.pdf>
31. Ministerio de Salud (MINSAL). Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud [Internet]. 1º. Santiago; 2014. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web\(1\).pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf)
32. McGowan JE, Alderdice FA, Holmes VA, Johnston L. Early Childhood Development of Late-Preterm Infants: A Systematic Review. *Pediatrics.* 1 de junio de 2011;127(6):1111-24.
33. Paz Levy D, Sheiner E, Wainstock T, Sergienko R, Landau D, Walfisch A. Evidence that children born at early term (37-38 6/7 weeks) are at increased risk for diabetes and obesity-related disorders. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2017;217(5):588.e1-588.e11.
34. Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica de los Programas Alimentarios. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-T%C3%A9cnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jur%C3%ADdica.pdf>
35. Theriot L. Routine nutrition care during follow-up. En: *Nutritional care for high-risk newborns.* 3ra ed. Chicago: Precept Press Inc; 2000. p. 567-83.
36. Ministerio de Salud de Chile. Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo. 2018.
37. Ministerio de Salud de Chile. Lineamientos técnicos operativos vacuna contra virus Hepatitis B en el recién nacido [Internet]. 2019. Disponible en: <http://sochog.cl/wp-content/uploads/2019/04/LINEAMIENTOS-VACUNACION-HEPATITIS-B-EN-EL-RECIEN-NACIDO.pdf>
38. Subsecretaría de Salud Pública (MINSAL). Protocolo 2019. Profilaxis de la infección del Virus Respiratorio Sincicial con Palivizumab para prematuros menores de 32 semanas y lactantes menores de 1 año con Cardiopatías Congénitas hemodinámicamente significativas. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/12_Protocolo-VRS.pdf

39. P. Arango, H. Fox, M. McPherson, M. McManus, C. Lauver, P. Newacheck, J. Perrin, B. Strickland y J. Shonkoff. An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998;102:117-23.
40. Ministerio de Salud de Chile. II Encuesta de Calidad De Vida y Salud Chile 2006 [Internet]. 2006 [citado 21 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/ENCAVI-2006.pdf>
41. Ministerio de Desarrollo Social. Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
42. Génova L, Cerda J, Correa C, Vergara N y Lizama M. Buenos indicadores de salud en niños con síndrome de Down: Alta frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(1):32-41.
43. Zemel B, Pipan M, Stallings V, Hall W, Schadt K, Freedman D, Thorpe P. Growth Charts for Children With Down Syndrome in the United States. *Pediatrics*. 2015;136(5):1204-11.
44. Lord C, Bishop SL. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 de marzo de 2015;11(1):53-70.
45. M.J. Álvarez Gómez, J. Soria Aznar, J. Galbe Sánchez-Venturac, Grupo de Pediatría del Desarrollo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(41):65-87.
46. A. Hervás, M. Maristany, M. Salgado, L. Sánchez Santos. Los trastornos del espectro autista. [Internet]. *Pediatría Integral*. 2012. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-12/los-trastornos-del-espectro-autista/>
47. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Signos y síntomas | Trastornos del espectro autista [Internet]. Trastornos del Espectro Autista. 2020 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html>
48. Autism Speaks. Learn the Signs of Autism [Internet]. Autism Speaks. s/f [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.autismspeaks.org/signs-autism>

