

ENFERMERÍA

CUIDADOS AL NIÑO SANO.

Beatriz Álvarez Embarba.
Coordinadora: **Ana Parro Moreno**



1 Cuidados al niño sano. Controles y visitas en atención primaria.

- 1.1** Atención al recién nacido: detección precoz de enfermedades congénitas y metabólicas.
- 1.2** Atención al recién nacido: plan de detección precoz de la hipoacusia.
- 1.3** Etapas de desarrollo.
 - 1.3.1** Parámetros de desarrollo y crecimiento. Somatometría.
 - 1.3.2** Parámetros de desarrollo y crecimiento. Desarrollo psicomotor.
 - 1.3.3** Parámetros de desarrollo y crecimiento. Desarrollo puberal.
 - 1.3.4** Parámetros de desarrollo y crecimiento. Cribado visual.

2 Controles y visitas Alimentación y nutrición. Dieta equilibrada. Higiene. Salud bucodental. Prevención de accidentes: hogar, escuela y tráfico. Adquisición de hábitos saludables: El papel de la familia.

- 2.1** Primera visita: Visita primera semana (enfermería).
- 2.2** Revisión 2-4 meses (pediatría y enfermería).
- 2.3** Revisión: 6 meses (pediatra y enfermera).
- 2.4** Revisión: 6-12 meses (pediatra y enfermera).
- 2.5** Revisión: 12-24 meses (pediatra y enfermera).
- 2.6** Revisión: 2-5 años (pediatra y enfermera).
- 2.7** Revisión: 6-12 años (pediatra y enfermera).
- 2.8** Revisión: 12-14 años (pediatra y enfermera).

3 Bibliografía.

1. Cuidados al niño sano. Controles y visitas en atención primaria

La atención al niño sano desde atención primaria es una de las actividades fundamentales de enfermería comunitaria. Las actividades propuestas en el seguimiento y control del niño sano tienen como objetivo promover el desarrollo integral de los y las menores para conseguir una salud plena, mediante la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables. El seguimiento desde atención primaria de la salud infantil se realiza entre 0-14 años centrándose en la promoción de hábitos sanos y las actividades de prevención el Seguimiento del desarrollo en la infancia, las Vacunaciones sistemáticas y la Detección precoz de problemas.

Dentro del seguimiento desde atención primaria al niño sano, cobra especial interés la atención a dos de las patologías con mayor prevalencia en esta etapa: atención a patologías crónicas (Asma y Obesidad infantil) y la Atención Bucodental.

La recomendación de las revisiones se realiza alternando profesional médico y enfermero (Tabla 1):

REVISIONES	PROFESIONALES QUE REALIZAN LA REVISIÓN
7 DÍAS	ENFERMERÍA
2 MESES	ENFERMERA Y PEDIATRA
4 MESES	ENFERMERA Y PEDIATRA
6 MESES	ENFERMERA Y PEDIATRA
11 MESES	ENFERMERA
12 MESES	ENFERMERA Y PEDIATRA
15 MESES	ENFERMERA
18 MESES	ENFERMERA Y PEDIATRA
2 AÑOS	ENFERMERA Y PEDIATRA
4 AÑOS	ENFERMERA Y PEDIATRA
6 AÑOS	ENFERMERA Y PEDIATRA
9 AÑOS	ENFERMERA Y PEDIATRA
12 AÑOS	ENFERMERA Y PEDIATRA
14 AÑOS	ENFERMERA Y PEDIATRA

Tabla 1. Revisiones de niño sano. Fuente de elaboración propia.

1.1. Atención al recién nacido: detección precoz de enfermedades congénitas y metabólicas

Las pruebas para la detección de metabolopatías congénitas se realizan mediante la recogida de una muestra de sangre que se realiza en las primeras horas de vida mediante una incisión en el talón y recogida por impregnación de una gota de sangre en papel de filtro, según la técnica denominada dry spot o de mancha seca.

La detección precoz de enfermedades congénitas y metabólicas se lleva a cabo mediante la determinación de diversos parámetros en muestras de sangre procedente del talón del recién nacido tomadas **entre las 48 y 72 horas de vida.**

El objetivo de estas pruebas es disminuir la incidencia de deficiencias físicas y psíquicas.

El cribado neonatal de enfermedades congénitas y metabólicas está dirigido a la detección temprana de estas enfermedades, para facilitar su pronto diagnóstico y tratamiento precoz además de seguimiento de los casos detectados. Con esta detección temprana se evitará que se manifiesten los síntomas de la enfermedad para evitar o minimizar los daños en el recién nacido (RN). Se trata de enfermedades que, si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo, provocan daños en el recién nacido ocasionando una importante discapacidad.

El tratamiento en general de estas patologías supone un tratamiento farmacológico junto con restricciones dietéticas o suplementos dietéticos, y en algunas ocasiones pueden requerir de tratamiento episódico si se presentan complicaciones.

Las enfermedades que se detectan con estas pruebas de cribado son las siguientes:

- ┐ Hipotiroidismo congénito.
- ┐ Fenilcetonuria.
- ┐ Fibrosis quística.
- ┐ Hiperplasia suprarrenal congénita.
- ┐ Anemia falciforme.
- ┐ Acidemia glutárica tipo I.
- ┐ Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD).
- ┐ Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD).
- ┐ Déficit de biotinidasa.
- ┐ Enfermedad de la orina con olor de jarabe de arce (MSUD).
- ┐ Homocistinuria.
- ┐ Acidemia isovalérica (IVA).

El cribado y seguimiento se describe en el siguiente esquema:

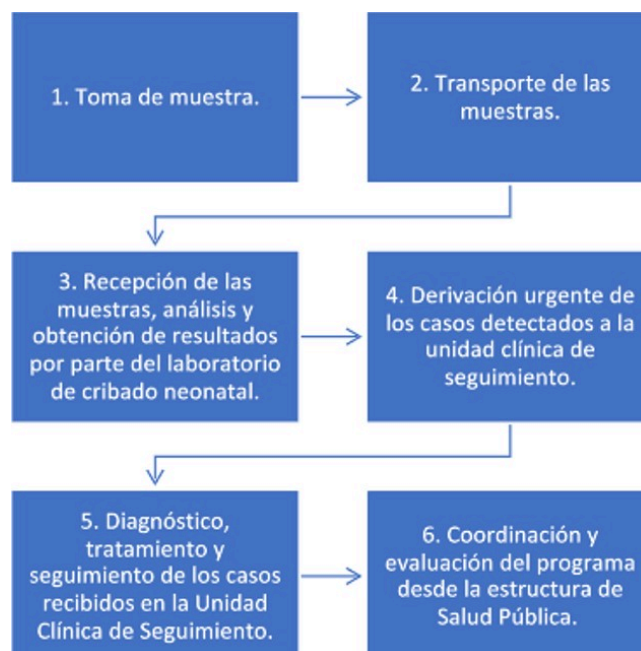


Imagen 1. Cribado y seguimiento metabolopatías congénitas. Fuente de elaboración propia basada en Objetivos y requisitos de calidad del Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas del Sistema Nacional de Salud.

La realización de la toma de la primera muestra se realizará en el hospital en las primeras 48-72 horas. No se debe realizar antes de las 48 debido a la elevación fisiológica de los niveles de TSH en suero en las primeras horas de vida y que es necesario la instauración de la alimentación proteica con el fin de que los niveles de fenilalanina en sangre sean detectables

Para la toma de muestra se llevará a cabo según las siguientes recomendaciones:

- ▮ Para hacer la incisión en el talón del niño, se empleará el dispositivo suministrado específicamente para la de toma de muestras debido a que es el que está indicado para realizar la extracción amplia y delicada que penetra en el lecho capilar respetando gran parte de la inervación del tejido.
- ▮ No emplear este dispositivo y utilizar otros como agujas de uso intramuscular, intravenoso o subcutáneo se considera un error y mala praxis ya que no dispone de un límite en la profundidad del pinchazo y puede ocasionar lesiones en el neonato. También se desaconseja el uso de lancetas automáticas que no estén diseñadas para esta función, como las lancetas de glucemia capilar.
- ▮ Es recomendable usar desinfectantes como la Clorhexidina acuosa al 2% o el Alcohol al 70%. No se deben emplear soluciones yodadas debido al efecto de estos sobre el neonato además de la posible alteración de los resultados de la prueba de cribado.
- ▮ No se debe masajear vigorosamente el talón ya que se han descrito algunos casos de quemaduras debido al uso de procedimientos para calentar el talón. Tan sólo es necesario un leve masaje al talón.
- ▮ Se debe realizar la incisión en la parte más lateral de la superficie plantar del talón del bebé y se extraen unas gotas de sangre que se impregnan en un papel absorbente homologado por ambas caras.
- ▮ Se debe depositar la muestra para secarse en una superficie limpia y libre de humedad, a temperatura ambiente evitando la exposición a la luz solar o a una fuente de calor.
- ▮ De ser posible, se debe utilizar el amamantamiento por su madre para aliviar el dolor en neonatos a los que se les somete a un procedimiento doloroso único, como es la punción del talón.

1.2. Atención al recién nacido: plan de detección precoz de la hipoacusia

El diagnóstico precoz de la hipoacusia se lleva a cabo para conseguir un tratamiento eficaz. Esta detección se debe llevar a cabo en el recién nacido debido a que existe una relación entre el lenguaje y la audición, por lo que antes de los cuatro años es importante identificarlo para evitar que las pérdidas de audición tengan efectos permanentes en el desarrollo del lenguaje.

Mediante las pruebas de cribado o screening se puede confirmar un diagnóstico más rápido para de manera precoz implementar un tratamiento eficaz y realizar el seguimiento de los casos detectados.

Por su etiología podemos clasificar las hipoacusias en:

- ▮ **Hipoacusias hereditarias**, que representan un 35% del total.
- ▮ **Hipoacusias adquiridas**, que suponen otro 35% de las hipoacusias.
- ▮ **De origen desconocido**, que constituyen el 30% restante.

Existen dos métodos de detección precoz de la hipoacusia aceptados:

▮ **Medida de los potenciales auditivos del tronco craneal (PEATC):**

Este método tiene como inconveniente la sedación del niño y un elevado coste, por lo que para las pruebas de screening no se emplea actualmente.

▮ **Oto emisiones acústicas evocadas (OAE):**

Para la realización de la prueba no se requiere mucho tiempo, entorno a 15 minutos (incluyendo la preparación del niño, tiempo para hablar con los padres, etc...). Las condiciones para la realización requieren mínimo ruido ambiental posible. Se debe aprovechar el momento en el que el recién nacido está más relajado (durante el sueño espontáneo, tras la toma de alimento), y con su madre presente durante toda la exploración.

La detección precoz se debe realizar antes del primer mes de vida mediante cribado universal antes del alta hospitalaria con el objetivo de:

- ┌ Tener acceso al diagnóstico antes de los tres meses.
- ┌ Tener un tratamiento pautado a los seis meses.
- ┌ Seguimiento de los casos detectados.

1.3. Etapas de desarrollo

Periodos de la infancia/etapas de la infancia:

- ┌ **Periodo intrauterino.** Este periodo va desde la concepción hasta el nacimiento, tiene a su vez dos subdivisiones:
 - ┌ Periodo intrauterino precoz que comprende las primeras 28 semanas de gestación.
 - ┌ Periodo intrauterino tardío comprenden desde 28 de gestación hasta el nacimiento.
- ┌ **Periodo neonatal.** Abarcan las primeras cuatro semanas de vida.
 - ┌ Periodo neonatal precoz. Periodo incluido desde el nacimiento hasta la primera semana de vida.
 - ┌ Periodo neonatal tardío. Periodo desde el octavo día de nacimiento hasta el día 28 de vida.
- ┌ **Periodo perinatal.** Comprenden las últimas semanas de gestación hasta los 28 días de vida. También cuentan con dos fases:
 - ┌ Perinatal I. Desde que el feto alcanza los 1000gr de peso, 28 semanas de gestación, hasta los 7 días tras el nacimiento.
 - ┌ Perinatal II. Desde que el feto alcanza los 500gr de peso, semana 22 de gestación hasta los 28 días tras el nacimiento.
- ┌ **Periodo post neonatal/lactante.** Desde día 29 de vida hasta el primer año.
- ┌ **Periodo de la primera infancia.** Desde el primer año hasta los 3 años de vida.
- ┌ **Periodo preescolar.** Desde los 3 años hasta los 6 años de vida.
- ┌ **Periodo escolar.** Desde los 6 años hasta los 12 años.
- ┌ **Periodo de adolescencia.** No existe un periodo concreto, la OMS lo enmarca desde los 10-19 años, aunque su inicio comienza con los cambios físicos y hormonales que sufre el cuerpo.

1.3.1. Parámetros de desarrollo y crecimiento. Somatometría

El crecimiento es un cambio físico y un aumento de tamaño. Es una magnitud mensurable.

Tiene lugar los primeros 20 años de la vida.

Los parámetros de crecimiento y desarrollo en el niño sano se miden a través de los siguientes datos somatométricos:

┌ **Peso:**

El peso del recién nacido a término es de 2600-4000gr, siendo menor en niñas que en niños.

En la primera semana de vida se produce una disminución del peso de un 5-10%, esta pérdida se deberá recuperar alrededor del 7º-10º día. Una vez recuperado el peso, la ganancia posterior será aproximadamente de 25 g/día durante el primer trimestre.

El peso se duplica al quinto mes, se triplica al año y se cuadruplica a los dos años. Se considerará sobrepeso cuando el peso supere 20% de lo ideal para su talla.

┌ **Factores influyentes en el peso del niño:**

Sexo, raza, constitución, edad de los padres, hábitos de la madre.

El aumento de peso debe ser alrededor de:

- ▮ 1º trimestre: 700grmes.
- ▮ 2ª trimestre: 600grmes.
- ▮ 3º trimestre: 500grmes.
- ▮ 4º trimestre: 300grmes.

Hay que tener en cuenta la relación peso-talla siendo ideal que estén proporcionadas. Para realizar una correcta medición se verificará la precisión de la balanza antes de cada pesada. La balanza debe estar adecuadamente calibrada. Balanza de Lactantes para menores de 16 kg, para mayores de 16 kg en báscula convencional. El niño debe estar desnudo, sin pañal y en caso de necesitarlo recién cambiado. Mantener al niño quieto y tranquilo, si no es posible se pesará un familiar primero y luego con el niño en brazo restando la diferencia obtendremos el peso aproximado.

▮ Talla:

La talla media al nacer es de aproximadamente 50 cm (entre 48 y 52 cm). Durante el periodo neonatal la talla no varía apreciablemente. Suelen aumentar 2,5 cm/mes durante el primer semestre de vida, enlenteciéndose después este ritmo de crecimiento. La talla se duplica a los cuatro años.

El aumento de la talla en el lactante es aproximadamente:

- ▮ 1 mes: 4 cm.
- ▮ 2 meses: 3 cm.
- ▮ 3 meses: 3 cm.
- ▮ 4 meses: 2 cm.
- ▮ 5 meses: 2 cm.
- ▮ 6-12 meses: 1 cm

Se mide la distancia entre la planta de los pies y el vértice craneal, en decúbito supino (menores de dos años) en posición ortostática (mayores de 2). Es el dato más importante para los trastornos del crecimiento. Cuando nacen miden aproximadamente 48-50cm. Hasta 2 años se mide en decúbito supino.

Posterior: mediante estadiómetro. En menores de 2 años, se precisa la colaboración de otra persona, que sostendrá la cabeza en contacto con el soporte fijo, de forma que el suelo de las órbitas y los conductos auditivos formen un plano perpendicular a la mesa, la enfermera ajusta el tope móvil a los pies en 90º del niño.

En mayores de 2 años, se coloca al niño en posición erecta con cuatro puntos de apoyo sobre el plano de medida: talones juntos, nalgas, hombros y occipucio (mirada horizontal), de forma que la línea entre las orbitas y el conducto auditivo sea paralela al suelo.

▮ Perímetro cefálico:

El tamaño medio del cráneo al nacer es de 35 cm aproximadamente. Este perímetro puede disminuir hasta un centímetro en los primeros días si al nacer presentaba edema del cuero cabelludo. Un aumento o disminución del perímetro en más de 2 cm en pocos días es sugestivo de patología. Se equipará al perímetro torácico a los 10-12 meses.

Mediante cinta métrica con una mano sobre la mayor prominencia frontal y la otra sobre el mayor saliente óseo occipital.

El PC al nacer es 35 cm en 1º semestre aumenta 1,5 cm/mes, en el 2º 0,5 cm/mes.

La valoración del PC es de especial importancia en los bebés para determinar el crecimiento del cráneo y el cerebro, debe medirse hasta el año de vida, la normalidad es normocefalia, que se relaciona con el tórax, a los 9 meses ambas medidas son iguales siendo después el tórax mayor.

Las anomalías son macrocefalia (a menudo por líquido) o microcefalia.

┐ **Perímetro torácico:**

La longitud media es de unos 31-35 cm, siempre debe ser menor que el cefálico (unos 2 cm menor). Se mide a nivel de las mamilas:

Se mide en decúbito supino pasando la cinta métrica por la parte media del tórax nivel de las mamilas. Esta medida no se realiza en atención primaria.

Los datos obtenidos deben pasarse a la tabla de percentiles para su interpretación:

Tablas de percentiles OMS: Son las más usadas, están expresadas por curvas de percentil (mínimo 3, máximo 97) cualquier talla, peso o pc entre esos percentiles es normal, la población media tendrá un percentil de 50 para su edad. En las ordenadas pondremos la talla, peso o pc y en las abscisas la edad.

Cuando los valores son menores de P3 existe problema por defecto, si son mayores de P97 es por exceso.

Los percentiles de crecimiento sólo como dato no indican el estado de salud de un niño. Es sólo una comparación.

Las gráficas de crecimiento son útiles para realizar un seguimiento a lo largo del tiempo. Comparar la variación del crecimiento a distintas edades y conocer cómo es la curva particular de un niño concreto es más importante que un valor aislado. Si un niño crece siguiendo un cierto patrón y en un momento dado cambia ese patrón y empieza a crecer más despacio, podemos estar ante un problema de salud y descubrirlo observando su curva de crecimiento. Aunque en determinados periodos, como entre los 6 y 18 meses o en la adolescencia, algunos niños normales pueden cambiar de percentil.

Velocidad de crecimiento: Es un parámetro dinámico, relaciona longitud y t^0 , se necesitan 2 medidas en un intervalo de tiempo para valorar el ritmo de crecimiento. En las ordenadas tenemos los cm por año y en las abscisas la edad en años.

RECUERDA



Las básculas a menudo funcionan mal, no están todas calibradas por igual, no se puede comparar la pesada de una báscula a otra.

Para comparar las condiciones de cada pesada deben ser las mismas.

El promedio no es siempre lo normal, cada niño es individual en el crecimiento.

Los registros de peso y talla nos proporcionan información valiosa pero incompleta en la valoración de la salud por ello deben siempre ir acompañados de la h^a clínica y un examen físico completo.

1.3.2. Parámetros de desarrollo y crecimiento. Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor se caracteriza por la adquisición continua y progresiva de habilidades. Se entiende este desarrollo además a la maduración de las estructuras nerviosas, también con el aprendizaje.

Para realizar la valoración se emplean habitualmente las siguientes pruebas:

El **Test de Denver**. Se utiliza en pacientes entre 0 y 6 años.

Evalúa cuatro áreas: motor grueso, motor fino, lenguaje y socio-personal.

Las **tablas de Haizea-Llevant** se emplean como un instrumento que permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de los niños de 0 a 5 años de edad.

Ha sido diseñada para ayudar a los profesionales sanitarios el desarrollo de las niñas y niños, y poder identificar precozmente, en toda la población infantil, aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada.

La tabla ofrece la edad de adquisición habitual de determinados hitos fundamentales del desarrollo infantil, indicando en cada uno de sus elementos la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente el 50% (inicio de la columna verde), 75% (final de la columna verde) y el 95% (final de la columna azul) de la población de niños y niñas menores de 5 años de edad.

Consta de 97 elementos, que valoran el desarrollo de la manera siguiente:

- ▮ **Área de socialización:** 26 elementos.
- ▮ **Área de lenguaje y lógica-matemática:** 31 elementos.
- ▮ **Área postural:** 21 elementos.
- ▮ **Área de manipulación:** 19 elementos.

1.3.3. Parámetros de desarrollo y crecimiento. Desarrollo puberal

La pubertad es un fenómeno biológico complejo a través del cual se desarrollan los caracteres sexuales secundarios, se obtiene la maduración sexual completa y se alcanza la talla adulta. En los seres humanos, la pubertad se manifiesta no solamente en forma de cambios hormonales y físicos, sino también con cambios conductuales y psicológicos.

Las Tablas de Tanner valoran la maduración sexual a través del desarrollo físico basándose en características sexuales externas y primarias como son el tamaño de los genitales, el desarrollo mamario o la aparición de vello púbico o axilar (tabla 2-3).

DESARROLLO MAMARIO ESTADIOS DE TANNER	DESARROLLO VELLO PÚBLICO ESTADIOS DE TANNER
ESTADIO 1 (M1): Mamas infantiles	ESTADIO 1 (P1) - Vello infantil.
ESTADIO 2 (M2): Botón mamario. Areolas y pezones sobresalen como un cono, Edad: 11 años	ESTADIO 2 (P2): - Vello escaso en los labios. - Edad: 11,6
ESTADIO 3 (M3) - Elevación de mama y areola en un mismo plano.	ESTADIO 3 (P3): - Vello púbico rizado y oscuro. - Edad: 12 años
ESTADIO 4 (M4) - Areola y pezón forman una segunda elevación (este estadio puede ser normal en la mujer adulta). - Edad: 13,3	ESTADIO 4 (P4) - Vello de tipo adulto, pero cubre menor área. - Edad: 13 años
ESTADIO 5 (M5) - Desarrollo mamario total. - Edad: 15,3	ESTADIO 5 (P5) - Vello adulto, extensión a cara interna de muslos. - Edad: 14,4

Tabla 2. Desarrollo puberal mujer. Fuente: Marshall WA, Tanner JM. Variaciones en el patrón de cambios puberales en niñas. Arco Dis Niño. junio de 1969; 44(235):291-303.

DESARROLLO PUBERAL VARONES

ESTADIO G1 (G1-P1) - Vello y genitales infantiles.
ESTADIO G2 (G2-P2) - Aumento de los testículos. - Vello escaso en la base del pene. - Edad G: 11,6 - Edad P: 13,4
ESTADIO G3 (G3-P3) - Agrandamiento del pene. - Escroto rugoso y pigmentado. - Edad G: 12,6 - Edad P: 13,9
ESTADIO G4 (G4-P4) Aumento de los testículos y glande. - Pigmentación escrotal. - Vello de tipo adulto. - Edad G: 13,7 - Edad P: 14,3
ESTADIO G5 (G5-P5) - Genitales de tipo adulto. - Vello adulto, extensión a muslos y línea alba. - Edad G: 14,9. - Edad P: 15,1

Tabla 3. Desarrollo puberal tablas de Tanner. Fuente: Marshall WA, Tanner JM. Variaciones en el patrón de cambios puberales en los niños. Arco Dis Niño. 1969; 44(235):13-23.

1.3.4. Parámetros de desarrollo y crecimiento. Cribado visual

▮ EXPLORACIÓN OCULAR:

▮ Inspección externa de párpados y globos oculares.

▮ **Reflejo rojo.** Valora la retina y la transparencia ocular. Se explora mediante el oftalmoscopio enfocando la pupila a unos 30-45 centímetros.

▮ **Test de Bruckner.** Mide el reflejo del fondo de ambos ojos simultáneamente mediante el oftalmoscopio sirve para detectar la presencia de estrabismo. Si no existe una gran anisometropía (diferencia de dioptrías entre los dos ojos) el reflejo será simétrico en forma y color y los ojos están equidistantes.

▮ **Test de Hirschberg.** Valora el reflejo corneal mediante la observación de una luz proyectada en la cara del bebé.

▮ **Test del ojo cubierto-descubierto (Cover test).** Cuando se fija la mirada en un objeto situado a unos 40 cm se ocluye la visión de un ojo y se observa el otro. Si este ojo para enfocar el objeto vario de posición, se considera que el test es positivo (indica estrabismo). Para la realización de este test es necesaria la colaboración del niño por lo que no está indicado en menores de los 2- 3 años.

▮ **Valoración de la visión binocular o estereopsis** (capacidad de fusión de las imágenes recibidas. Dichas pruebas son muy útiles ya que detectan ambliopía como también requiere de colaboración no se recomienda en menores de 3 años.

▮ **Agudeza visual mediante optotipos.** Debe valorarse cada ojo de manera independiente. El optotipo necesita tener una correcta iluminación y realizarse a una distancia correcta. Se necesita la colaboración plena para esta prueba por lo que el niño tendrá que estar tranquilo y colaborador; los más pequeños lo hacen mejor sentados encima de su acompañante. Hay que asegurarse que está mirando por un solo ojo para ello se tapaná el otro ojo. Se deben usar oclusores específicos para tapan el ojo que no valorado o bien otros como una cartulina No usar la propia mano debida a la opresión que se puede realizar sobre el ojo ocluido.

Los optotipos empleados en edad escolar son adaptados como el de Allen o la E de Snellen o los

signos alfabéticos para escolares. Es necesario que el optotipo esté calibrado y sea el adecuado a la edad del paciente. No es la misma la agudeza visual en menores, siendo por ejemplo los niños de 4-5 años una agudeza de 2/3 adecuada. Es importante que la agudeza en ambos ojos sea la misma de lo contrario sospecharíamos de la existencia de ambliopía.

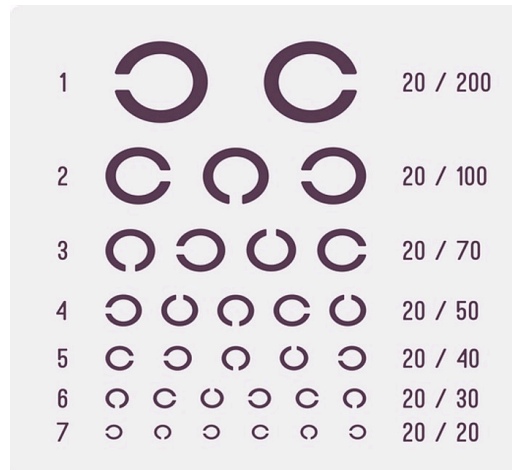


Imagen 2. Optotipo Snellen. Fuente: https://pixabay.com/es/images/search/optotipos/?manual_search=1

2. Controles y visitas Alimentación y nutrición. Dieta equilibrada. Higiene. Salud bucodental. Prevención de accidentes: hogar, escuela y tráfico. Adquisición de hábitos saludables: el papel de la familia

Existen en todas las revisiones una serie de medidas que se van a realizar y son comunes:

- ┐ Educación para la salud.
- ┐ Somatometría.
- ┐ Desarrollo psicomotor.
- ┐ Prevención de accidentes.
- ┐ Vacunación según calendario de vacunación.

2.1. Primera visita: visita primera semana (Enfermería)

En esta primera visita se realiza la captación del niño y apertura de historia clínica, donde se recoge los siguientes datos:

- ┐ Registro sociodemográficos.
- ┐ Antecedentes del embarazo, el parto y el periodo perinatal:

1. Evolución desde el nacimiento

La atención se realizará en el centro de atención primaria 48-72 horas después del alta de la materni-

dad, en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida.

En caso de alimentación al seno materno exclusivo será atendido en el centro de atención primaria 48-72 horas después del alta de la maternidad, en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida.

Los contenidos básicos de esta visita son:

1. Atención a los problemas médicos identificados al alta de la maternidad.

2. Atención a la alimentación con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses:

Amamantamiento a demanda, sin horarios y vaciamiento de mamas.

Valorar conocimientos de los padres sobre lactancia eficaz, así como de sus riesgos (pérdida excesiva de peso, falta de ganancia a partir del tercer día, mala experiencia previa, falta de ayuda).

Derivar a grupos de apoyo si fuera necesario o talleres de lactancia.

3. Evaluación del bienestar del recién nacido:

Conocimientos de los padres en el cuidado de recién nacido.

Conocer hábitos de higiene, socialización (paseo diario y visitas) y sueño descanso.

4. Lactancia materna y problemas vinculados con la adaptación de esta. En caso de lactancia artificial supervisar la preparación.

5. Detección precoz de problemas de salud:

Riesgo de deshidratación o hipernatremia. Hiperbilirrubinemia sobre todo en la primera semana de vida. Riesgo de infecciones.

Malformaciones cuyo inicio sea posterior al alta hospitalaria (cardiopatías, malformaciones intestinales, displasia evolutiva de cadera, etc...).

Identificar el riesgo psicosocial, valorar el entorno familiar y detección precoz de la depresión postparto materna.

Realización la segunda prueba de detección de metabolopatías congénitas.

6. Registro de los cribados realizados antes del alta hospitalaria:

Administración de vitamina K, cribado auditivo, de hipotiroidismo, de displasia evolutiva de cadera...)

Registro de la 1.^a dosis de vacuna de hepatitis B.

7. Educación para la salud en relación con los cuidados del cordón, sueño, prevención del síndrome muerte súbita del lactante, cuidados de colecho, se desaconseja colecho en la misma cama, aconsejable en cama sidecar).

8. Informar de la prevención de la muerte súbita del lactante con medidas a adoptar hasta al menos los seis primeros meses de vida como son dormir en decúbito supino. Desaconsejar colchones blandos y cojines. Las cunas deben seguir las medidas de protección homologadas. Evitar el tabaquismo pasivo. No arropar en exceso y mantener una temperatura en torno a los 22 grados en el hogar.

9. Implicar a todos los miembros de la familia en los cuidados del recién nacido.

10. Evaluación del desarrollo físico y psicosocial:

- └ Somatometría mediante la medición peso, talla y perímetro craneal. Registro en sus gráficas de percentiles.
- └ Realizar pruebas metabólicas según CC. AA., antes del 8.º día de vida.

11. Empleo de un sistema de retención infantil homologado en el automóvil

2.2. Revisión 2-4 meses (pediatría y enfermería)

En esta segunda visita se realizarán los mismos cuidados y recomendaciones.

La exploración física se centrará en:

- └ Somatometría (peso, talla, perímetro cefálico). Fontanela.
- └ Aspecto general: hidratación, lesiones.
- └ Exploración sensorial: visión Piel. Boca. Ojos.
- └ Cianosis, ACP, pulsos periféricos, hepatomegalia y cribado de cardiopatía congénita.
- └ Genitales (cribado de criptorquidia, sinequias).
- └ Tono. Aparato locomotor (pliegues), cribado de displasia de cadera.

En la valoración se incluirá la evolución desde la última visita. Evaluar los cuidados familiares:

- └ Recoger las preocupaciones o dudas de los padres.
- └ Valorar la alimentación, higiene, patrones de sueño y socialización adquiridos hasta esta revisión
- └ Valorar el apego y la relación padre y hermanos (valorar celos del hermano)
- └ Posición para dormir. Se seguirá la recomendación DL o boca arriba.
- └ Detección del Tabaquismo pasivo.
- └ Registro de la 2.ª prueba metabólica en la historia clínica.
- └ Evaluación riesgo social.
- └ Cuidados generales. Alimentación. Hábito intestinal, diuresis, sueño, llanto.

2.3. Revisión: 6 meses (pediatra y enfermera)

Además de la valoración somatometría, desarrollo psicomotor y valoración visual se realizará **la valoración mediante entrevista clínica de los siguiente:**

- └ Valorar la continuidad de la lactancia materna o si han introducido y cómo la alimentación complementaria.
- └ Registro de los hábitos de sueño, prevención de la muerte súbita del lactante
- └ Prevención tabaquismo pasivo y consumo de tabaco, otros
- └ Conocimientos de los progenitores para el cuidado del menor.
- └ Identificar el apego y tipo de apego
- └ Identificar el apoyo familiar y social.
- └ Evidencias y promoción de buen trato (sospecha de maltrato infantil)
- └ Identificar preocupaciones sobre el cuidado del bebé de los progenitores.
- └ Valorar la incorporación de la madre al trabajo y la adaptación familiar o cuidado en escuela infantil.

En la exploración física se centrará en:

- ▮ Exploración física completa. Somatometría, desarrollo psicomotor identificar los signos de alerta como falta de interés por el entorno o pasividad, falta de prensión voluntaria mantenimiento del reflejo de Moro o Hipertonía de extremidades e hipotonía de tronco.
- ▮ Desarrollo visual (reflejo ojo rojo, reflejo luminoso, prueba de oclusión,)
- ▮ Cribado hipoacusia (respuesta a sonidos)
- ▮ Cribado criptorquidia.
- ▮ Cribado de displasia evolutiva de caderas.
- ▮ Exploración bucodental.

La recomendación de mantener lactancia exclusiva hasta los 6 meses implica la introducción en este mes de la alimentación complementaria. Desde este momento se debe añadir de forma paulatina el resto de los alimentos, manteniendo la LM a demanda todo el tiempo que madre e hijo deseen.

La alimentación complementaria es el proceso en el que se brinda al bebé alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta.

Los cereales sin gluten (arroz, maíz, soja, tapioca, mijo) se pueden incorporar a partir de los 4 meses, aunque se recomienda sobre todo si está con lactancia materna esperar a los 6 meses.

No se debe añadir ni azúcar ni edulcorantes para comprobar la aceptación. Tampoco se debe añadir sal, para conservar los sabores naturales de los alimentos.

Los alimentos nuevos deben introducirse de uno en uno y esperar para introducir otro nuevo unos días. De esta manera se identificaría las posibles intolerancias, así como se les ayuda a acostumbrarse a los nuevos sabores.

No se debe forzar a comer en caso de que un alimento no le guste se puede volver a intentar unos días después.

Aunque tradicionalmente se han dado tablas indicando qué alimentos deben introducirse en cada momento, el orden no tiene mucha importancia y no se ha demostrado una base científica para estas tablas. La introducción de nuevos alimentos de basa en normas y costumbres culturales y se usan para facilitar el proceso a los padres. Es importante que de manera prioritaria se introduzcan alimentos ricos en hierro y zinc.

2.4. Revisión: 6-12 meses (pediatra y enfermera) ---

Se centrará la entrevista en:

- ▮ Valoración estilos de alimentación, horarios, cantidades, tipos de alimentación, comida sólida, alergias.
- ▮ Hábitos del patrón de sueño.
- ▮ Tabaquismo pasivo y hábitos tóxicos.
- ▮ Conocimientos y manejo de los padres en el cuidado del menor.
- ▮ Valoración del apego seguro.
- ▮ Identificación del apoyo sociofamiliar.
- ▮ Evidencias y promoción de buen trato (sospecha de maltrato infantil).

La exploración además de incluir la somatometría y desarrollo psicomotor se registrará:

- ▮ Cribado criptorquidia.
- ▮ Cribado de displasia evolutiva de caderas.
- ▮ Exploración bucodental.

2.5. Revisión: 12-24 meses (pediatra y enfermera)

En estas revisiones se continúa con la somatometría (valorar según peso y talla el uso de balanza convencional) y desarrollo psicomotor, y valoración visual.

En estos meses, los **consejos de educación para la salud** se centrarán en:

- ▮ Prevención accidentes domésticos, debido a la autonomía que comienzan a adquirir.
- ▮ Prevención de accidentes de tráfico, silla adaptada en el coche.
- ▮ Prevención del raquitismo, especialmente aquello que siguen con lactancia exclusiva y no han introducido la alimentación complementaria.
- ▮ Prevención de hábito tabáquico en domicilio.
- ▮ Fotoprotección.
- ▮ A partir 15-18 meses, normas preventivas: cepillado, fluorización, alimentos sin azúcar añadida, etc...).
- ▮ Detección precoz de anomalías: caries y maloclusión. Uso del chupete o tetina hasta máximo 2 años.

En cuanto a la **alimentación se deben sugerir algunas recomendaciones:**

- ▮ Comienzo uso de la cuchara. No empleo el biberón. Los líquidos se podrán dar vaso adaptado para esa etapa.
- ▮ Prohibido el uso de alimentos alergénicos o con riesgo de atragantamiento como frutos secos, uvas, aceitunas.
- ▮ Incorporar nuevos alimentos de uno en uno para identificar posibles intolerancias.
- ▮ No hay un esquema perfecto para las pautas de alimentación pero los cambios deben ser flexibles y adaptados a la forma de comer de cada familia y a cada cultura.

2.6. Revisión: 2-5 años (pediatra y enfermera)

La **educación para la salud** en este tramo etario se centrará en:

- ▮ Consejos sobre alimentación equilibrada y variada.
- ▮ Consumo de lácteos e información a los padres sobre alimentos cariogénicos.
- ▮ Consejos sobre higiene bucodental.
- ▮ Consejo anti tabáquico a los padres.
- ▮ Dar normas sobre el aprendizaje del control diurno de esfínteres.
- ▮ Estimulación del lenguaje, manipulación, juegos y uso de cubiertos.
- ▮ Refuerzo de la Educación para la Salud contenida en visitas anteriores.
- ▮ No empleo de chupete.

En la **entrevista clínica se debe preguntar sobre:**

- ▮ Valoración Eliminación urinaria.
- ▮ Control del esfínter vesical nocturno. Edad en años.
- ▮ Valoración Hábito intestinal.
- ▮ Valoración Hábito de sueño
- ▮ Alteraciones: pesadillas, insomnio, terrores nocturnos. Se considera normal hasta los 6 años

- ┐ Siesta diurna: sí/no.
- ┐ Colaboración niño y padres en la revisión.

La **exploración se incluirá a:**

- ┐ Valoración Optotipo OD y OI.
- ┐ Valoración Visión cromática.
- ┐ Audición (exploración).
- ┐ Indicar método (test de susurro o mediante audiometría).
- ┐ Valoración Comunicación con los padres.

2.7. Revisión: 6-12 años (pediatra y enfermera) ---

La **entrevista se centrará en la exploración:**

- ┐ Adquisición hábitos alimenticios. Come sólo, masticación, tipo de dieta.
- ┐ Tabaquismo de a los padres.
- ┐ Valoración sobre actividad física y deportes en equipo. Ejercicio al aire libre.
- ┐ Exploración sobre higiene bucodental y uso del flúor.
- ┐ Valoración sobre el uso del ocio y tiempo libre.

La **educación para la salud:**

- ┐ Consejos sobre protección solar.
- ┐ Consejo dieta variada.
- ┐ Consejos sobre prevención de accidentes: educación vial, juegos, riesgos domésticos, inmersión y tráfico.
- ┐ Consejo sobre uso de la televisión o jugando con el ordenador o los videojuegos.

2.8. Revisión: 12-14 años (pediatra y enfermera) ---

La **educación para la salud** en este tramo etario se dirigirá a:

- ┐ Consejo sobre alimentación variada y equilibrada.
- ┐ Consejo sobre hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y drogas. En esta ocasión se centrará en el consumo propio, no tanto en el pasivo.
- ┐ Información sobre sexualidad, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. Se puede ofrecer consulta individual con el consentimiento familiar.
- ┐ Consejos sobre actividad física.
- ┐ Consejos sobre higiene general y bucal.
- ┐ Consejos sobre prevención de accidentes: educación vial, tráfico, lesiones deportivas, juegos de riesgo.
- ┐ Consejos sobre protección solar.
- ┐ Vacunas a los 12 años y 14 años.

En la **entrevista se centrará en:**

- ┐ Valoración Imagen corporal.
- ┐ Valoración Autoestima.
- ┐ Sentimientos de inseguridad.
- ┐ Colaboración en la revisión.
- ┐ Número de horas de estudio al día.
- ┐ Situaciones que causan estrés en el niño.
- ┐ Situaciones que causan estrés en los padres.

- 7 Capacidad para resolver conflictos sin agresividad
- 7 Cambios de colegio.
- 7 Valoración de la Adaptación al cambio.

Consejos parentalidad positiva en la adolescencia:

- 7 Durante la adolescencia se producen muchos cambios físicos y psicológicos con los que deben adaptarse. Par conseguir una buena adaptación se debe facilitar la comprensión de sus preocupaciones y miedos
- 7 Es útil hablar con naturalidad de este proceso y no incidir en bromas relacionadas con ello, especialmente con los cambios físicos a los que aún no están adaptados.
- 7 A los cambios físicos se unen cambios hormonales que provocan inestabilidad en el humor del adolescente. Es importante sensibilizar a los padres en relación a algunos cambios de humor como irritabilidad e inestabilidad emocional son reacciones normales en esta etapa.
- 7 En la adolescencia es frecuente explorar nuevas formas de relación con el entorno realizando comportamientos de riesgo y búsqueda de sensaciones por lo que los padres deben valorar la conducta de sus hijos evitando así riesgos innecesarios.

3. Bibliografía

1. Maltrato infantil [Internet]. Who.int. [citado el 22 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. De Castilla y León J. Indicadores de maltrato infantil [Internet]. Jcyl.es. [citado el 22 de julio de 2022]. Disponible en: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/proteccion-infancia-adopcion/indicadores-maltrato-infantil.html>
3. Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, Holden S, Taylor RH, Watkins WJ, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. EYE [Internet]. 2013; 27(1):28-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2012.213>.
4. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. Pediatrics [Internet]. 2013; 132(2):e558-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-1741>.
5. Perea Martínez A, Loredó-Abdalá A, Guicho-Alba E. El niño sacudido/impactado: una modalidad de maltrato físico severo. En: Loredó-Abdalá A. México Editores de Textos Mexicanos. 2004; 143-9.
6. Loredó-Abdalá A. Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes. Acta Pediatr Mex. 2008; 29(5):255-61.
7. Fernández P. Abordaje integral del maltrato infantil. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. 2015; 503-9.
8. Maltrato infantil [Internet]. MayoClinic.org. 2022 [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/child-abuse/diagnosis-treatment/drc-20370867>
9. Sscalp.org. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.sscalp.org/documents/0000/1147/BolPediatr1994_35_193-199.pdf
10. Aepap.org. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p503-509.pdf>
11. Definición I.: MALTRATO INFANTIL [Internet]. Aeped.es. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/maltrato.pdf>
12. Ciber Revista: [Internet]. Enfermeriadeurgencias.com. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina3.html>
13. Madrid.org. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: http://www.madrid.org/dat_norte/WEBDAT-MARCOS/supe/convivencia/materiales/guia_protocolo_maltrato.pdf
14. Observatorio de la Infancia [Internet]. Gob.es. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/infanciaEspana/home.htm>
15. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar [Internet]. Gob.es. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf

16. Fapap.es. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://fapap.es/files/639-573-RUTA/a658df06e8a883c2436ce69a2150a8c8.pdf>
17. BOE.es - BOE-A-2015-1624 Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha [Internet]. Boe.es. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-1624
18. BOE.es - BOE-A-1996-1069 Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil [Internet]. Boe.es. [citado el 25 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
19. Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. [citado el 26 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/>
20. Manshande JP. Child growth standards. Lancet [Internet]. 1980 [citado el 26 de octubre de 2022]; 1(8179):1195-6. Disponible en: <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards>
21. Estándares de crecimiento [Internet]. Ihan.es. [citado el 26 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.ihan.es/estandares-oms/>
22. Marshall WA, Tanner J; Marshall WA, Tanner JM. Variaciones en el patrón de cambios puberales en los niños. Arco Dis Niño. 1969; 44(235):13-23.
23. Marshall WA, Tanner JM. Variaciones en el patrón de cambios puberales en niñas. Arco Dis Niño junio de. 1969; 44(235):291-303.
24. Consejos/Revisiones [Internet]. El Blog de los Pediatras del CS García Noblejas. 2015 [citado el 26 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://pediatriagarcianoblejas.wordpress.com/consejos-de-salud-revisiones/>
25. Gómez Fernández-Vegue D. Aeped.es. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
26. Easp.es. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/psiaa_visitas_individuales_06revision.pdf