

**GRUPO NACIONAL DE PUERICULTURA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
MINSAP**



CONSULTA DE PUERICULTURA

**LA HABANA-CUBA
2012**

Contenido

Página

Prólogo /	
Introducción /	
La consulta de puericultura /	
Concepto de puericultura /	
Objetivos de la consulta de puericultura /	
Clasificación de la puericultura /	
Puericultura prenatal /	
Puericultura postnatal /	
Programación de los controles de puericultura /	
Componentes de la consulta de puericultura /	
Entrevista /	
Examen físico /	
Elementos generales a tener en cuenta en el Examen Físico /	
Recomendaciones por especialidades /	
Oftalmología /	
Otorrinolaringología /	
Dermatología /	
Ortopedia /	
Estomatología /	
Evaluación del crecimiento y desarrollo /	
Desarrollo físico /	
Desarrollo psicomotor /	
Guía mínima de evaluación del desarrollo psicomotor /	
Signos de alerta de alteraciones del desarrollo psicomotor /	
Desarrollo del lenguaje /	
Guía de evaluación de la comunicación oral /	
Evaluación del funcionamiento familiar /	
Diagnóstico biopsicosocial /	
Guías anticipatorias y consejos /	
Indicaciones /	
Alimentación y Nutrición /	
Vacunación /	
Estimulación temprana /	
Exámenes complementarios /	
Adolescencia /	
Visitas de terreno /	
Bibliografía /	
Anexos /	
Valores normales de frecuencia respiratoria según edad /	
Valores medios de frecuencia cardíaca según edad /	
Valores de percentiles de tensión arterial según talla, sexo y edad /	
Estadios de Tanner /	
Brotos dentario /	
Edades de transición de los estadios sexuales /	
Gráficos de percentiles de indicadores antropométricos /	
Guía de alimentación complementaria para menores de 1 año /	
Esquema de inmunización (2006) /	

Resumen de orientaciones para la ejecución de los controles de puericultura según edad /

Prólogo.

Escribimos con satisfacción este prólogo por dos razones convincentes. Primero, porque el anterior fue obra del profesor Valdés Lazo y segundo porque me lo solicitan los integrantes del Grupo de Trabajo de Puericultura. El profesor Francisco Valdés Lazo (PACO) fue el autor del prólogo a las primeras ediciones de **Consulta de puericultura**, su figura constituye un ejemplo de médico integral, pediatra, profesor, investigador y símbolo de los valores más admirables de un ser humano. El Grupo de Puericultura es una muestra de lo que puede el talento y la tenacidad de un grupo de profesionales cuando decide trabajar en equipo por una causa tan noble como la de contribuir al cuidado de la salud de las niñas y los niños.

Valdés Lazo definió la puericultura como "la pediatría preventiva o la higiene del niño en su sentido más amplio" y puntualizó "comprende... procedimientos dirigidos a proteger la salud y promover un crecimiento y desarrollo óptimos de acuerdo con las capacidades y potencialidades genéticas del niño". Esos conceptos inspiraron la elaboración de este valioso manual que pretende contribuir a elevar la calidad de la atención a los niños, a desarrollar la capacitación de médicos y enfermeras, incentivar su autopreparación y esclarecer temas esenciales de consejería a las familias.

Los autores han tenido en cuenta que la práctica de la Pediatría al igual que la Puericultura reviste consideraciones de tipo social, biológico y asistencial. El niño es un ser dependiente de las condiciones del medio, necesitado de un contexto de protección por parte de la sociedad, la escuela y de manera particular en la familia que le permitan desarrollarse a plenitud. La influencia de la situación del infante como proyección a la patología del adulto es determinante, de ahí la importancia de la prevención de tipo social, síquica y biológica desde la más temprana edad. Es preciso tener presente que el niño de hoy es el adulto del mañana; encaminar las estrategias y las acciones en esta dirección beneficiará el desarrollo futuro de la sociedad.

En esta quinta edición de **Consulta de Puericultura** se incluyen temas matizados por el principio de interdisciplinariedad que ha caracterizado al Grupo; en el texto se abordan temáticas que van desde la gestación hasta la adolescencia; aplicables igualmente en consultorios, policlínicos, hogares e instituciones escolares; con el fundamento del desarrollo de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con las meritorias concepciones de la puericultura practicada por los pediatras cubanos desde hace más de cuatro décadas enriquecidas con los avances de la ciencia en los últimos años.

Felicitemos a los autores y recomendamos a los profesionales de la salud la revisión de este manual que consideramos una sencilla y valiosa herramienta que será provechosa para médicos generales integrales, pediatras, licenciados y otros, particularmente para los que se dedican a la actividad de la atención primaria.

Doctora Berta Lidia Castro Pacheco.

INTRODUCCION

Los logros obtenidos con la aplicación del Programa Materno Infantil han condicionado un incremento marcado en la supervivencia de los niños. De este modo, si en 1970 sobrevivían 25 niños por cada fallecido durante el primer año de vida, en el año 2011 esta cifra se ha elevado hasta 166.3; es decir, la supervivencia infantil en Cuba se ha incrementado 7.5 veces en el transcurso de los últimos 41 años.

Este notable incremento de la supervivencia de los niños impone nuevos retos en la búsqueda de un aumento progresivo del bienestar y la calidad de vida de la población infantil, lo que solo podrá alcanzarse en la medida que se perfeccionen las acciones preventivas que se realizan para su cuidado y atención. Este documento en su 5ta edición constituye una guía general para la ejecución de las consultas de Puericultura y está destinado a Médicos de Familia, Enfermeras, Pediatras y otros especialistas de la Atención Primaria de Salud; en él se encontrarán los indicadores principales para evaluar la salud y el desarrollo integral de niños y adolescentes, así como las tablas o guías necesarias que deben ser consultadas para su valoración.

LA CONSULTA DE PUERICULTURA

CONCEPTO DE PUERICULTURA

El término Puericultura procede del lat. *Puer, pueros, pueri*, que significa niño y *cultura*, que significa cultivo o cuidado y comprende el conocimiento y la práctica de todas aquellas normas y procedimientos dirigidos a proteger la salud y promover un crecimiento y desarrollo acorde con las capacidades y potencialidades genéticas del niño.

OBJETIVOS DE LA CONSULTA DE PUERICULTURA

1. Promover un crecimiento y desarrollo óptimo en la población cubana entre 0 a 19 años.
2. Identificar, diagnosticar y manejar precozmente los problemas de salud

- que puedan surgir.
3. Prevenir o disminuir problemas futuros.
 4. Orientar a los padres en el cuidado y atención de sus hijos y a estos en su autocuidado.

CLASIFICACIÓN DE LA PUERICULTURA

La Consulta de Puericultura se clasifica desde el punto de vista didáctico y para su mejor comprensión en dos etapas:

- 1.- La puericultura prenatal
- 2.- La puericultura postnatal

Puericultura prenatal:

Es la consulta que se realiza durante el último trimestre del embarazo, para preparar a los futuros padres sobre aspectos referentes al cuidado del niño próximo a nacer, en ella se analizan aspectos tales como: el valor de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta los 6 meses y complementada hasta los dos años, la importancia de la consulta de puericultura para el futuro desarrollo de su niño, la diarrea transicional del recién nacido o la importancia de que su hijo duerma en posición de decúbito supino, entre otros aspectos. Desde la etapa prenatal el médico de la familia deberá conocer la fecha probable del nacimiento del niño, por lo que estará pendiente e informado de su ocurrencia. En la mayoría de los casos el médico participará en el parto.

Puericultura post-natal: Se clasifica según la edad el niño en:

- ❖ Puericultura del recién nacido (0 a 28 días)
- ❖ Puericultura del lactante (1 a 11 meses)
- ❖ Puericultura a transicionales (1 año)
- ❖ Puericultura a niños preescolares (2 - 4 años)
- ❖ Puericultura a niños escolares (5 - 9 años)
- ❖ Puericultura del adolescente (10 – 19 años)

PROGRAMACIÓN DE LOS CONTROLES DE PUERICULTURA

La programación de los controles de Puericultura e interconsultas por el pediatra se realizarán teniendo en cuenta el seguimiento vigente orientado por la Atención Primaria de Salud (APS) y el Departamento Materno Infantil, en los que se tendrá en cuenta la edad de cada niño o adolescente y el grupo dispensarial al que pertenece.

Casos de riesgo: Es necesario recordar que en todas las edades, y sobre todo en el menor de un año, los casos de riesgo tienen un seguimiento diferenciado. El médico de la familia debe conocer las categorías de riesgo de los niños bajo su atención, de modo que pueda planificar acciones de salud y con ello influir, de forma decisiva, en la reducción de la morbilidad y mortalidad, así como modificar el riesgo. Entre las diferentes situaciones de riesgo se puede mencionar:

1. Bajo peso al nacer
2. Edad gestacional menor de 37 semanas
3. Embarazo múltiple
4. Delgado o curva de peso inestable
5. No lactancia materna en el menor de 6 meses
6. Ingresos previos por diferentes causas. (IRA-EDA)
7. Riesgo social (familia disfuncional, madre adolescente, otros)
8. Otros riesgos que considere el equipo básico de salud

Según las categorías de riesgo se podrían modificar la periodicidad de los controles y en el caso que el paciente deje de constituir un riesgo debe ser justificado en su historia clínica.

Los niños y adolescentes con enfermedades crónicas asociadas recibirán sus consultas de Puericultura según grupo de edad, teniendo en cuenta que estén controlados de su enfermedad de base y en la entrevista se hará énfasis en aquellos aspectos relacionados con la evolución de la misma, el seguimiento y tratamiento impuesto por la especialidad correspondiente, así como en la repercusión en su desarrollo integral.

Todo niño debe ser evaluado por el estomatólogo antes de los tres meses de edad y recibir seguimiento anual de esta especialidad hasta la adolescencia; además será evaluado en la consulta de Genética en igual período de vida y se reflejarán los resultados de la misma en la historia clínica individual.

Las consultas de captación del recién nacido, así como las de seguimiento de Puericultura al menor de un año, sólo podrán ser realizadas por los médicos.

En el caso de los adolescentes, se tratará de que el día en que sean citados solo se programe controles para este grupo de edad. De este modo, las actividades educativas a realizar abordarían temas propios de esta etapa de la vida y, además, permitiría que el comportamiento y cooperación de los adolescentes sea mejor pues no identificarían esta consulta con actividades propias de niños pequeños.

Siempre que sea posible, las consultas de Puericultura se realizarán de forma independiente, al resto de las actividades del consultorio. Ello permitirá elevar

la calidad de los controles y, además, posibilitará la ejecución de actividades educativas relacionadas con el cuidado y atención a los niños.

PERIODICIDAD DE CONTROLES EN CIRCULOS INFANTILES:

Se realizarán los controles atendiendo a su edad y grupo dispensarial. Aquellos niños que no asisten a Círculos Infantiles y son atendidos por la modalidad del Programa Educa a tu Hijo recibirán sus controles según lo establecido por el programa en el consultorio médico.

La Consulta de Puericultura en Círculos la realizará el Médico o Enfermera Licenciada en presencia de la madre o tutor. La mayor parte de los datos deben ser aportados por la maestra o educadora del niño.

COMPONENTES DE LA CONSULTA DE PUERICULTURA

La revisión de los criterios internacionales que se manejan acerca de los cuidados de salud que se deben brindar a los niños y adolescentes sanos ha permitido diseñar un conjunto de nuevas normas de actuación en las consultas de Puericultura. En ellas se destaca la importancia de realizar un buen interrogatorio que informe acerca de todo lo acontecido entre uno y otro control, de un cuidadoso examen físico y de una correcta evaluación del crecimiento y desarrollo del niño, así como el valor de conocer el entorno sociocultural y afectivo en el que éste se desarrolla y, también, la inclusión de orientaciones anticipadas, específicas para los diferentes grupos de edad, destinadas a brindar información por adelantado, tanto a los padres como a los propios niños, después de ciertas edades, acerca de eventos normales en el proceso de maduración que, en muchas ocasiones, son motivo de preocupación innecesaria o que pueden prever afectaciones de su salud. Ejemplo de estas orientaciones pueden ser el alerta a los padres de los peligros de lesiones no intencionales que pueden surgir a medida que el niño avanza en su desarrollo psicomotor, de la anorexia fisiológica que ocurre normalmente después del primer año de edad a consecuencia de la marcada desaceleración del crecimiento que ocurre en esta etapa o la información acerca de la amplia variabilidad en las edades de aparición de los caracteres sexuales secundarios, por solo citar algunas de las situaciones mas comunes. Adicionalmente, se insiste también en la necesidad de calmar, mediante consejos acordes a las circunstancias, todas aquellas inquietudes o preocupaciones que los padres, los propios niños o jóvenes expresen en la consulta.

ENTREVISTA

La entrevista incluye:

- Antecedentes personales (pre-natales, natales y post natales)
- Antecedentes familiares si se trata de la captación o primera consulta (Se actualizarán periódicamente, en períodos no mayores de dos años)
- Desarrollo Psicomotor (DPM)

- Alimentación:
 - Lactancia: LME hasta los 6 meses y complementada hasta los 2 años.
 - Alimentación complementaria
 - Edad de incorporación a la dieta familiar
 - Características de la alimentación
- Vacunación
- Patrones de sueño, de los emuntorios y normas de higiene.
- Evaluación de las características de la familia: Ver acápite correspondiente. (Al igual que con los antecedentes familiares esta información se actualizará periódicamente, en este caso cada cinco años).
- En el caso de los adolescentes se abordarán además otros aspectos como:
 1. La edad de la menarquia
 2. Fórmula menstrual
 3. Primeras relaciones sexuales
 4. Antecedentes de embarazos previos (abortos)
 5. Antecedentes de ITS
 6. Hábitos tóxicos
- Evaluación de los padres sobre la salud del niño o adolescente
- En el caso de las consultas de seguimiento: Situación de salud desde el último control

EXAMEN FÍSICO

Elementos generales a tener en cuenta en el Examen Físico:

- Lavado previo de las manos
- Examen físico general: Observar el estado general del niño, su vitalidad, llanto, color de la piel y estado de las mucosas
- Descripción de las fontanelas
- Aparato Respiratorio: Expansibilidad torácica, percusión, murmullo vesicular, frecuencia respiratoria al minuto (Anexo 1)
- Aparato Cardiovascular: Latido de la punta: si es visible o palpable. Características de los latidos cardíacos, soplos, frecuencia cardiaca al minuto (anexo 2), pulsos periféricos, llene capilar y Tensión Arterial (TA), esta última se tomará a partir de los 3 años y para su obtención es importante el tamaño óptimo del manguito que debe cubrir $\frac{2}{3}$ de la distancia entre la fosa antecubital y el acromion. La interpretación de los valores de TA se realizará del modo siguiente:
 - a) Se tomará la talla del niño y se buscará en la tabla de valores de tensión arterial incluida en el (anexo 3), la columna a la que el valor de su estatura resulte más cercano según su sexo y edad, obteniéndose así los valores de los percentiles 50, 90, 95 y 99 de las tensiones arteriales sistólicas y diastólicas.
 - b) Si en 3 o más ocasiones el niño presenta valores entre los percentiles 90 a 95 se considerará prehipertenso, si las cifras obtenidas son iguales o superiores al percentil 95 se clasificará como hipertenso, asumiéndose las conductas correspondientes.
- Abdomen: Características de la región umbilical (caída del cordón umbilical, hernia, granuloma), ruidos hidro-aéreos, si existe hepatoesplenomegalia,

- masa abdominal palpable (fecaloma, globo vesical, tumores, entre otros).
- Genitales externos y región anorectal: Deben ser revisados siempre y en presencia de los padres o tutores. Recordar que la no retracción fácil del prepucio en las edades iniciales no debe considerarse como algo anormal, sino que se debe esperar pues, en algún momento, se producirá.
- Sistema osteomioarticular (S.O.M.A.)
- S. Nervioso: Los reflejos, tono muscular y pares craneales deben ser explorados en todas las edades.

Algunas particularidades del examen físico en la adolescencia:

- Aspecto general (la higiene, vestidos)
- Si hay hirsutismo, buscar signos de virilización
- El acné, si es precoz e intenso pensar en hiperandrogenismo
- Observar si hay tatuajes, zonas de fibrosis, otros
- La actitud durante la exploración (comportamiento, cooperación, rasgos de personalidad)
- En cuello: examinar tiroides, por la frecuencia de bocio a estas edades
- En el tórax: precisar si existen signos de osteocondritis (refieren dolor torácico en ocasiones). El examen de mamas debe realizarse a cualquier edad pero en la adolescencia nunca debemos obviarlos pues existe patología mamaria a esas edades
- Examen cardiovascular: es frecuente la presencia de Hipertensión Arterial asintomática
- El Abdomen: si es doloroso en una adolescente sexualmente activa debe pensarse en enfermedad inflamatoria pélvica. Tener en cuenta la posibilidad de embarazo asociado a trastornos menstruales y la presencia de tumores de ovario, entre otros
- En los genitales:
 1. Buscar malformaciones que a veces son diagnosticadas tardíamente, así como tumores de testículo y lesiones por ITS o abuso sexual
 2. Región perianal: Observar también lesiones por ITS (condilomas)
- La Columna vertebral: Cifoescoliosis que frecuentemente aparece estas edades.
- Pelvis y Extremidades : Precisar disimetrías o asimetrías
- El examen del sistema nervioso deberá hacerse exhaustivamente ya que a estas edades se presentan con mucha frecuencia enfermedades psicosomáticas que tienden a confundirse con enfermedades orgánicas. (lipotimias o síncope, mareos o vértigos, cefaleas, entre otras)
- El examen bucodental es de extrema importancia en estas edades por lo que representa para la estética y apariencia personal.
- En el examen de ORL se debe tener en cuenta la detección de hipoacusias, ya que acostumbran a oír música ruidosa, alta y excesiva.
- Tener en cuenta los estadios consecutivos del desarrollo sexual. (Anexo 4)

Recomendaciones por especialidades a tener en cuenta en el examen físico:

OFTALMOLOGÍA

El examen ocular anatómico y funcional debe formar parte del examen periódico de todo niño en la consulta de Puericultura. Además deben incluirse preguntas sobre el comportamiento visual y antecedentes de afecciones relacionadas con la visión.

Examen físico comprende el examen de órbitas, anexos y globos oculares.

- Órbitas: observar simetría en posición y tamaño. Palpar reborde óseo y tejido periocular.
- Anexos: observar posición y simetría de cejas pestañas; amplitud, elevación y cierre palpebral, epífora con o sin fotofobia. Explorar conjuntiva.
- Globos oculares: observar simetría en posición y tamaño, nistagmus.
 - a) Segmento anterior: con iluminación oblicua, se puede usar lupa; explorar córnea, humor acuoso, iris, pupila y sus reflejos.
 - b) Medios refringentes: (córnea, humor acuoso, cristalino y humor vítreo) explorar transparencia por oftalmoscopia directa aproximadamente a 1/2 metro, observar el reflejo del fondo de ojo, monocular y simultáneamente en ambos ojos, comparando la simetría en posición, brillo, color, tamaño y forma. Buscar ausencia del reflejo, leucocoria u opacidades.

Fondo de ojo. Observar polo posterior y fijación.

Examen funcional ocular.

Incluye el examen del paralelismo y movimientos oculares, agudeza visual, visión binocular o estereoscópica y visión de colores.

- Alineación y movimientos oculares: Se realiza en todos los grupos de edades, desde que el lactante es capaz de fijar la mirada en la luz.
 - a) Examen del reflejo de luz sobre la córnea. (Método de Hirschberg). Con luz de fijación a 33 cms. observar el reflejo sobre la córnea, debe estar centrado y simétrico en ambos ojos.
 - b) Covert Test: Con luz de fijación a 33 cms. hacer oclusión ocular alterna y observar si existen movimientos del globo para recuperar la fijación al desocluir. Normalmente no debe existir ningún movimiento, sólo estará presente si hay pérdida del paralelismo ocular.
 - c) Punto próximo de convergencia (PPC): Fijando la punta de un lápiz u objeto similar a 45 cms. de distancia, acercarlo lentamente en el plano central y observar si ambos ojos convergen hasta una distancia de 5 a 6 cms. del puente nasal. Al alcanzar el PPC, un ojo abandona la fijación, realizando un movimiento de divergencia lento.
 - d) Movimientos oculares: buscar nistagmus a la fijación, examinar amplitud y paralelismo ocular en las miradas arriba, abajo, laterales y oblicuas superior e inferior. Normalmente los ojos deben mantener la simetría al realizar estos movimientos.
- Agudeza Visual (AV): Es uno de los parámetros más importantes para conocer el desarrollo de la visión, se examinan ambos ojos por separados, asegurando que el ojo no explorado permanezca bien ocluido, usar corrección óptica si está indicada. Como norma, primero se explora el ojo derecho y después el izquierdo, si hay resistencia a la oclusión de un ojo explorar primero el otro. A partir de los 3 años se

usarán cartillas de pruebas tipo E test o figuras para distancias de 3 ó 6 metros, La cartilla de LEA para uso a 3 metros es muy práctica para los consultorios. En los extremos de cada línea de los tests se encuentra la medida de la AV que se anotará en quebrados Ej. 20/20 ó en decimales, que es el método más usado en nuestro país Ej. 1.0.

- a) Lactantes y menores de 3 años de edad, el examen físico ocular, la evaluación de las habilidades en la fijación y seguimiento de objetos dará los elementos necesarios para el diagnóstico en la mayoría de los casos. En los menores de 6 meses se explorará de cerca con linterna, el rostro humano o con juguetes. En mayores de 6 meses se explora de cerca y lejos con juguetes iluminados, imágenes o juguetes no sonoros para evitar su seguimiento por el sonido.
 - b) De 3 a 5 años, previo entrenamiento con cartilla tipo E test o figuras el niño señalará con las manos la dirección de las patas de la E o identificará las figuras.
 - c) Escolares y adolescentes pueden emplearse optotipos de números o letras.
- Examen de la visión binocular o estereoscópica. A partir de los 3 años con test de estereopsis, preferiblemente el Titmus (test de la mosca), nos informará el estado real de la visión binocular, normal si identifica la mosca, animales y círculos; regular si identifica sólo mosca y animales; y mala si identifica sólo mosca o menos. De carecer de éste test se puede tener una orientación del estado de la visión binocular aplicando el test de los 2 lápices de Lang, colocando un lápiz en posición vertical frente al niño aproximadamente a 30 cms, se le pide que haga coincidir el extremo inferior de otro lápiz que sostendrá de forma vertical en su mano, sobre el extremo superior del que le mostramos. A los pacientes con buena estereopsis les será fácil realizar este ejercicio, en cambio los que presentan trastornos tendrán dificultad.
 - Examen de la visión de colores. A partir de los 3 años con test para estudio de visión de colores, madejas, figuras o juguetes de colores básicos, se le pide agrupe según colores.

Remitir al especialista a todo niño con alteraciones del examen ocular, comportamiento visual anormal, alteraciones de la visión estereoscópica, estrabismo, disminución de la agudeza visual en uno o ambos ojos. Estrabismo o comportamiento visual anormal no comprobado en el examen pero referido por familiares.

Tabla 1. Examen oftalmológico según grupos de edad

Grupo de edad	Examen oftalmológico
Recién Nacidos	Buscar malformaciones, alteraciones del tamaño ocular; tamaño, forma y transparencia de la córnea, cataratas, aniridia, coloboma de iris, ausencia del reflejo de fondo de ojo, leucocoria, nistagmo, fotofobia
Lactantes, 2do y 3er año de vida	- Evaluar habilidades en la fijación y seguimiento de objetos (Ver comportamiento visual normal en el menor de 3 años) - Alineación y movimientos oculares, presencia de nistagmus

	<ul style="list-style-type: none"> - Examen de anexos, segmento anterior - Reflejo de fondo de ojo, evaluar simultáneamente entre ambos ojos, transparencia y asimetría, de posición, brillo, color, tamaño y forma (Importante su ausencia, leucocoria y opacidades) - Repetir examen en cada control
De 3 a 10 años	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de agudeza visual, visión estereoscópica y de colores. - Alineación y movimientos oculares - Examen de anexos, segmento anterior - Reflejo de fondo de ojo, evaluar transparencia y asimetría simultáneamente entre ambos ojos, de posición, brillo, color, tamaño y forma (Importante su ausencia, leucocoria y opacidades) - Repetir examen en cada control
11 años en adelante	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar agudeza visual, visión estereoscópica y de colores - Alineación y movimientos oculares - Examen de anexos, segmento anterior y reflejo de fondo de ojo - Repetir examen en cada control

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Es reconocido que la pérdida de audición no identificada puede afectar, de manera adversa, la comunicación y el lenguaje del niño así como su desarrollo socioemocional y rendimiento. Es frecuente que pérdidas moderadas a severas de la audición en lactantes pequeños no sean detectadas, también es usual que el diagnóstico de pérdidas ligeras y unilaterales no se alcance hasta que el niño llega a la edad escolar. Por esta razón, es importante el pesquiasaje auditivo desde edades tempranas de la vida en los controles de puericultura.

En particular, los niños con riesgo en el nacimiento de insulto del sistema nervioso central tienen que ser enviados al mes de edad, al departamento de audiología correspondiente para realizar potenciales evocados auditivos de tallo cerebral.

Pesquisa Clínica Auditiva: Se les realizará a todos los niños a partir del mes. Se emplearán juguetes sonoros (marugas, juguetes de goma, silbatos, cucharillas y jarritos de metal) que se colocarán y sonarán a unos 20 cm. de distancia, lateralmente y ligeramente posteriores a cada pabellón auricular (lo suficiente para excluir la visión periférica) y se observará si el niño muestra algún tipo de respuesta. Con 2 exámenes sugestivos de pérdida auditiva se realizará remisión para hacer estudio de Potenciales Evocados Auditivos.

El examen de otorrinolaringología incluye:

- Examen de la fascias: Fascie adenoidea. Proyección del maxilar superior y retrognatia.

- Exploración de fosas nasales: Permeabilidad de las coanas, hipertrofia de cornetes, secreción mucopurulenta fétida unilateral, que nos hace pensar en un cuerpo extraño nasal.
- Exploración de la cavidad bucal: Características anatómicas del velo del paladar y de la úvula (paladar ojival, paladar corto o largo, abombamiento del paladar, paladar hendido, úvula doble, alargada), tamaño de la lengua. frenillo sublingual, frenillo sublabial, tumoraciones e hipertrofia de amígdalas, folículos linfoides en la pared posterior de orofaringe, secreciones bajando del cavum nasofaríngeo que nos dice que las adenoides están supurando y acorde al color de las secreciones si están infestadas.
- Pabellón auricular: Malformaciones del pabellón, apéndices, fistulas auriculares y preauriculares.
- Otoscopia: Conducto auditivo externo y membrana timpánica.
- Examen del cuello: adenopatías (tamaño, consistencia y localización), fístulas y quistes branquiales, quiste conducto tirogloso.
- Presencia de disfonías, estridor laríngeo congénito, disnea inspiratoria, dificultad a la deglución y epistaxis.

DERMATOLOGÍA

Identificar hallazgos típicos en la piel de un recién nacido saludable:

- Vértex caseoso
- Lanugo
- Descamación de la piel
- Ictero fisiológico
- Mancha mongólica
- Fenómenos de inestabilidad vasomotora

La clasificación del fototipo cutáneo se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Fototipo Cutáneo. Clasificación de Fitzpatrick.

FOTOTIPO	CARACTERÍSTICAS NATURALES DE LA PIEL	CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL AL EXPONERSE AL SOL	MEDIDAS PREVENTIVAS
Tipo I	Piel blanca, pelo rubio, pelirrojo, ojos claros	Siempre quemaduras, nunca pigmentación	Evitar la exposición a radiaciones solares intensas. Protección con vestimentas adecuadas. Uso adecuado de fotoprotector
Tipo II	Piel blanca, ojos claros	Usualmente quemaduras, algunas veces pigmentación	Minimizar la exposición a radiaciones solares intensas. Si se produce la exposición debe utilizarse fotoprotector y vestimenta adecuada

Tipo III	Piel blanca, pelo y ojos oscuros	Algunas veces quemaduras, usualmente pigmentación	Cuando la exposición es intensa se trata como un fototipo II, si es moderada debe utilizar fotoprotector
Tipo IV	Piel morena clara	Nunca quemadura, siempre pigmentación	Cuidados generales
Tipo V	Piel morena oscura	Moderada pigmentación	Cuidados generales
Tipo VI	Piel negra	Marcada pigmentación	Cuidados generales

Nevos melanocíticos: Para el examen y autoexamen de los nevos o lunares se puede usar la **Regla ABCDE** de la Academia Americana de Dermatología, que permite identificar los nevos atípicos, es necesario remitir al dermatólogo para su valoración a todo niño o adolescente que se le detecte uno o más nevos de riesgo

REGLA **ABCDE** DE LA ACADEMIA AMERICANA DE DERMATOLOGÍA

REGLA	SIGNOS DE ATIPIA	IMAGEN
A	Asimetría: Al trazar una línea imaginaria que divida a la mitad el nevo, desde cualquiera ángulo, las dos mitades deben tener una forma similar, se considera asimétrico cuando una mitad es diferente a la otra. También se puede hacer la maniobra con una regla.	
B	Bordes: Cuando los bordes son irregulares, de aspecto geográfico, festoneados, digitiformes o mal definidos, estamos frente a un signo de alerta. Los bordes deben ser parejos y bien definidos.	
C	Coloración heterogénea: Cuando un nevo presenta dos o más colores (tonos de marrón claro, marrón oscuro, negro o azulado), existe un signo de atipia. El nevo debe presentar un solo color.	
D	Diámetro mayor de 6mm: Todo nevo adquirido que aumente de tamaño hasta alcanzar más de 6 mm debe evaluarse cuidadosamente por constituir un signo de atipia.	
E	Evolución: Cambios rápidos de tamaño, color, forma o topografía, aparición de signos subjetivos (prurito, ardor u otros síntomas) constituyen signos de atipia. La aparición de ulceración, punteado satélite o sangrado son habitualmente signos tardíos.	

Imágenes: Archivos del Centro de Referencia Nacional de Puericultura.

ORTOPEDIA

En la tabla 3 se presentan las diferentes etapas de la vida, así como las entidades frecuentes a descartar en la consulta.

Tabla 3. Etapas de la vida y entidades frecuentes a descartar en la consulta.

ETAPA DE LA VIDA	ENTIDADES FRECUENTES A DESCARTAR
Recién Nacido	Displasia o luxación de la Cadera Pie Varo Equino Pie Calcáneo Valgo Tortícolis Metatarso aducto Fracturas en el nacimiento
Niño que camina	Pie Plano Pie Cavo Genus Valgo Genus Varo Genus Recurvatum Síndrome de marcha con la punta de los pies hacia adentro Discrepancia de longitud de miembros
10 años en adelante	Escoliosis Xifosis

Displasia de cadera (DC)

El Pesquisaje de la displasia de cadera (DC) se efectuará según la pauta siguiente:

- Maniobra de Ortolani, Barlow y la abducción sobre todo en las primeras 48 horas de nacido y en período neonatal precoz. Se recomienda que ante una maniobra clínica positiva el niño sea remitido a un ortopédico.
- Exploración de caderas (abducción) en todos los controles ulteriores de salud, hasta el año de edad. ante una exploración clínica dudosa o anormal, o ante la presencia de al menos dos factores de los siguientes: sexo femenino, presentación pelviana sobre todo en el último trimestre del embarazo, índice de líquido amniótico muy bajo o muy alto, primer nacimiento, aparición de cualquier anomalía congénita, antecedente familiar de D.C, se remitirá el niño al ortopédico.

Pie Varo Equino. Se ve enseguida que el niño nace. Su deformidad característica en varo, equino, supinación y aducción hace que sea reconocida inmediatamente.

Pie Calcáneo Valgo. Consiste en una deformidad totalmente contraria al pie varo equino, pues el pie gira hacia arriba y hacia afuera, por lo que hace que el dorso del pie llegue a contactar con la parte anterior de la tibia.

Metatarso aducto. Consiste en la desviación de los metatarsianos y dedos hacia la parte medial del miembro inferior, formando un ángulo entre el retropié y el antepié cuyo seno del ángulo mira hacia la parte medial.

Tortícolis. La contractura del músculo esternocleidomastoideo, como deformidad congénita, no es infrecuente en nuestro medio. Esta va aparejada en muchas ocasiones por una tumoración a nivel del músculo. La inclinación de la cabeza hacia el lado afecto y el mentón hacia el sano corroboran el diagnóstico. De dejarse evolucionar se acompaña de asimetría facial y del

cráneo. A las edades que el niño fija la visión, debe descartarse una patología ocular.

Fracturas en el nacimiento. Las fracturas más comunes en el nacimiento son: las de clavícula, supracondilia del codo, fémur y humero. Causadas por manipulación durante el parto o secundarias a otras patologías sistémicas. Es la fractura de clavícula la más frecuente y es fácil su diagnóstico, pues al hacer las maniobras del miembro superior produce dolor y llanto en el niño. En la consulta de Puericultura se hace el diagnóstico cuando encontramos un aumento de volumen a ese nivel (callo óseo) que desaparece con el crecimiento.

Pie Plano. Consiste en el descenso del arco longitudinal interno o medial de los pies. Es normal hasta los dos años de edad por la almohadilla grasa que tiene el pie y que con el mecanismo de la marcha debe ir desapareciendo. El pie plano flexible se puede diagnosticar después de los dos años pues al mantener suspendido el pie del niño este forma un ligero esbozo de arco longitudinal. Este tipo de pie plano, hasta los 6 años de edad no ofrece ninguna importancia, salvo que sea doloroso o su deformidad sea muy grave.

Pie Cavo. Deformidad contraria al pie plano, donde el arco longitudinal es exagerado. Muchas veces es una deformidad secundaria al pie equino varo.

Genus Valgo. Unión de las rodillas y la separación de los tobillos cuando el niño se encuentra en bipedestación. No es normal antes de los dos años de edad, pero a partir de los 3 años, comienza la fase valgoide de las rodillas donde la separación de los tobillos puede llegar a ser hasta de 8 cm., lo cual debe desaparecer a los 7 u 8 años de edad. La forma de medir esta distancia ínter maleolar es indicándole al niño que se ponga de pie y que una las rodillas, tratando de dejar un mínimo espacio entre los cóndilos femorales, por donde pueda pasar la parte plana de una regla y después se medirá la distancia entre los maleolos tibiales

Genus Varo. Deformidad contraria a la anterior, donde las rodillas forman un ángulo abierto hacia adentro. Esta es normal en el niño hasta los dos años de edad constituyendo la fase varoide. Después de esta edad es patológica y sobre todo si se acompaña de torsión tibial medial. Su medición consiste en que el niño de pie, una sus tobillos y se mida la distancia que existe entre los cóndilos femorales. Es siempre patológica después de los dos años.

Genus Recurvatum. Deformidad de las rodillas hacia atrás, es decir se forma un ángulo cuyo seno mira hacia delante y el vértice del ángulo hacia atrás. Puede ser de etiología congénita (luxación congénita de la rodilla).

Síndrome de marcha con la punta de los pies hacia adentro o deformidades en rotación. El niño en los primeros meses de vida hasta aproximadamente el año de edad, presente una torsión medial (interna) del miembro inferior que no es patológica. Si alguna fuerza externa influye negativamente en el miembro inferior del niño, tales como la posición del sueño inclinando los pies hacia adentro este puede mantenerse en esta posición y dar un síndrome de marcha con la punta de los pies hacia adentro, deformidad que sí es patológica. Si a partir de los 18 meses persiste esta deformidad, debe considerarse patológica. Los niños que comienzan a caminar, en muchas ocasiones lo hacen con las piernas "abiertas". Recordemos que el niño trata de buscar centro de gravedad y por ello, separa los miembros inferiores cuando camina y esto no es patológico.

Discrepancia de longitud de miembros. Nunca es normal. Esta debe medirse tomando puntos de referencia: como punto superior el ombligo o la espina ilíaca anterosuperior, como punto medio la espina tibial anterior y como punto inferior el maléolo medial o tibial. Para realizarla debe ayudarse de la enfermera y hacer varias mediciones en diferentes momentos cuidando la tranquilidad del niño para evitar falsos positivos o negativos.

Escoliosis y cifosis. Rara antes de los 12 años de edad. En edades tempranas de la vida la escoliosis congénita es muy infrecuente y cuando aparece se acompaña en un altísimo por ciento de otras anomalías congénitas renales, cardiovasculares, etc.

A partir de los 10 a 12 años, las posturas anómalas al sentarse, dormir y caminar, dadas por la estatura alta o en las hembras por la salida de los caracteres sexuales secundarios (mamas), hacen que, con frecuencia ocurra la aparición de la escoliosis acompañada con frecuencia de cifosis, lo que conocemos como cifo escoliosis.

Estas deformidades de la columna vertebral nunca son normales, solo que debemos considerar cuando son debidas a mala postura (representan el 95 por ciento de los casos) o cuando obedece a una lesión estructural de la columna.

Por lo expuesto, se debe considerar la importancia que debe darle el médico dedicado a la puericultura, orientando las posturas más fisiológicas, etc.

ESTOMATOLOGÍA

Es fundamental el examen de la cavidad bucal, como parte del examen físico, para detectar temprano cualquier alteración y riesgo, así como desarrollar estilos de vida adecuados para la salud. Las principales acciones a ejecutar serán:

- Examen bucal y facial del niño en todas las visitas.
- Interrogatorio a la madre sobre hábitos, costumbres y conocimientos referentes a la salud bucal de su hijo, orientadas específicamente hacia la alimentación, higiene y hábitos no adecuados: tete, biberón, posturales, respiratorios, succión digital, entre otros.
- Actuar sobre los riesgos asociados a estilos de vida negativos para la salud del niño y de su entorno.
- Prevenir los accidentes y traumas que involucren la región bucal o facial.
- Controlar suministros adecuados de suplementos de flúor acorde a los riesgos a que está expuesto.
- Ejecución de controles de placa dentobacteriana para lograr cepillados dentales correctos y efectivos a partir de los 2 años de edad.
- Tener en cuenta la secuencia de los brotes dentarios, en la dentición temporal o permanente. (Ver Anexo 5)
- Examen y Auto examen como prevención del Cáncer Bucal a partir de los 15 años de edad.
- Indicar la visita al Estomatólogo antes de cumplir los 3 meses de vida y posteriormente una vez al año, insistiendo en la importancia de ello aunque sea sano.

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

DESARROLLO FÍSICO

Los indicadores recomendados para su evaluación a las diferentes edades son:

- ❖ Peso para la edad: menores de un año
- ❖ Peso para la talla: de 0 a 9 años
- ❖ Índice de masa corporal (IMC) para la edad: de 10 años en adelante
- ❖ Talla para la edad: De 0 a 19 años
- ❖ Circunferencia cefálica para la edad: de 0 a 2 años
- ❖ Desarrollo sexual para la edad: de 8 años en adelante

Tabla 4. Indicadores recomendados para la evaluación del crecimiento y desarrollo.

INDICE ANTROPOMÉTRICO	USO	INTERPRETACIÓN
Peso/edad	. Valorar con sentido epidemiológico la magnitud de los problemas nutricionales de los niños. Indicador valioso en los menores de 1 año	Normal o Típico: Entre el percentil 10 y el 90 Bajo peso para la edad: Por debajo del percentil 10; hay dos categorías: por debajo del percentil 3 y entre el 3 y por debajo del 10. Peso excesivo para la edad: Por encima del percentil 90; hay dos categorías: por encima del percentil 97 y por encima del 90 y hasta el 97.
Peso/talla o IMC/edad	. Definir estado de nutrición actual . Establecer metas adecuadas de recuperación del peso	Normal o Típico: Entre el percentil 10 y el 90 Delgado: Entre el percentil 3 y por debajo del 10 Probablemente Desnutrido: Por debajo del percentil 3 Sobrepeso: Por encima del percentil 90 y hasta el 97.

		Probablemente obeso: Por encima del percentil 97
Talla/edad	.Juzgar el nivel de crecimiento alcanzado. .Valorar factores hereditarios (talla de los padres)	Normal o Típico: Entre el percentil 3 y el 97 Baja talla: Por debajo del percentil 3 Talla elevada: Por encima del percentil 97
Circ. Cefálica/edad	. Evaluar el desarrollo del encéfalo	Normal o Típico: Entre el percentil 3 y el 97 Circ. Cefálica pequeña: Por debajo del percentil 3 Circ. Cefálica elevada: Por encima del percentil 97
Desarrollo sexual/edad	. Evaluar la maduración sexual (Ver anexo 6)	Madurador promedio: entre el percentil 10 y el 90. Madurador temprano: Por debajo del percentil 10. Madurador tardío: Por encima del percentil 90.

Recomendaciones importantes:

Utilice las gráficas de crecimiento de la historia clínica. Recuerde que lo más importante en la evaluación del desarrollo físico de los niños no es un registro aislado sino la valoración de la dirección y la estabilidad de las curvas de crecimiento de los diferentes indicadores, por lo que, *siempre que sea posible*, deberá utilizar los gráficos de percentiles para realizar esta evaluación. (Ver anexo 7)

Utilice el gráfico de crecimiento del carné de salud del niño. Es imprescindible graficar los valores de la curva de peso en el carné de salud, ya que es este un instrumento útil y muy sencillo para explicarle a la madre cómo marcha este proceso en su hijo. Si la curva de crecimiento del niño:

- Se encuentra fuera del rango de valores que delimitan las líneas del gráfico
- No es paralela a esas líneas
- Tiene un comportamiento inestable

Deberá analizar con ella las posibles causas de ese comportamiento y las medidas necesarias para corregirlo.

DESARROLLO PSICOMOTOR

Guía mínima de evaluación: En el caso de los niños menores de cinco años se ha elaborado la siguiente guía mínima de evaluación del desarrollo psicomotor

(DPM). (Tabla 5)

Tabla 5. Evaluación del Desarrollo Psicomotor.

INTERVALO DE EDAD	TAREAS QUE CUMPLEN EL 90% DE LOS NIÑOS CUBANOS DURANTE EL INTERVALO DE EDAD	EDAD EN QUE EL NIÑO CUMPLE LA TAREA
1 A 3 MESES	Levanta la cabeza 90 ⁰ en decúbito prono	
	Sigue objeto cercano hasta 180 ⁰	
	Sonríe en respuesta	
	Vocaliza sin llorar	
	Observa la cara de las personas con atención	
4 A 6 MESES	Halado a posición sentada no le cuelga la cabeza	
	Sigue objeto con la vista hasta 180 ⁰	
	Trata de coger objeto fuera de su alcance	
	Se ríe	
	Toma objetos y los examina	
	Sonríe a su imagen en el espejo	
7 A 9 MESES	Se sienta sin apoyo	
	Se mantiene parado agarrado de algún objeto	
	Juega al trá	
	Dice Ma-ma, Pa-pa de forma no específica	
	Busca los objetos de su interés	
10 A 12 MESES	Se mantiene parado momentáneamente	
	Sigue objetos en profundidad y distancia	
	Coge objeto pequeño con pinza inferior	
	Juega a la tortica	
	Camina sostenido por los muebles	
>1 A 2 AÑOS	Camina bien	
	Busca objetos escondidos	
	Hace garabatos	
	Indica deseos sin llorar	
	Dice 3 palabras además de mamá y papá	
>2 A 3 AÑOS	Tira pelota al examinador	
	Usa cuchara derramando poco	
	Se quita la ropa	
	Combina 2 palabras	

	Clasifica objetos por forma y color	
>3 A 4 AÑOS	Salta hacia adelante	
	Mantiene equilibrio en un pie (1 segundo)	
	Sigue instrucciones	
>4 A 5 AÑOS	Salta en un pie	
	Copia un cero y una cruz	
	Se pone la ropa	
	Da nombre y apellidos	

Nota: Para la evaluación del desarrollo psicomotor en cada intervalo de edad se valorará, como mínimo, la capacidad del niño para realizar las tareas aquí señaladas.

A la edad final del intervalo el niño deberá ser capaz de realizar todas las tareas señaladas en él.

La edad en que el niño logre cumplir cada tarea se registrará en la Historia Clínica y en el Carné de Salud.

Signos de alerta: Adicionalmente a esta evaluación siempre se buscará, a cada edad, la presencia de los signos de alerta que se señalan a continuación; de detectar alguno de ellos será necesaria la remisión del niño al psicólogo o al psiquiatra. (Tabla 6)

Tabla 6. Presencia de los signos de alerta

SIGNOS DE ALERTA	
Recién nacido	3 Meses
No reacciona con reflejos cuando aparece un estímulo No mueve la cabeza No emite sonidos guturales	Poco seguimiento ocular, no interés visual No vocaliza Sonríe poco Apático, irritabilidad Mano cerrada no llevada el medio Reacción de susto exagerada
6 meses	9 meses
Cortos periodos de atención, apático o muy inquieto No vocaliza En supino se mira mucho las manos No observa objetos en sus manos No agarre voluntario, manos cerradas No ayuda a sentarse, no se sostiene sentado ni brevemente Se relaciona poco a veces ni con la madre	Mano poco activa y muy cerrada Agarre pobre, sin pinza No golpea cubito No mira pequeños objetos No silabeo continuo
1 Año	1½ Año
Observación y manipulación pobre Deficiencia en comprender y gesticular No busca objeto	Contacto ocular pobre o inconstante No señala con el dedo No muestra ni señala para pedir o solicitar atención

<p>Vocabulario menor de tres palabras No se pone de pie Apático e indiferente al medio No responde a su nombre</p>	<p>No hace juego simbólico ni utiliza el juguete de forma adecuada El juguete lo lleva a la boca, lo muerde, lo chupa o lo tira o lo alinea Lenguaje escaso, no dice frases o no hay lenguaje o repite lo que oye de los adultos Marcado interés en mirarse las manos o hacer movimientos caprichosos con los dedos Escasa relación con las personas No contacto afectivo, no besa</p>
2 Años	3 Años
<p>No sube ni baja escalera No dice palabras No busca cuando dicen su nombre</p>	<p>No salta con los dos pies No maneja la cuchara No dice frases cortas No es afectivo No juega solo ni con otros niños</p>
4 Años	5 Años
<p>No corre No hace preguntas No repite frases No imita Juega solo, no se relaciona con otros niños</p>	<p>No corre a velocidad No agrupa objetos con propiedades comunes Lenguaje escaso No realiza actividades solo (vestirse, comer, ponerse zapatos) No hace por dibujar, garabatear, colorear Se mantiene aislado de los otros niños</p>

Edad escolar

Hiperkinesia en la casa, escuela u otro lugar por más de 6 meses
Distractibilidad en la casa, escuela u otro lugar por más de 6 meses
Impulsividad en la casa, escuela u otro lugar por más de 6 meses
Agresividad en la casa, escuela u otro lugar por más de 6 meses
Baja tolerancia a las frustraciones
Disminución del rendimiento académico
Dificultades para la escritura
Dificultades para la lectura
Dificultades para las matemáticas
Dificultades del control muscular
Rechazo del grupo escolar
Desmotivación escolar
Fuga escolar
Depresión
Trastorno del sueño (pesadilla, sonambulismo, bruxismo, terror nocturno)
Ansiedad
Onicofagia
Enuresis

Encopresis
Disfunción familiar

Adolescencia

Deserción escolar o negligencia en el cumplimiento de las normas escolares
Desvinculación de estudio o trabajo
Transgresiones de normas familiares
Trasgresión de normas sociales
Promiscuidad
Exhibicionismo erótico sexual
Pocas relaciones sociales
Conducta agresiva encubierta
Inestabilidad anímica
Inadecuado manejo de emociones
Fluctuaciones de los proyectos de vida
Síntomas o ideación suicida
Familia Disfuncional

DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN ORAL

Los puericultores deben aplicar la siguiente *Guía de evaluación de la comunicación oral*, con el objetivo de observar si existe alguna alteración en el lenguaje, el habla o la voz, en cuyo caso deberán remitir al niño o adolescente al médico logofoniatra lo más temprano posible. (Tabla 7)

Tabla 7. Guía de evaluación de la comunicación oral.

EDAD	HITOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE, HABLA Y VOZ	SÍ	NO
12 meses	Uso de bisílabos		
	Dice 3 palabras		
	Imita sonidos y gestos		
	Responde a su nombre		
	Comprende órdenes sencillas (ejemplo: "dame")		
	Voz clara, sin ronquera ni voz nasal		

18 meses	Dice alrededor de 10 palabras		
	Frases de dos palabras		
	Palabras que usa: sustantivos		
	Voz clara, sin ronquera ni voz nasal		
2 años	Uso de jerga con fines comunicativos		
	Pronuncia vocales y casi todos los fonemas (sonidos), con excepción de la L, S, R, G, J, con alternancias y distorsiones		
	Frases de 3 palabras		
	Palabras que usa : 50 palabras (sustantivos y verbos)		
	Señala con el índice		
	Pide objetos y deseos		
	Reconoce esquema corporal		
	Voz clara, sin ronquera ni voz nasal		
	Fluencia normal (no se traba al hablar; no tartamudea)		
	3 años	Más de 100 palabras	
Lenguaje conversacional			
Habla inteligible , pronuncia mejor, excepto S y R			
Palabras que usa: sustantivos, adjetivos, verbos, pronombres, plurales			
Voz clara, sin ronquera ni voz nasal			
Fluencia normal generalmente			
4 años	Habla inteligible (todos los fonemas pero no correctamente, principalmente las R)		
	Repite cuento corto		
	Describe uso de objetos		
	Palabras que usa: las anteriores más artículos, preposiciones, adverbios, interjecciones, etc.		
	Uso de categorías gramaticales (síntesis y generalización)		
	Hace preguntas constantemente		
	Puede decir hasta 1500 palabras		
	Conoce colores		
	Fluencia normal		
Voz clara, sin ronquera			
5 años	Pronunciación más clara		
	Participa en conversaciones, fluencia normal		
	Uso de la imaginación para crear historias		
	Describe objetos		
	Entiende secuencias en el tiempo		
	Voz clara, sin ronquera		
	Frases cada vez más complejas		

6 a 19 años	Voz normal: (Si dice NO marque cuál)		
	Ronquera		
	Voz nasal		
	Tono de la voz muy agudo		
	Tono de la voz muy grave		
	Otra alteración		
	Fluencia del habla normal (Si dice NO marque cuál)		
	Se traba al hablar		
	Habla rápido y atropellado		
	Pronuncia bien		

Signos de alerta: Los que con más frecuencia reflejan alteraciones en la comunicación oral a las diferentes edades se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. Signos de alerta de alteraciones de la comunicación oral

Edad	Signos de alerta
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • No vocaliza, sonrisa pobre, apatía, ronquera, voz nasal
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • No vocaliza, pobre relación con otras personas, sonrisa pobre, ronquera, voz nasal
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • No balbuceo, no uso de jerga, ronquera, voz nasal
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Vocabulario menor de 3 palabras, no responde a su nombre, no imitación vocal, no comprensión de órdenes sencillas, indiferente al medio, ronquera, voz nasal
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • No incremento del vocabulario, no uso de frases de dos palabras, no señala con el índice, no intenta comunicación, ronquera, voz nasal
2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 10 palabras a los 24 meses • No uso de jerga con fines comunicativos • Falta de comunicación • Lenguaje ecológico fuera de contexto • No señala con el índice • No expresa emociones • No aparición de juego simbólico • No frases de 3 palabras • Tartamudea • Ronquera frecuente • Voz nasal • Esfuerzo al hablar
3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 10 palabras a los 24 meses • No uso de jerga con fines comunicativos • Falta de comunicación • Lenguaje ecológico fuera de contexto • No señala con el índice • No expresa emociones • No aparición de juego simbólico • No frases de 3 palabras

	<ul style="list-style-type: none"> • Tartamudea • Ronquera frecuente • Voz nasal • Esfuerzo al hablar
4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Habla poco o no habla • Deja de hablar • Tartamudea • No pronuncia bien • Incapaz de narrar cuento corto • Ronqueras frecuentes • Voz nasal • Esfuerzo al hablar
5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Deja de hablar • No se le entiende lo que dice • Tartamudea • Ronquera frecuente • Voz nasal • Esfuerzo al hablar
6-19 años	<ul style="list-style-type: none"> • Deja de hablar • Tartamudea • Habla muy rápido y atropellado • Ronquera frecuente • Voz nasal • Esfuerzo al hablar • No pronuncia bien • Voz muy aguda (en caso de niños y adolescentes) • Voz muy grave (en caso de niñas y adolescentes)

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

El puericultor debe evaluar las relaciones entre el niño y sus familiares para identificar la presencia de acontecimientos significativos que puedan generar crisis en el ciclo vital de la familia y que influyen desfavorablemente en el desarrollo del niño y del adolescente. Debe tenerse en cuenta, además, el cumplimiento de las funciones básicas de la familia. Prestar especial atención a aquellas familias de alto riesgo psicosocial como son aquellas con antecedentes de trastornos psiquiátricos o adicciones, antecedentes de negligencia, abuso o maltrato en cualquier miembro de la familia, marginalidad, madres adolescentes, etc.

DIAGNÓSTICO BIOPSICOSOCIAL

Incluirá no solo la situación de salud y del desarrollo del niño sino también la valoración del contexto familiar.

GUIAS ANTICIPATORIAS Y CONSEJOS

Es este un componente muy importante de las consultas de Puericultura. A través de las guías anticipatorias el puericultor alerta a los padres y, también, a los propios niños y adolescentes, acerca de eventos del desarrollo y prevención de enfermedades. Se diferencian de los consejos en que estos últimos responden a inquietudes expresadas por los padres o los propios niños o adolescentes acerca de su situación de salud. (Tabla 9)

Tabla 9. Guías anticipatorias

ETAPA DE LA VIDA	EJEMPLOS DE GUIAS ANTICIPATORIAS
Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva • Corrección de pezones de ser necesario (enseñar ejercicios) • Ayuda de la familia en el hogar tras el nacimiento del niño • Cuidados generales del recién nacido • Vacunas del recién nacido • Exámenes de tecnología avanzada • Prevención de lesiones no intencionales en el hogar • Prevención de enfermedades alérgicas
Recién nacidos	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva (6 meses) • Prueba de diagnóstico precoz del Hipotiroidismo Congénito y Errores Congénitos del Metabolismo (Tamisaje neonatal) • Disminución del peso corporal en los primeros días de nacido • Posición en que debe acostar al niño para dormir • Características del aseo del niño (a). No sentar en palangana • Orientaciones sobre el cuidado de la piel (dermatitis del pañal) • Fimosis, adherencia balano prepucial, hidrocele, testículos no descendidos • Crisis genital, intumescencia mamaria • Característica de las deposiciones y la orina • Característica del sueño • Qué hacer ante: cólicos, regurgitaciones y variaciones de temperatura en el niño • Diarreas transicionales • Ictero fisiológico • Prevención de accidentes en el hogar • Estimular el desarrollo del Recién Nacido • Vacunación correspondiente.(Ver esquema)

Lactantes

- El desarrollo físico del niño
- Estado de salud actual del niño
- Lactancia materna exclusiva (6m) y Complementada (2 años y más)
- Características del sueño
- Plan de inmunizaciones correspondientes a su edad (Ver esquema)
- Alimentación complementaria según edad (ver Guía de Alimentación Complementaria)
- Proceso de Dentición
- Enseñar actividades que estimulen el desarrollo del niño según edad (Programa Educa a tu Hijo)
- Prevención de lesiones no intencionales por edades relacionados con el Desarrollo Psicomotor
- Prevención de Enfermedad Diarreica Aguda y Enfermedad Respiratoria Aguda.
- Prevención de Enfermedad Alérgica
- Alertar sobre hábitos bucales deformantes (Ver estomatología)
- Orientaciones sobre exámenes que se realizan en este grupo de edades (ver exámenes complementarios).

Preescolares

- Patrón de crecimiento.
- Estado de salud actual del niño y proceso de dentición
- Características del sueño
- Anorexia fisiológica
- Estimular el desarrollo del lenguaje y alertar sobre sus trastornos (tartamudez y disfonía) (Ver logopedia)
- Estimular el desarrollo de la inteligencia del Preescolar. (Programa Educa a tu Hijo)
- Plan de Inmunizaciones correspondientes a la edad
- Prevención de lesiones no intencionales, seguridad vial y accidentes dentó maxilo-facial. (2 a 4 años)
- Educación sanitaria
- Prevención de la fobia escolar favoreciendo la socialización con niños de su edad
- Conductas que deben evitar los padres: la sobreprotección, la permisividad, la autoridad dividida y el castigo físico o psicológico, que pueden afectar su desarrollo normal
- Los niños menores de 3 años NO deben ver TV, necesitan la relación con niños y adultos que estimulen el lenguaje y la creatividad
- Sexualidad en edad preescolar

Escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer a los padres el estado de salud actual del niño • Conductas que deben evitar los padres para evitar problemas de comportamiento de su hijo que puedan afectar su desarrollo normal • Orientaciones de prevención de daño actínico • Orientar sobre el patrón de crecimiento • Educación sanitaria • Inmunizaciones de la edad • Educación sexual • Educación antitabáquica, antidroga y antialcohólica. • Orientar sobre exámenes que se realizan en este grupo de edades (Ver exámenes complementarios) • Orientaciones sobre los deportes permitidos de la edad. • Higiene de la voz • Crear hábito y horario de estudio y responsabilidad con sus tareas escolares • Favorecer la socialización y el Juego con niños o niñas de su edad • Controlar horarios de TV o Computadoras • Prevención de lesiones no intencionales
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de lesiones no intencionales • Hábitos Alimentarios • Enseñar auto examen de mama en ambos sexos • Educación sexual y salud reproductiva • Prevención de ITS/VIH/SIDA • Prevención de embarazo en la adolescencia • Educación antitabáquica, antialcohólica y antidroga. • Plan de Inmunizaciones correspondientes (Ver esquema) • Orientar exámenes correspondientes a la edad (Ver exámenes complementarios) • Cambios fisiológicos de la piel, de la voz • Orientaciones de prevención de daño actínico • Orientación Profesional

INDICACIONES

Entre las indicaciones mas importantes de una consulta de puericultura de calidad se encuentran las relacionadas con la alimentación y nutrición, la vacunación del niño y la estimulación temprana, por lo que, a continuación, se señalan algunas de las recomendaciones más importantes relacionadas con estos aspectos.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

En cada control del niño y adolescente sano se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Evaluación del estado nutricional (clínica, antropométrica, bioquímica si es necesario)
2. Evaluación dietética con orientación y educación alimentaria y nutricional.
3. La evaluación bioquímica permite la identificación del estado actual y de las formas subclínicas.

En lactantes y niños pequeños (hasta 2 años) los aspectos más importantes a considerar son (Ver anexo 8)

- La LME hasta los 6 meses y complementada hasta los 2 años
- La alimentación complementaria
- De 6 a 23 meses de edad indicar la administración de Forferr (suplemento nutricional de hierro), ½ tab. diaria durante 3 meses, alejada de los alimentos en aquellos niños de riesgo nutricional.
- Prevención de hábitos bucales deformantes
- Higiene bucal.

En pre escolares

- Alimentación según las Recomendaciones Nutricionales Manejo adecuado de la anorexia fisiológica.
- Forferr 1 tab. diaria en pacientes de riesgo nutricional por 3 meses.
- Prevención de hábitos bucales deformantes
- Higiene bucal.

En edad escolar

- Alimentación según las Recomendaciones Nutricionales y Guías alimentarias para la Población Cubana
- Orientar adecuados hábitos alimentarios en la familia y escuela.
- Higiene bucal.

En el adolescente

- Alimentación según las Recomendaciones Nutricionales y Guías alimentarias para la Población Cubana
- Considerar los cambios en las costumbres y preferencias alimentarias propios de esta edad
- Vigilancia de riesgos y trastornos nutricionales
- Orientar adecuados hábitos alimentarios en la familia y escuela
- Higiene bucal

VACUNACIÓN

Esquema de Vacunación vigente. Vacunación ante contingencias.
(Ver anexo 9).

La vacuna será aplicada por:

- Enfermera entrenada, en el vacunatorio de la maternidad, del policlínico, consultorio o escuela.
- Se observará al niño o adolescente vacunado al menos durante media hora por :
 - Enfermera que aplicó la vacuna

- Médico de Familia y/o Pediatra designados

Recomendaciones importantes:

- Todos los niños o adolescentes que presenten una reacción vacunal inmediata deberán ser valorados por el médico de familia y por el pediatra y notificar al Municipio de Salud y al Centro Municipal de Higiene y Epidemiología.
- Si la reacción es grave deberá remitirse al niño o adolescente, acompañado por el médico de familia o pediatra, al Cuerpo de Guardia del hospital pediátrico más cercano.
- Los niños y adolescentes de riesgo recibirán un manejo especial y estricto antes, durante y después de la vacunación; entre estas situaciones se encuentran: prematuridad, compromiso inmunológico, enfermedades crónicas descompensadas, enfermedad actual, retrasos en la vacunación, etc.
- Posteriormente se evaluará al niño vacunado por el médico de familia, enfermera, pediatra en consultorio, escuelas o el hogar, en busca de reacciones vacunales tardías. Ej. Becegeítis, etc.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

El puericultor mantendrá disponible los documentos del *Programa Educa a tu Hijo* para orientar a los familiares del niño acerca de las actividades que deben realizar, en dependencia de la edad de éste para estimular su desarrollo psicomotor y conocer los logros del mismo.

Consejos a la familia para la estimulación temprana del desarrollo de sus hijos

Recién Nacido:

Es capaz de percibir y responder a estímulos de la vista, del oído, de la piel, la boca y las manos. La madre y los adultos que le rodean deben suministrarle estímulos por todas esas vías cuando el niño está despierto.

¿Qué hacer? Háblale aunque no entienda, debe cantarle, cargarlo, acariciarlo, ponerle objetos en la palma de la mano, etc.

Estos estímulos a su desarrollo harán más gratificante la relación madre-hijo, aumentarán su propia estimación, su confianza y se sentirá satisfecha como una buena madre.

Hasta los 3 meses de edad:

Para estimular el desarrollo de habilidades ¿Qué usted debe hacer?

-- Acueste al niño boca-arriba, párese frente a él y háblale o muéstrelle un objeto que suene o que tenga vivos colores, muévase hacia los lados para que la siga con la mirada, lo que favorece la rotación de la cabeza.

-- Ponga en sus manos objetos que pueda agarrar, aro, maruga, cajita, etc, que estén limpios y no sean peligrosos. Sonría y háblale estando frente a él y a corta distancia de su rostro. Hablar con voz suave, repitiendo varias veces lo que se dice, acompañar las vocalizaciones con gestos exagerados para llamar su atención. Cantarle y arrullarle siempre con la cara frente a él. Esto debe

hacerlo varias veces al día. La respuesta del bebé no se hace esperar, fija la mirada en la madre y reduce los movimientos de brazos y piernas por un corto espacio de tiempo, hasta que rompe el contacto visual y su mirada se hace vaga o vira la cara hacia un lado, como una forma de descanso.

-- Estas actividades constituyen una fuente de placer para ambos y es un precursor del juego que será una magnífica fuente de aprendizaje.

Hasta los 6 meses de edad.

Para estimular las habilidades ¿Qué usted debe hacer?

_ Acostado boca-arriba tómelo de las manos o haga que él agarre los dedos del adulto con sus dos manos y tirar de él hasta sentarlo. Al final del 5to mes podrá permanecer sentado con apoyo, con la cabeza erecta, por un breve período de tiempo.

_ Siéntelo, con o sin sostén, según sea capaz el niño, y coloque objetos a su alcance como por ejemplo cucharas plásticas, marugas, dados de maderas, o plásticos, cajitas, etc, para que practique la coordinación de la vista con la mano. Puede cambiar el objeto cuando no le llame la atención.

_ Coloque la maruga en su mano y agítela para que suene, luego intente que repita él solo el movimiento.

_ Juegue al caballito. Siéntelo en sus piernas y bríncale. Cuando usted se detiene el bebé se agita para provocar que el adulto salte de nuevo. Hágale los sonidos al trote y al galope.

_ Repita los sonidos que él emite espontáneamente. El adulto debe imitarlo a él, para que el niño lo imite en estos sonidos conocidos primero, y más tarde lo hará con los sonidos nuevos. Así aprenderá a hablar y a hacer muchas cosas imitando a las personas que están a su alrededor.

_ Cargarlo, acariciarlo, mecerlo, sonreírle y reír con él son estímulos muy necesarios para su desarrollo, seguridad y confianza en sí mismo para toda la vida y que se establecen desde los primeros meses de la vida.

Hasta los 9 meses de edad

-- No espere a que el niño llore para atenderlo, demandará atención y buscará que jueguen con él pues es más sociable.

-- Haga juegos de práctica social como el cucu-tras, se esconde y reaparece. enséñele a decir adiós, el pollito, azótate la mocita, tortitas, aplaudir, etc.

-- Si hace algo que usted desea que repita o que es un logro, estimúlelo sonriéndole, hablándole, besándole. Si por el contrario quiere que desaparezca una conducta indeseable, ignórela o cambie a otro estímulo. El regaño tiene efecto contraproducente y aumenta la frecuencia de lo que se desea evitar.

-- Cada vez que se dirija a él dígame su nombre, y no de forma impersonal, por ejemplo ¿que quiere el niño?

-- Póngalo frente al espejo y repítale su nombre.

-- Facilite que otros niños de su edad jueguen cerca de él, imitará y sentirá agrado de estar unidos .Pueden haber discordias, debe reducirlas y actuar como árbitro.

-- Si el niño se asusta ante un extraño, manténgalo en sus brazos, háblele suavemente y no lo fuerce a aceptarlo. Es una respuesta normal y en algunos niños el proceso de familiarización es más prolongado.

Hasta 1 año de edad

- Demuestra un marcado interés del sentido del tacto y de la vista, quiere verlo todo en mayor detalle y tocarlo y le agrada tener personas a su alrededor.
- Descubre que con los sonidos del balbuceo puede establecer contacto con los demás y los usa como juego. Esto lo prepara para el aprendizaje y la comprensión del lenguaje. La mamá debe estimular los intercambios vocales con el niño, debe corresponderle a su llamado de atención.
- Aún puede mostrarse tímido con los extraños como en la etapa anterior.
- Sonríe ante su propia imagen en el espejo.
- Es capaz de tomar una bolita pequeña con los dedos en forma de pinza, lo que necesita practicar para perfeccionarla.
- Perfecciona los actos intencionales con un fin determinado. Ante un aro atado a un cordelito, es capaz de tomarlo y halar por la mesa.
- Le gusta gatear, aunque ya es capaz de pararse agarrado a la baranda de su camita o corralito.
- Se sienta solo y se mantiene sentado.
- Atiende a su nombre y dice una o dos palabras con sentido.
- Muestra interés por las palabras y las repite e imita, y es capaz de cumplir órdenes sencillas como dame y toma.
- Dice adiós, las torticas, etc.
- Es capaz de mostrar sentimientos como miedo, celos, ansiedad, o simpatía.
- Tiene necesidad de estímulos mediante los sonidos, el lenguaje y la comunicación.
- Imita sonidos nuevos que no había pronunciado antes, de ahí la importancia de estimular el lenguaje.
- Los estímulos visuales como juguetes de colores brillantes son muy importantes.
- El afecto debe demostrarse y es indispensable en todas las edades, ya se extiende a otras personas de su medio.
- Los juegos son funcionales, de movimiento, por ejemplo, movimientos del cuerpo y la cabeza, sacar la lengua, gatear, andar de puntillas, subir escalones, agarrar, dar golpes, llevar y traer objetos, jugar con agua o arena, arrastrar un juguete, etc. Se debe facilitar que el niño tenga oportunidad de adquirir estas experiencias con objetos del medio que le rodea.

De 1 a 1 1/2 año de edad.

- Facilitar espacios donde pueda caminar solo sin ayuda, que le permiten una mayor independencia.
- Es capaz de sentarse solo en su silla o subirse a la de los adultos, por lo que hay que tener cuidado con las caídas.
- Puede subir escalera sin ayuda y necesita de ese entrenamiento para fortalecer sus piernas.
- Puede arrastrar un juguete mientras camina, halado por un cordelito.
- Le gusta tirar pelotas y otros objetos como forma de juego, que puede establecerse con él.
- Utiliza la cuchara para comer, por lo que debe permitirse que participe en su comida.

- Cuando está despierto es capaz de controlar orina y defecación si se le ha hecho hábito o han entrenado este control.
- Es capaz de responder órdenes sencillas, pues concentra más su atención y se convierte en un experimentador activo. Utiliza una varita para atraer un objeto que no alcanza.
- Facilite un pomo de plástico de boca ancha o una cajita para introducir o sacar bolitas que agarra muy bien entre sus dedos en pinza, entre el dedo índice y el pulgar. Pues puede agarrar y soltar.
- Los juegos de construcción o daditos de madera para estimular que haga torres con 3 de ellos, los une y después los destruye.
- Puede volver las hojas de un libro, 2 o 3 juntas a la vez.
- Finge o imita acciones que ve en el adulto como escupir, toser, leer el periódico
- Enseñe las partes de su cuerpo, pelo, nariz, boca etc.
- Dice adiós en señal de despedida
- Muestre láminas con dibujos de animales, objetos de la vida diaria, etc, para que el niño desarrolle su vocabulario.
- Facilite el juego con otros niños con varios juguetes, cada uno con los suyos, pues no intercambian, son juegos paralelos.
- Es muy importante que le hable mucho, con la cara frente a él.
- Enseñe láminas de un libro y se las describe
- Los niños en estas edades no deben ver televisión, necesitan la estimulación del lenguaje que le brinda el adulto u otro niño, para aprender a hablar.
- Necesita que lo lleven a distintos paseos y actividades, zoológico, parques, etc, donde se relacione con otros niños y adultos fuera del marco familiar.
- Demuestre siempre el afecto, con abrazos, halagos, risas, etc.

De 1 1/2 a 2 años.

- Continúa el desarrollo acelerado del lenguaje que usted debe estimular, hablando todo lo que hace con él, a la hora de comer, nombrar los utensilios y los alimentos, cuando se baña y viste, cuando pasea, etc., lo que permite ampliar su vocabulario.
- El niño ha desarrollado imágenes y puede pensar en las cosas sin que estén presentes, puede acordarse de un juguete e ir a buscarlo o de su mamá aunque no la vea.
- Fomente la independencia, para lograr que el niño pueda hacer las cosas por sí mismo, uso de los cubiertos y el vaso, comunicarse con sus familiares y con extraños.
- Debe estar atento por el riesgo de accidentes en esta etapa de mayor autonomía.
- El control de los esfínteres anal y vesical se perfecciona, se socializan estas funciones y aprende donde debe hacer la caca u orinar. Debe sentarlo o llevarlo al baño cuando se toque los genitales por si quiere orinar o inquieto cuando quiere hacer la caca y mostrar agrado cuando lo hace bien, para estimularlo a complacer y quedar bien con el adulto. Puede crear un horario para el hábito de la defecación, que puede ser en horario de la mañana, después del desayuno y sentarlo unos minutos, pero sin presionar.
- Recuerde que está en la etapa del NO por lo que no podemos entrar en batalla, que solo empeora la conducta.

- El niño debe aprender a señalar con el dedo las cosas a su alrededor o mostrar sus juguetes, ropas, etc.
- No lo presione con las comidas, pues ahora va a crecer menos por tanto come menos y además es mucho más activo y curioso por lo que se distrae durante la comida. No deben crearse conflictos alrededor de la comida.
- En esta edad ya debe tomar la leche en vaso, comer solo y todo tipo de alimento.

De 2 a 3 años de edad.

- Haga que lo imite caminando en punta de pies.
- Déle un caramelo y desenvuelva usted otro para que él lo imite, puede ayudarlo hablándole.
- Debe tener su propia sillita para sentarse o silloncito para mecerse; ofrézcale un caballito para que se balancee
- Debe subir escaleras agarrado de la mano.
- Facilite dados de madera para que construya torres de 4 o 5 dados o un puente que usted debe enseñarle a hacer para que imite la tarea.
- Que manipule libros o revistas y trate de pasar las hojas, aunque todavía no lo haga bien.
- Juegue a la pelota, frente a él, rodando e indique que la devuelva de la misma formalo.
- Enseñe a sostenerse en un pie, sujetándolo por un brazo.
- Juegue con él dando varias órdenes combinadas a la vez y ayúdele con el gesto o señalando, por ejemplo, trae el libro y ven acá, etc.
- Enseñe orientando lo que está dentro y lo que está fuera, arriba y abajo. Juegue con la pelota y póngala en esas posiciones en una silla, o delante y detrás
- Muestre los opuestos de grande-chico, en los zapatos, cucharas, platos, etc.
- Opuestos de abierto-cerrado, la puerta, la ventana, etc.
- Enséñele a nombrar objetos de la vida diaria para ampliar su vocabulario o con las láminas de un libro o cuando salen de paseo en la calle. Cualquier momento es bueno para hablar con su hijo y facilitar el desarrollo del lenguaje.
- Debe aprender a identificar las partes de su cuerpo, en una muñeca o en usted mismo. (el pelo, la boca, los ojos, la nariz, etc).
- Debe decir su propio nombre y reconocerse delante del espejo o aprovechar las fotos familiares para que se reconozca él y a otros miembros de la familia.
- Cuando diga o repita una palabra nueva recompense con una sonrisa o muestras de aprobación, para que se sienta estimulado y quiera repetirlo.
- Enseñe el nombre de los alimentos, las prendas de vestir u otros objetos de uso en la vida diaria y aproveche para combinar nombres y verbos, adjetivos unidos a nombres, etc.
- Recuerde: su hijo en estas edades no debe ver televisión. Necesita del intercambio con el adulto, de su aprobación y estímulo para desarrollar el lenguaje.

De 3 a 4 años de edad.

- Necesita espacios para moverse pues sigue prefiriendo los juegos activos y las carreras, aunque se entretiene más tiempo con lápices para garabatear sobre papel o jugar con rompecabezas sencillos.
- Tiene movimientos finos más desarrollados, pero limitados, todavía no puede hacer un círculo, sólo garabatea.
- Puede subir escaleras alternando los pies, y es capaz de saltar de un escalón al piso con los dos pies., así como pedalear en un velocípedo, o pararse en un solo pie.
- Facilite cubos de madera para que pueda construir torres, puente etc (de 4 o más cubos).
- El lenguaje ha continuado su desarrollo y ya puede clasificar, agrupar o separar objetos.
- Pregunta ¿Qué es esto? Y usted debe responderle para facilitar que pueda clasificar por grupos.
- Estimule su orientación y localización de los objetos en arriba, abajo, dentro fuera, grande pequeño.
- Habla mucho más, hace oraciones largas empleando todas las partes que la contienen, artículos, verbos, adjetivos, etc .Habla solo consigo mismo, mientras juega, con la imaginación.
- Es afectivo, lo expresa y quiere agradar a las personas, aunque a veces se muestra celoso con papá o con los hermanos por el cariño de mamá.
- Pueden haber miedos que son pasajeros, a insectos, al agua en la playa, etc, y no se le debe obligar a que los toque o entre al agua por que podemos provocar una crisis.
- Aparece de forma clara las bases de la identidad sexual, con voz, gestos, modo de caminar, de correr e intereses de juego propios de cada sexo, para lo cual es fundamental la imitación de los modelos que tiene en el hogar, papá y mamá.
- El juego consolida lo que aprendió por imitación, aparecen los juegos típicos de la infancia, representando las labores de los adultos, la casita, los soldados, etc.
- Dígale el nombre de objetos de uso cotidiano y pregunte después como se llama.
- Enseñe a identificar los diferentes sonidos que oye, timbre, claxon de autos, teléfono, etc.
- Debe enseñar su nombre completo y su edad.
- Haga que cumpla órdenes combinadas, por ejemplo, guarda el juguete y ven acá con el periódico. Estimule el uso de los pronombres mi, mío, tuyo.
- Enseñe a orientar un objeto o juguete, dentro, encima, debajo, detrás, delante, etc. Use por ejemplo una pelota que pueda ubicar en una caja, o con una silla, etc. Explore que entendió y aprendió lo que le enseñó.
- Construya torres con dados de madera o cubos plásticos de 5 ó 6 o más y que el niño participe para que aprenda a hacerlo por sí mismo.

De 4 a 5 años de edad

- La necesidad de afecto continua hasta el final de la vida, pero en esta etapa el niño necesita atención, elogios verbales, sonrisas de aprobación cuando ha tenido una conducta satisfactoria y caricias para dar y recibir.

- El estímulo, los regalos y los paseos deben realizarse en esta etapa, lo que le permite saber que es importante para sus padres, que se sienta seguro y amado.
- Los juegos en los que el niño se ejercite, también juegos de fantasía y en los que pueda interactuar con niños de su edad o no.
- Haga un círculo y una cruz en el papel y pídale que lo copie. Si lo logra intente entonces con un cuadrado, aunque no lo haga bien.
- Enseñe a vestirse y desvestirse e intente con los zapatos aunque se confunda de pies.
- Juegue a la pelota e intente que la lance, teniendo los dos pies juntos.
- Muéstrole como dobla un papel tres veces y pídale que lo haga después.
- Pídale que dibuje una persona, que se parezca a él, a mamá o papá, todavía la figura es imperfecta y le faltan elementos o los brazos y las piernas salen de la cabeza, pero es el rudimento de la figura humana.
- Puede construir torres de 10 o 12 cubos, porque tiene mejor control muscular.
- Puede contar hasta el 10, pero los objetos que cuenta sólo corresponden hasta el 2 o el 3.
- Entrene su memoria y haga que repita frases cortas, por ejemplo: Vamos a pasear a la playa, Tengo un caballo blanco, Los niños y las niñas juegan juntos.
- Hágle preguntas como: ¿Qué debes hacer cuando tienes hambre, frío, sueño, o cuando se te pierde alguna cosa?
- Trabaje con láminas donde estén representados miembros de una familia, animales, objetos de la casa, muebles, etc y pida al niño que los señale o que los nombre, para así también ampliar su vocabulario
- Ya debe haber logrado el control de los esfínteres anal y vesical y debe ir al baño solo cuando quiere hacer sus necesidades.
- Puede comer solo sentado a la mesa con las demás personas y usar bien la cuchara y el tenedor, así como cepillarse los dientes después de comer.
- Aparecen los ¿Por qué? Se interesa por la causa de las cosas que ocurren y llaman su atención.
- Cuando estén juntos lea cuentos en voz alta, después puede preguntarle y él es capaz de narrarle pasajes del cuento que se ha aprendido. Enseñe versos cortos que también le gustará aprender.
- Ha desarrollado más sus capacidades y habilidades así como el lenguaje, la atención y la memoria, que debemos seguir entrenando.
- Haga cuentos o lea historietas que tenga ilustraciones y pídale después al niño que las narre él.
- Enseñe las posiciones de los objetos. Use una silla y muéstrole usted primero como coloca la pelota encima, debajo, delante, detrás, a la derecha o a la izquierda, y pídale después a él que lo haga o lo identifique.
- Para contar hasta 10 use fichas de dominó, bolas, bloques, chapitas, etc y vaya separando los objetos poco a poco hasta que los pueda contar.
- Es capaz de responder de qué están hechas las casas, las puertas, los libros, etc.
- Conoce los colores básicos: blanco, negro, rojo, azul, verde, amarillo .Diga otros nuevos colores mientras juega o se viste, siempre uno de cada vez para que no los confunda.
- Dibuja la figura humana aunque aún incompleta y también logra el cuadrado y el triángulo.

- Trate de que aprenda a relacionar objetos entre sí. Por ejemplo: Para vestir, pantalones y zapatos. Para jugar, pelotas y carritos. Para comer, plato y cuchara.
- Relacione además objetos del mismo tamaño, color, o uso.
- Muestre láminas donde pueda encontrar diferencias en objetos y dibujos, por el tamaño, el color o el número de ellos, por ejemplo, dos niños del mismo tamaño, vestidos igual pero las gorras son diferentes y el color del pelo también
- Juegue a completar frases que pueden ser iguales o diferentes: Un papá es un hombre, Una mamá es una.....Un hermano es un niño, una hermana es una...El sol brilla de día, la luna brilla de...
- Necesita de paseos frecuentes a lugares de interés como el Zoológico, el circo, la playa, el campo, donde se aproveche para explicarle todo lo que vea y que después le pueda contar a la familia.
- Si tiene dificultades en la pronunciación de algún sonido, no le rectifique, no lo obligue a repetirlo. Hable Ud despacio y claro y vuelva a repetir la palabra correctamente.
- La necesidad de compañeros de juego es importante en esta edad y los padres deben facilitarla, son juegos cooperativos con reglas, que reflejan la realidad y donde el niño asume roles que imitan a los adultos.
- También disfruta al colorear, recortar, pegar y dibujar, en compañía o solo y le agrada que elogien lo que hace.
- Todas estas actividades le permiten al niño arribar bien preparado para lograr el aprendizaje escolar.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

El cribado metabólico neonatal constituye un programa prioritario de salud pública, cuyo objetivo fundamental es detectar precozmente enfermedades en el recién nacido (antes de que se manifiesten los primeros síntomas), lo cual permite la toma temprana de las medidas necesarias para que la enfermedad no se manifieste con toda su intensidad.

Toma de muestra: Se le realizará la *Pesquisa Neonatal o Cribado Metabólico*, al 5to día de vida del recién nacido para lo cual se limpiará con alcohol la región seleccionada que puede ser del dedo pulgar del pie o del calcáneo, se secarán los restos del alcohol para su eliminación y se puncionará con una lanceta desechando la primera gota. Deben de cubrirse adecuadamente los círculos marcados en el papel cromatizado y luego se deja secar al aire libre. Posteriormente se llenara el modelo oficial con todos los datos, especificando bien el número del consultorio.

Tabla 10. Técnicas Programa Materno Infantil. Valores de referencia

Técnica	Interés Clínico	Valor de Corte Establecido
TSH	Cribado de Hipotiroidismo Congénito	15 mUI/L
PKU	Cribado de la Fenilcetonuria	240 umoles/L
UMELISA 17OH Progesterona NEONATAL	Cribado de la Hiperplasia Suprarrenal Congénita	55 nmol/L
BIOTINIDASA	Cribado de Deficiencia de Biotinidasa	Presencia de Actividad de Biotinidasa: Normal (colorimétrica).
UMTEST GAL	Cribado para la Detección de la Galactosemia	10 mg/dl

La determinación de hemoglobina se indicará a los 6 meses, 24 meses, y a los 5 años en el chequeo para la entrada a la educación primaria. En las adolescentes se realizará una vez inicien los ciclos menstruales y en los adolescentes con riesgo nutricional, para el diagnóstico de la anemia por deficiencia de hierro.

Tabla 11. Niveles de Corte Normales para la Hemoglobina.

Grupo por edad y sexo	Hb (g/dl)	Hto (%)
Niño de 6 meses a 5 años	≥11,0	≥33
Niño de 5 a 11 años	≥11,5	≥34
Niño de 12 a 14 años	≥12,0	≥36
Mujer a partir de 15 años (no embarazada)	≥12,0	≥36
Mujer embarazada	≥11,0	≥33
Varón a partir de 15 años	≥13,0	≥39

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2001.

En la adolescencia, a las muchachas que comiencen sus relaciones sexuales coitales se les deberá realizar exudado vaginal y endocervical. La citología cervical (Papa Nicolau) se indicará ante la presencia de evidencia de lesiones sugestivas de alguna patología cervical benigna o maligna y los estudios serológicos para Sífilis, HIV y Hepatitis B deben indicarse en uno y otro sexo cada vez que se consideren necesarios.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa bien definida del ciclo vital humano entre la niñez y la adultez, y se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales. La pubertad constituye el componente biológico de la adolescencia. Se refiere a los cambios morfológicos y fisiológicos que ocurren en el niño/a hasta alcanzar la madurez de los órganos sexuales y alcanzar la capacidad

reproductiva. Existen algunas características especiales en esta etapa de la vida; en ella son comunes situaciones tales como:

1. Apetito exagerado (a veces selectivo)
2. Trastornos nutricionales (obesidad, anemia)
3. Actividad excesiva alternada con astenia
4. Preocupación por ritmo de maduración del cuerpo
5. Angustia frente a situaciones normales (como la ginecomastia, trastornos de la menstruación, etc.)

Desde el punto de vista psicológico también existen características que son propias de este período y entre ellas tenemos:

1. Imagen inestable de si mismo
2. Impulsividad
3. Negativismo
4. Espíritu de contradicción
5. Labilidad emocional (cambios bruscos de humor)
6. Omnipotencia
7. Egocentrismo: cree que todos están preocupados de él o ella
8. Sentimiento de soledad: cree que es único y especial
9. Necesidad del amigo íntimo
10. Independencia
11. Sexualidad
12. Vocación

Socialmente en esta etapa hay aspectos característicos como son:

1. Importancia del grupo (para afirmar su imagen)
2. Deseo de no parecerse a los adultos (lenguaje, vestuario, adornos no convencionales)
3. Revisión crítica a valores éticos, religiosos, etc
4. Conflicto ambivalente de rechazo y dependencia al grupo familiar
5. Problemas de derechos y deberes

VISITAS DE TERRENO

La actividad básica del Puericultor es, identificar los problemas de salud durante el ciclo vital de la familia, de conjunto con la comunidad, ya que le brinda la oportunidad de observarlos en su ambiente social, cultural y religioso. El personal de salud que realiza esta actividad debe tener conocimientos científicos que le permitan poner en práctica acciones integrales y habilidades comunicativas que contribuyan a brindar una atención de calidad y dar alternativas de solución a los factores que influyen en el estado de salud de los integrantes de la familia y su autogestión, resolviendo en el menor tiempo los problemas de salud que se presenten.

Ventajas de la visita al hogar

- Prevé la atención segura e integra.
- Evidencia la relación interpersonal que favorece al puericultor

- Usa el enfoque clínico ,epidemiológico y social en la vigilancia de los problemas de salud del niño/a y la del adolescente
- Permite observar a la familia en su entorno ambiental y social.
- La familia participa activamente en su autogestión de salud.
- Permite al puericultor conocer las características de la familia, niño/a y el adolescente.
- Permite resolver con facilidad y en menor tiempo los problemas de salud y crisis que se presentan en la familia, niño/a y el adolescente.

Componentes de la visita al hogar

- Planeamiento
- Introducción
- Desarrollo de la actividad en la visita
- Conclusiones ó termino de la visita

Planeamiento: El puericultor debe tener conocimiento y tomar en consideración las necesidades de la familia y el niño/a o adolescente, para realizar una visita productiva y eficaz.

Aspectos a tener en cuenta:

- Necesidades de la familia y el niño/a o adolescente
- Condiciones de la vivienda
- Condiciones higiénicos sanitarias
- Ambiente sociocultural
- Factores económicos
- Cumplimiento de los consejos médicos
- Factores de riesgos

Introducción: Comprende la presentación con tono de voz agradable, explicar las razones y finalidad de la visita de forma precisa y crear un clima que facilite la confianza para el intercambio entre la familia, niño/a o adolescente con el puericultor.

Aspectos a contemplar:

- Tipo de familia
- Componente del núcleo familiar y rol que desempeñan en la familia
- Dispensarización de cada uno de sus miembros
- Ciclo de desarrollo de la familia
- Fase del ciclo vital de la familia

Desarrollo o actividades en la visita: Depende del objetivo de la visita.

- Intercambio con la familia: estilo de vida, hábito externo, lenguaje corporal, relaciones interpersonales, hábitos tóxicos en la familia, relaciones con la comunidad y sus miembros, integración social, per cápita económica.
- Examen físico: Se debe realizar general y por aparatos al niño/a o adolescente en presencia de los padres.
- Recorrido por la vivienda: Observar limpieza, ordenamiento, tipo de vivienda, estructura, hacinamiento, ventilación, iluminación, abasto de

agua, disposición final de residuales líquidos y sólidos, si existen peligros potenciales de lesiones no intencionales en el hogar, presencia de animales domésticos, vectores y roedores, ruidos, polvo, humedad, alérgenos químicos y/o ambientales, terrenos o patios enyerbados en el hogar.

- En la comunidad: Observa la existencia de micro vertederos de basura, salideros, ríos contaminados, factores de riesgos de enfermedades profesionales, factores contaminantes, terrenos con exceso de hierba y otros.

Conclusiones:

Comprende el resumen de los aspectos más importantes encontrados durante la visita, insistiendo en los negativos. Realizar un plan de acciones donde se orienta a la familia en los aspectos que deben trabajar para resolver los problemas de salud y necesidades mediante su autogestión de salud, la coordinación de la próxima visita y la consulta de puericultura.

ANEXOS

Anexo 1. VALORES NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA POR EDADES

Grupo de edad	Frecuencia respiratoria
RN (< 7 días)	60 resp / min.
7 a 30 días	35 a 45 resp/min
1 a 6 meses	30 a 40 resp / min.
6 m a 1 año	25 a 35 resp/min
1 a 5 años	20 a 30 resp / min.
➤ 5 años	15 a 25 resp/min.

Anexo 2. VALORES NORMALES DE FRECUENCIA CARDIACA POR EDADES

GRUPO DE EDAD	Frecuencia cardíaca en reposo.	
	Frecuencia Media	Desviaciones estándar
Nacimiento	140	50
1er mes	130	45
1 a 6 meses	130	45
6 a 12 meses	115	40
1 a 2 años	110	40
2 a 4 años	105	35
6 a 10 años	95	30
10 a 14 años	85	30
14 a 18 años	82	25

Anexo 3. VALORES DE TENSION ARTERIAL
SEXO FEMENINO

EDAD (Años)	Valores de talla		VALORES DE TENSION ARTERIAL (TA)													
	Percentiles de TA		TENSION ARTERIAL SISTOLICA (TAS, mm Hg)							TENSION ARTERIAL DIASTOLICA (TAD, mm Hg)						
1	Valores de talla		68.9	70.1	71.8	73.8	75.7	77.4	78.4	68.9	70.1	71.8	73.8	75.7	77.4	78.4
	Percentiles de TA	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
		90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
		95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
		99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	Valores de talla		80.1	81.3	83.4	85.8	88.1	90.2	91.5	80.1	81.3	83.4	85.8	88.1	90.2	91.5
	Percentiles de TA	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
		90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
		95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
		99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
	Valores de talla		87.6	89	91.3	93.9	96.6	99	100.5	87.6	89	91.3	93.9	96.6	99	100.5

3	Percentiles de TA	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51	
		90	100	100	102	103	104	106	106	106	61	62	62	63	64	64	65
		95	104	104	105	107	108	109	110	110	65	66	66	67	68	68	69
		99	111	111	113	114	115	116	117	117	73	73	74	74	75	76	76
4	Valores de talla		93.8	95.3	97.9	100.8	103.7	106.5	108.1	93.8	95.3	97.9	100.8	103.7	106.5	108.1	
	Percentiles de TA	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54	
		90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68	
		95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72	
99		112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79		
5	Valores de talla		100.2	101.8	104.5	107.7	110.9	114	115.8	100.2	101.8	104.5	107.7	110.9	114	115.8	
	Percentiles de TA	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56	
		90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70	
		95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74	
99		114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81		

6	Valores de talla		106.6	108.4	111.3	114.7	118.3	121.6	123.6	106.6	108.4	111.3	114.7	118.3	121.6	123.6	
	Percentil es de TA	50	91	92	93	94	96	97	98	98	54	54	55	56	56	57	58
		90	104	105	106	108	109	110	111	111	68	68	69	70	70	71	72
		95	108	109	110	111	113	114	115	115	72	72	73	74	74	75	76
		99	115	116	117	119	120	121	122	122	80	80	80	81	82	83	83
7	Valores de talla		112.9	114.7	117.9	121.5	125.3	128.8	131	112.9	114.7	117.9	121.5	125.3	128.8	131	
	Percentil es de TA	50	93	93	95	96	97	99	99	99	55	56	56	57	58	58	59
		90	106	107	108	109	111	112	113	113	69	70	70	71	72	72	73
		95	110	111	112	113	115	116	116	116	73	74	74	75	76	76	77
		99	117	118	119	120	122	123	124	124	81	81	82	82	83	84	84
8	Valores de talla		118.3	120.3	123.7	127.6	131.7	135.4	137.7	118.3	120.3	123.7	127.6	131.7	135.4	137.7	
	Percentil es de TA	50	95	95	96	98	99	100	101	101	57	57	57	58	59	60	60
		90	108	109	110	111	113	114	114	114	71	71	71	72	73	74	74
		95	112	112	114	115	116	118	118	118	75	75	75	76	77	78	78

		99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	Valores de talla		123.1	125.2	129	133	137.2	141.2	143.6	123.1	125.2	129	133	137.2	141.2	143.6
	Percentiles de TA	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
		90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
		95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
		99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	Valores de talla		127.3	129.6	133.5	138	142.6	146.8	149.4	127.3	129.6	133.5	138	142.6	146.8	149.4
	Percentiles de TA	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
		90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
		95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
		99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	Valores de talla		132.2	134.8	139.1	144	148.9	153.4	156.1	132.2	134.8	139.1	144	148.9	153.4	156.1
	Percentil	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
		90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77

	es de TA	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
		99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	Valores de talla		138.9	141.7	146.2	151.2	156.2	160.6	163.2	138.9	141.7	146.2	151.2	156.2	160.6	163.2
	Percentil es de TA	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
		90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
		95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
		99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	Valores de talla		145.7	148.2	152.5	157.2	161.8	166.3	168.5	145.7	148.2	152.5	157.2	161.8	166.3	168.5
	Percentil es de TA	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
		90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
		95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
		99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	Valores de talla		149.6	152	156	160.4	164.9	168.9	171.3	149.6	152	156	160.4	164.9	168.9	171.3
		50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66

	Percentiles de TA	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80	
		95	123	123	125	126	127	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
		99	130	131	132	133	135	136	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	Valores de talla		151.3	153.6	157.5	161.9	166.3	170.2	172.6	151.3	153.6	157.5	161.9	166.3	170.2	172.6	
	Percentiles de TA	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67	
		90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81	
		95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85	
		99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93	
16	Valores de talla		151.9	154.3	158.2	162.6	166.9	170.9	173.2	151.9	154.3	158.2	162.6	166.9	170.9	173.2	
	Percentiles de TA	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	66	68	
		90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82	
		95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86	
		99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93	
Valores de talla		152.3	154.6	158.6	162.9	167.3	171.2	173.6	152.3	154.6	158.6	162.9	167.3	171.2	173.6		

17	Percentiles de TA	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
		90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
		95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
		99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

VALORES DE TENSIÓN ARTERIAL
SEXO MASCULINO

EDAD (Años)	Valores de talla		VALORES DE TENSION ARTERIAL (TA)													
	Percentiles de TA		TENSION ARTERIAL SISTOLICA (TAS, mm Hg)							TENSION ARTERIAL DIASTOLICA (TAD, mm Hg)						
1	Valores de talla		71	72	73.6	75.5	77.5	79.4	80.6	71	72	73.6	75.5	77.5	79.4	80.6
	Percentiles de TA	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
		90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
		95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
		99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	Valores de talla		81.5	82.8	83.4	87.3	89.6	91.7	93.0	81.5	82.8	83.4	87.3	89.6	91.7	93.0
	Percentiles de TA	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
		90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
		95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
		99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
	Valores de talla		89.5	90.8	93.0	95.6	98.2	100.8	102.3	89.5	90.8	93.0	95.6	98.2	100.8	102.3

3	Percentiles de TA	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48	
		90	100	101	103	105	107	108	109	109	59	59	60	61	62	63	63
		95	104	105	107	109	110	112	113	113	63	63	64	65	66	67	67
		99	111	112	114	116	118	119	120	120	71	71	72	73	74	75	75
4	Valores de talla		95.4	96.9	99.4	102.2	105.1	107.7	109.2	95.4	96.9	99.4	102.2	105.1	107.7	109.2	
	Percentiles de TA	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52	
		90	102	103	105	107	109	110	111	111	62	63	64	65	66	66	67
		95	106	107	109	111	112	114	115	115	66	67	68	69	70	71	71
99		113	114	116	118	120	121	122	122	74	75	76	77	78	78	79	
5	Valores de talla		101.3	103.0	105.8	108.9	112.0	114.8	116.5	101.3	103.0	105.8	108.9	112.0	114.8	116.5	
	Percentiles de TA	50	90	91	93	95	96	98	98	98	50	51	52	53	52	52	55
		90	104	105	106	108	110	111	112	112	65	66	67	68	69	69	70
		95	108	109	110	112	114	115	116	116	69	70	71	72	73	74	74
99		115	116	118	120	121	123	123	123	77	78	79	80	81	81	82	

6	Valores de talla	107.1	108.9	112.0	115.4	118.8	121.8	123.6	107.1	108.9	112.0	115.4	118.8	121.8	123.6	
	Percentiles de TA	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
		90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
		95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
		99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	Valores de talla	113.0	114.9	118.2	121.8	125.5	128.8	130.7	113.0	114.9	118.2	121.8	125.5	128.8	130.7	
	Percentiles de TA	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
		90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
		95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
		99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	Valores de talla	118.6	120.6	124.1	127.9	131.8	135.4	137.6	118.6	120.6	124.1	127.9	131.8	135.4	137.6	
	Percentiles de TA	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
		90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
		95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80

		99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	Valores de talla		123.6	125.8	129.4	133.5	137.7	141.6	143.9	123.6	125.8	129.4	133.5	137.7	141.6	143.9
	Percentiles de TA	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
		90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
		95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
		99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	Valores de talla		128.0	130.3	134.2	138.6	143.1	147.2	149.7	128.0	130.3	134.2	138.6	143.1	147.2	149.7
	Percentiles de TA	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
		90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
		95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
		99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	Valores de talla		132.2	134.7	138.8	143.5	148.3	152.7	155.3	132.2	134.7	138.8	143.5	148.3	152.7	155.3
	Percentile	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
		90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78

	s de TA	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
		99	124	125	127	129	130	132	132	132	86	86	87	88	89	90
12	Valores de talla		137.1	139.7	144.1	149.1	154.1	158.8	161.6	137.1	139.7	144.1	149.1	154.1	158.8	161.6
	Percentiles de TA	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
		90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
		95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
		99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	Valores de talla		143.3	146.1	150.8	156.1	161.4	166.3	169.2	143.3	146.1	150.8	156.1	161.4	166.3	169.2
	Percentiles de TA	50	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
		90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
		95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
		99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	Valores de talla		150.3	153.3	158.4	163.8	169.2	173.9	176.8	150.3	153.3	158.4	163.8	169.2	173.9	176.8
		50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65

	Percentiles de TA	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
		95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
		99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	Valores de talla		156.5	159.6	164.6	169.9	175.1	179.7	182.3	156.5	159.6	164.6	169.9	175.1	179.7	182.3
	Percentiles de TA	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
		90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
		95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
		99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	Valores de talla		160.7	163.6	168.4	173.5	178.5	182.8	185.4	160.7	163.6	168.4	173.5	178.5	182.8	185.4
	Percentiles de TA	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
		90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
		95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
		99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
Valores de talla		163.0	165.8	170.4	175.3	180.2	184.5	187.0	163.0	165.8	170.4	175.3	180.2	184.5	187.0	

17	Percentiles de TA	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
		90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
		95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
		99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Anexo 4. Estadíos de Tanner

Niños

Estadío	Vello Pubiano	Pene	Testículos
I	Ninguno	Infantil, prepuberal	Proporciones infantiles
II	Escaso, largo, ligeramente pigmentado	Infantil	Testículos y escroto aumentan de tamaño, piel del escroto enrojecida.
III	Oscuro, rizado, poca cantidad, se extiende al pubis	Crece en longitud	Continúa el aumento del escroto y testículo.
IV	Parecido al adulto pero no se extiende a los muslos	Aumenta en longitud y grosor	Prosigue aumento de los testículo y el escroto, con oscurecimiento de la piel en este.
V	Distribución del adulto se extiende cara medial del muslo	Tamaño adulto	Proporciones tipo adulto

Niñas

Estadío	Vello Pubiano	Mamas
I	No hay vello pubiano	Prepuberal
II	Ralo, ligeramente pigmentado, borde medial de los labios	Aparición del botón mamario, aumento del diámetro de areola y pezón
III	Oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad	Crecimiento de la mama, aumento de tejido glandular y adiposo
IV	Basto, rizado, no se extiende a los muslos	Continúa aumento de tamaño, la areola y el pezón sobrepasan la superficie mamaria
V	Tipo adulto que se extiende por la cara medial del muslo	Mama tipo adulto. Areola y pezón en el mismo plano, el pezón se proyecta y pigmenta.

Anexo 5. Erupción y cronología de los dientes temporales.

Orden de brote	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	7mo
Edad aproximada de brote	6 meses	8 meses	10 meses	12 meses	Entre 12 y 18 meses	Entre 18 y 24 meses	Entre 24 y 30 meses
Diente	Incisivos centrales inferiores	Incisivo centrales superiores	Incisivos laterales superiores	Incisivos laterales inferiores	4 primeros premolares	4 Caninos	4 segundos premolares

Erupción y cronología de los dientes permanentes.

Orden de Brote	1ro	2do	3er	4to	5to	6to	7mo	8vo
Edad aproximada de brote	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	16 años
Dientes superiores	1er Molar	Incisivo central	Incisivo lateral	1ra Bicúspide	2da Bicúspide	Canino	2do Molar	3er Molar
Dientes inferiores	1er Molar	Incisivo central	Incisivo lateral	Canino	1era Bicúspide	2da Bicúspide	2do Molar	3er Molar

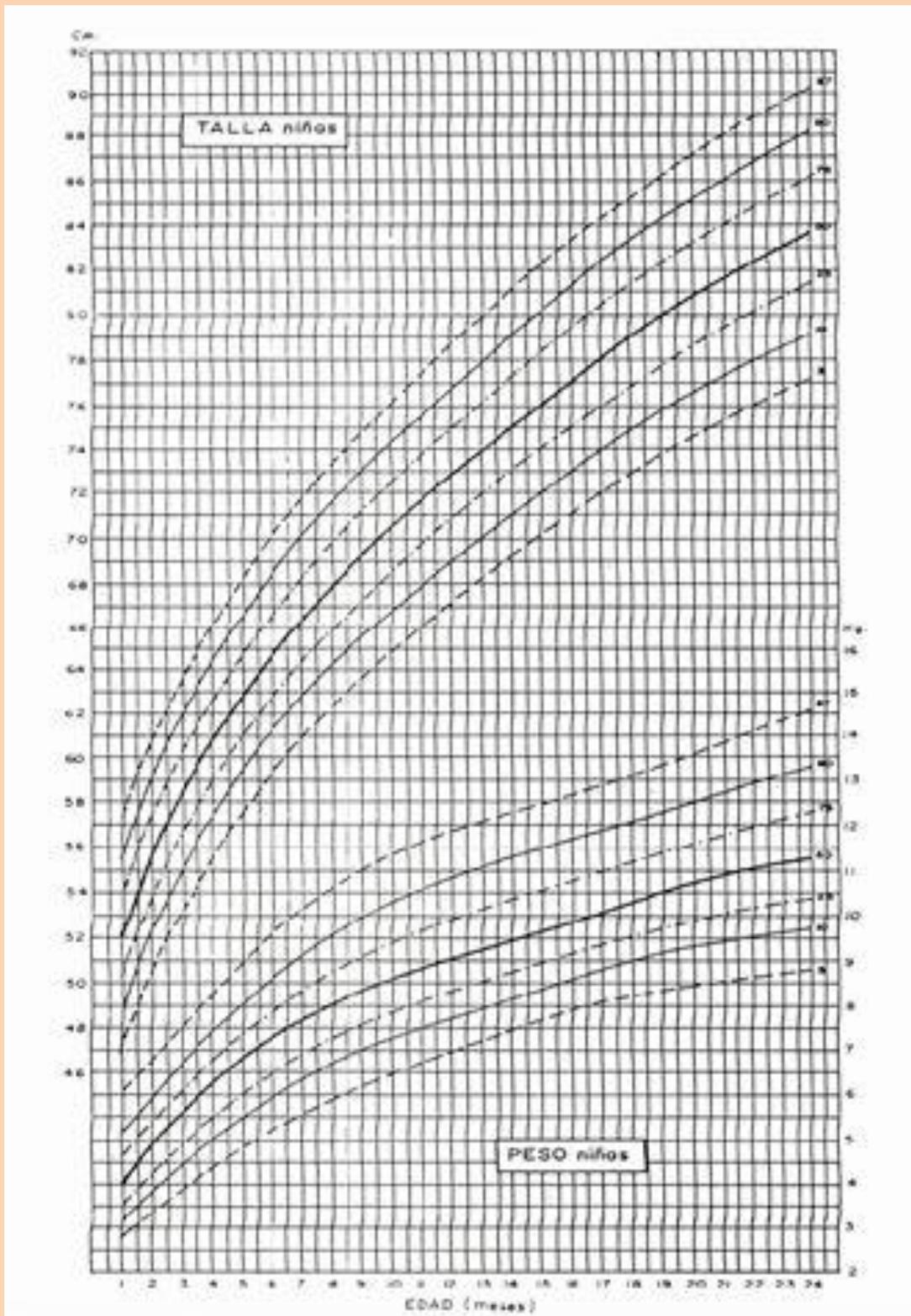
Anexo 6. DESARROLLO SEXUAL.SEXO MASCULINO

Desarrollo Genital Estadio	PERCENTILES				
	3	10	50	90	97
≥2	8.7	9.8	11.8	13.8	14.9
≥3	11.0	11.9	13.6	15.3	16.3
≥4	11.8	12.9	14.8	16.7	17.8
Vello Pubiano Estadio	PERCENTILES				
	3	10	50	90	97
≥2	9.6	10.7	12.7	15.2	15.8
≥3	11.4	12.4	14.1	15.8	16.8
≥4	12.1	13.2	15.0	16.8	17.9

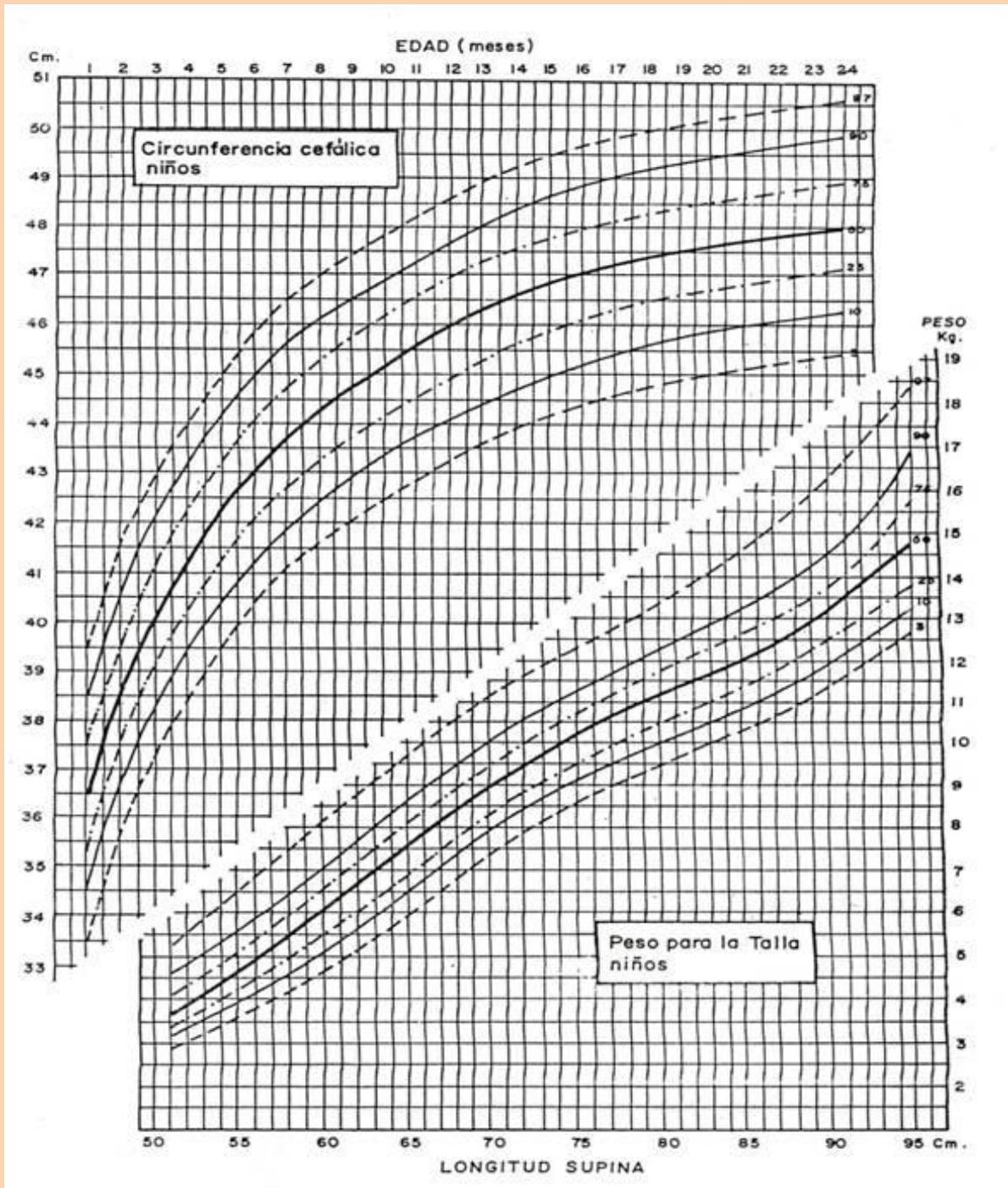
DESARROLLO SEXUAL.SEXO FEMENINO

Desarrollo Mamario Estadio	PERCENTILES				
	3	10	50	90	97
≥2	8.3	9.2	10.8	12.4	13.4
≥3	9.7	10.7	12.3	13.9	14.9
≥4	10.8	11.9	14.0	16.0	17.2
Vello Pubiano Estadio	PERCENTILES				
	3	10	50	90	97
≥2	8.9	9.8	11.5	13.2	14.1
≥3	10.1	11.1	12.7	14.3	15.3
≥4	11.1	12.2	14.2	16.2	17.3

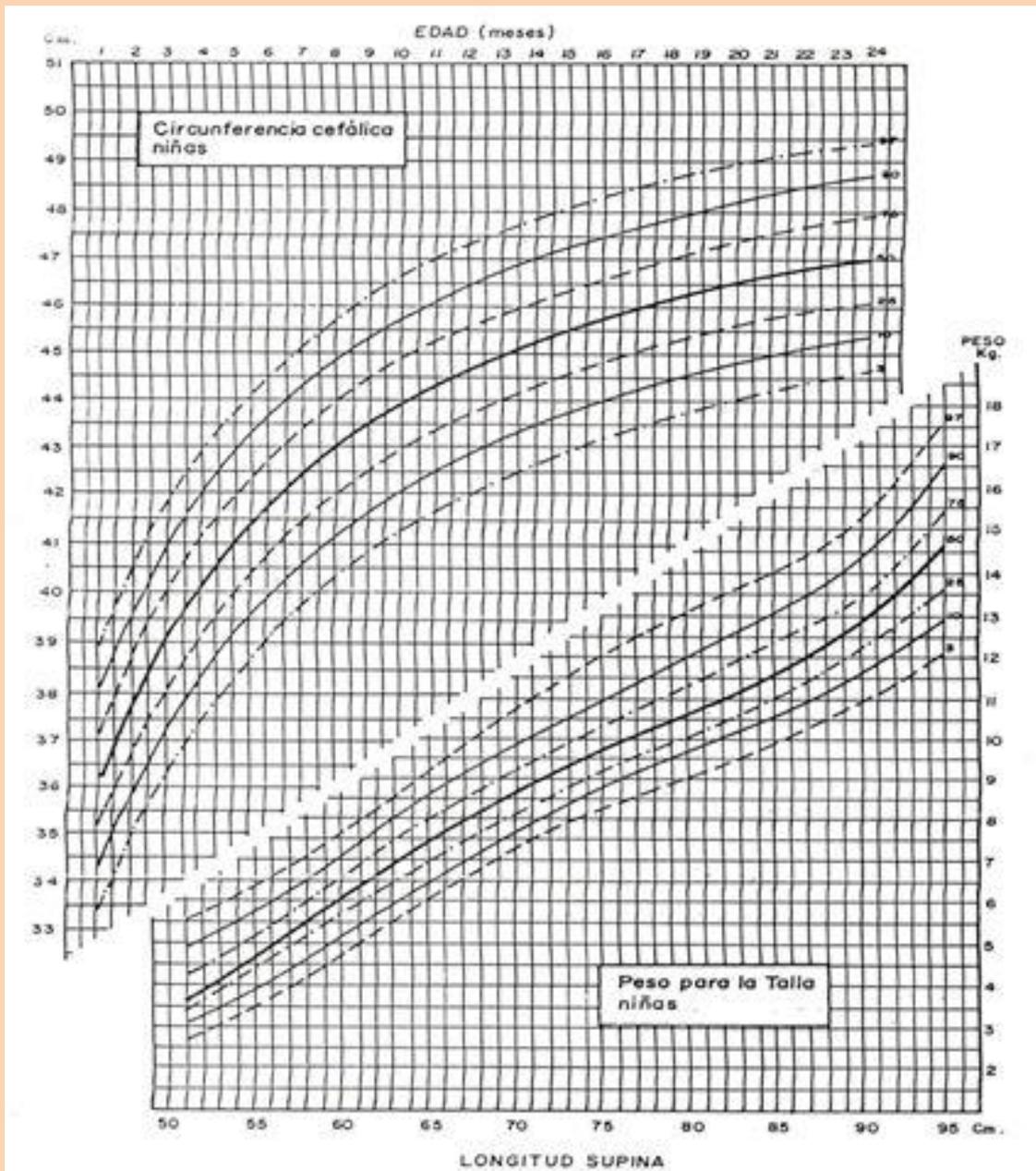
Anexo 7. Gráfico de percentiles de indicadores antropométricos.
Talla y peso para la edad en niños menores de 2 años.



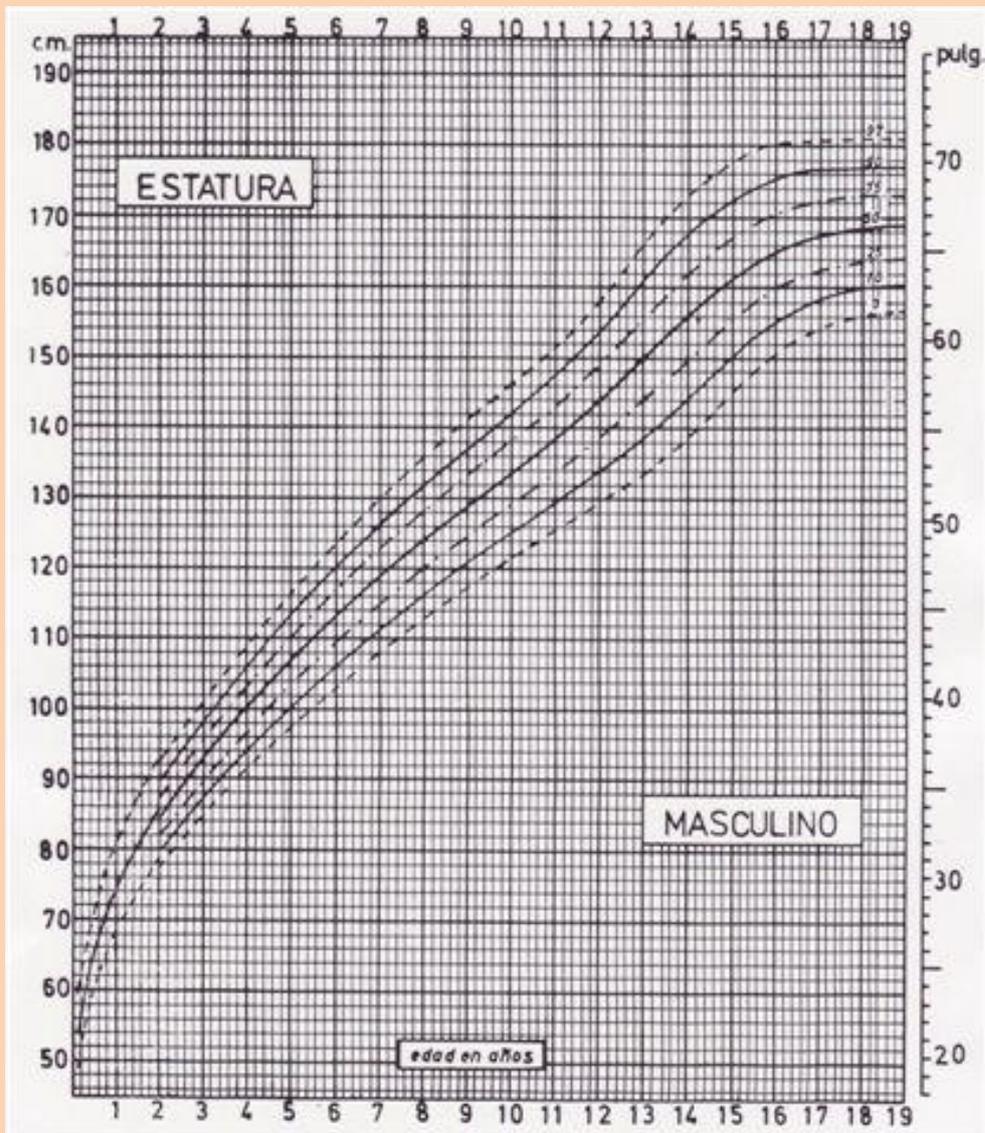
Circunferencia cefálica para la edad y peso para la talla en niños menores de 2 años.



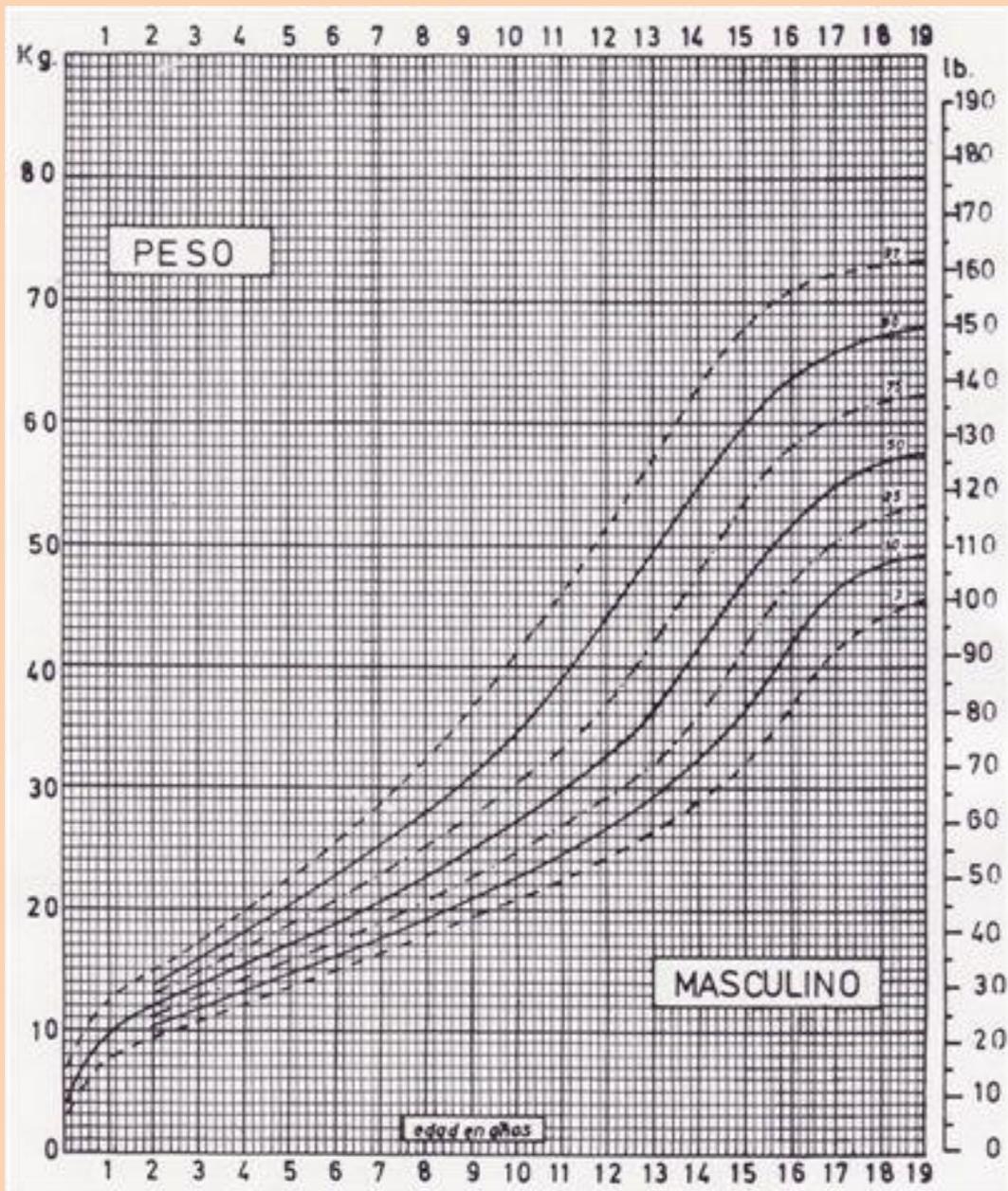
Circunferencia cefálica y peso para la talla en niñas menores de 2 años.



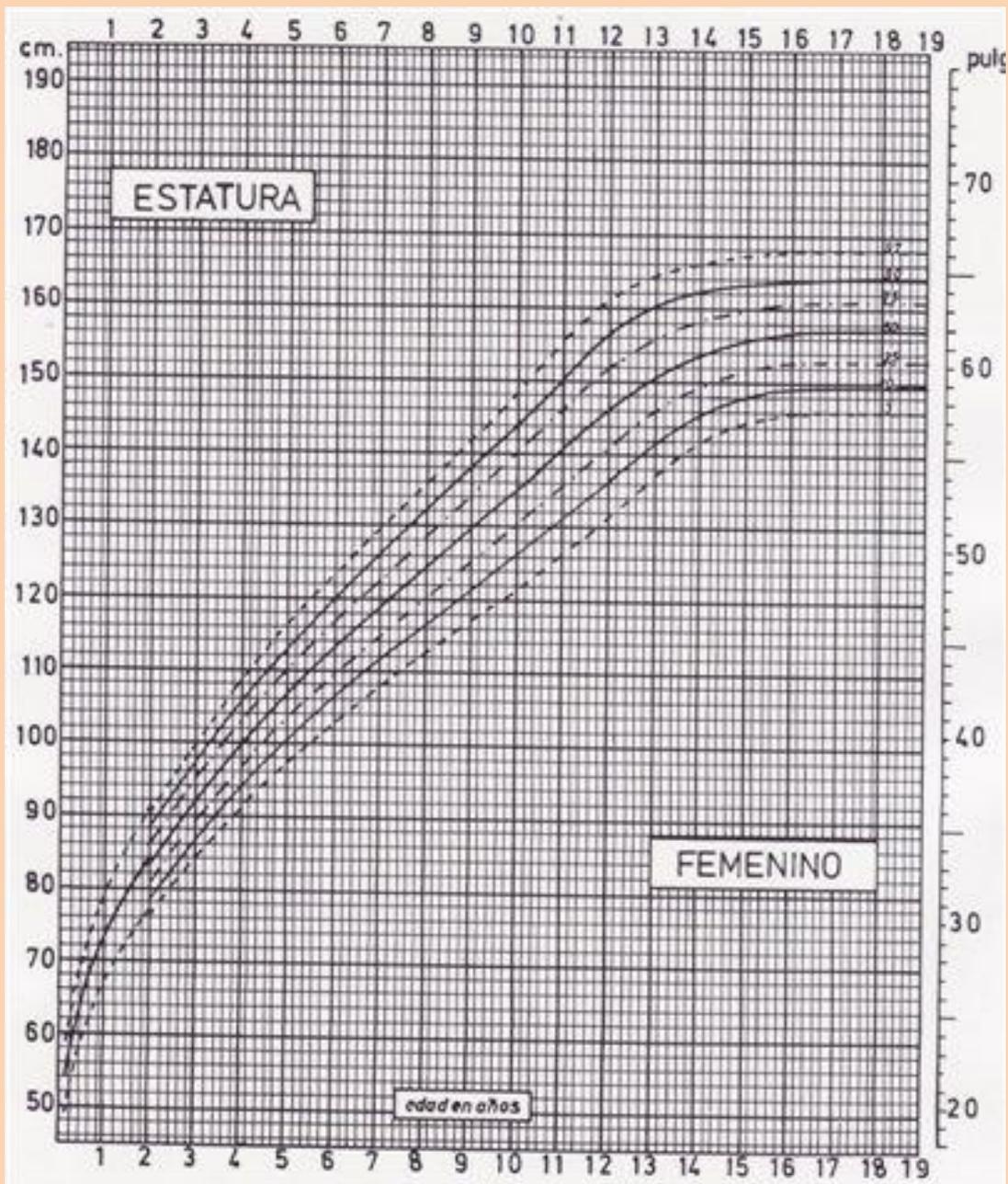
Estatura para la edad en el sexo masculino.



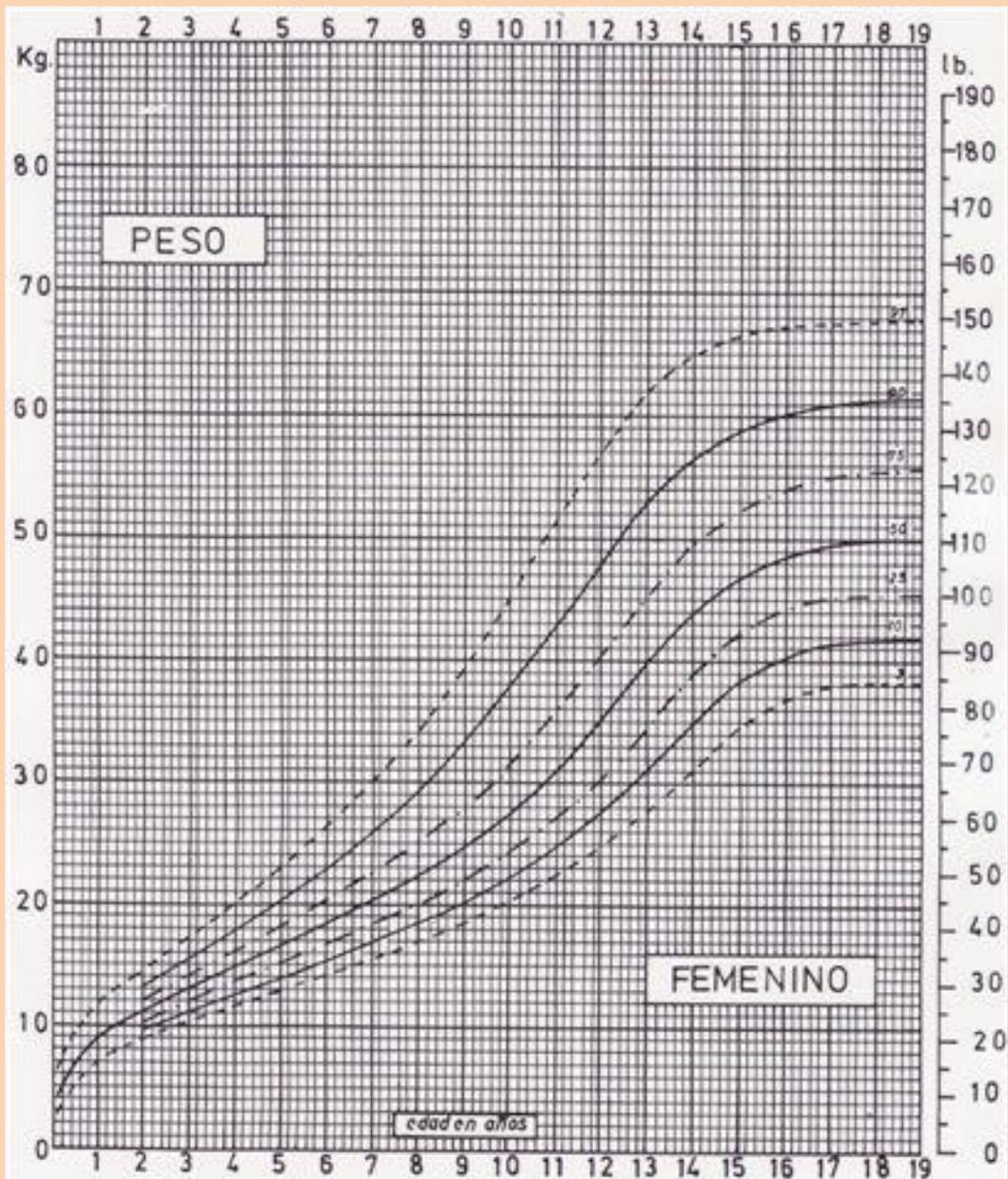
Peso para la edad en el sexo masculino



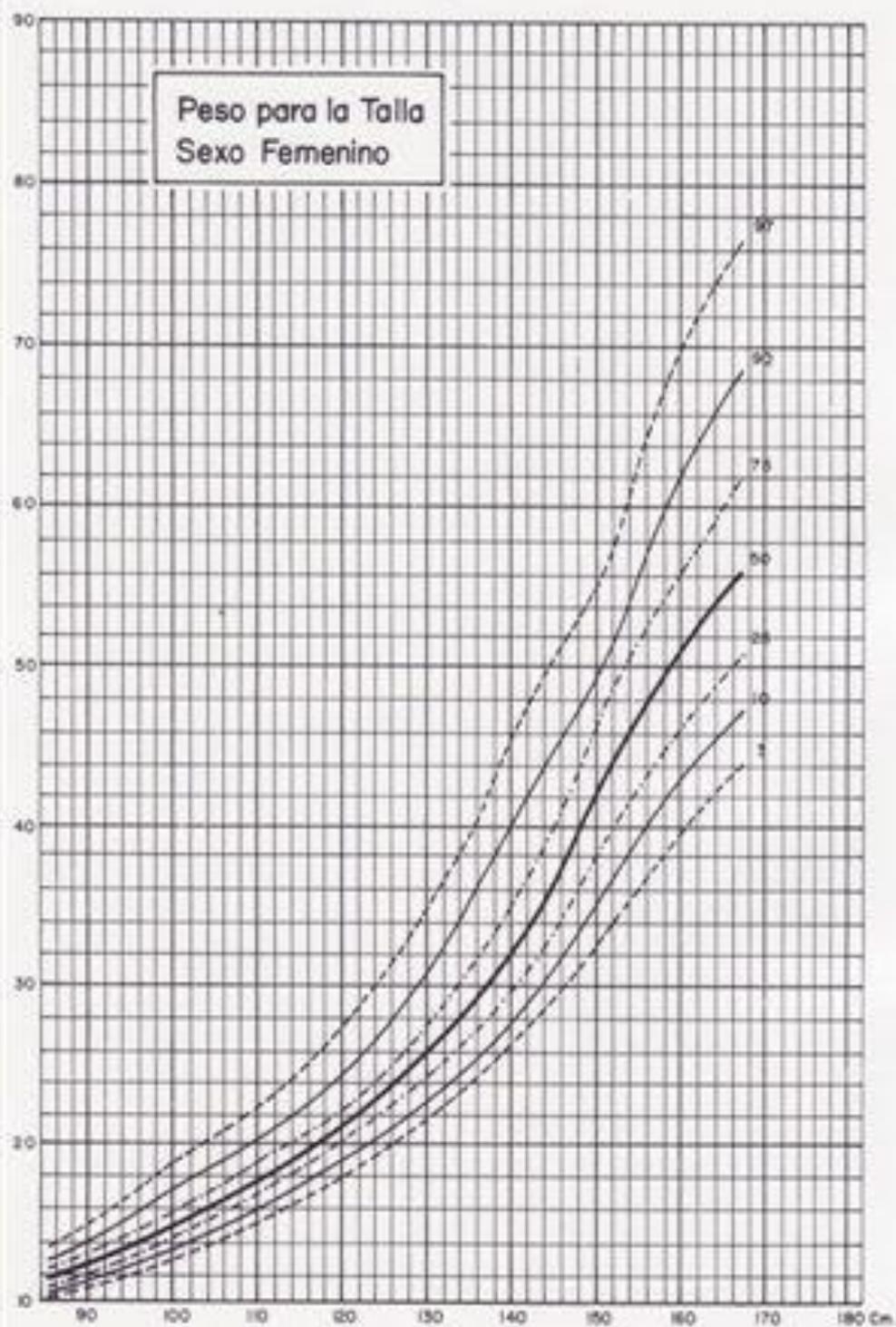
Estatura para la edad en el sexo femenino



Peso para la edad en el sexo femenino



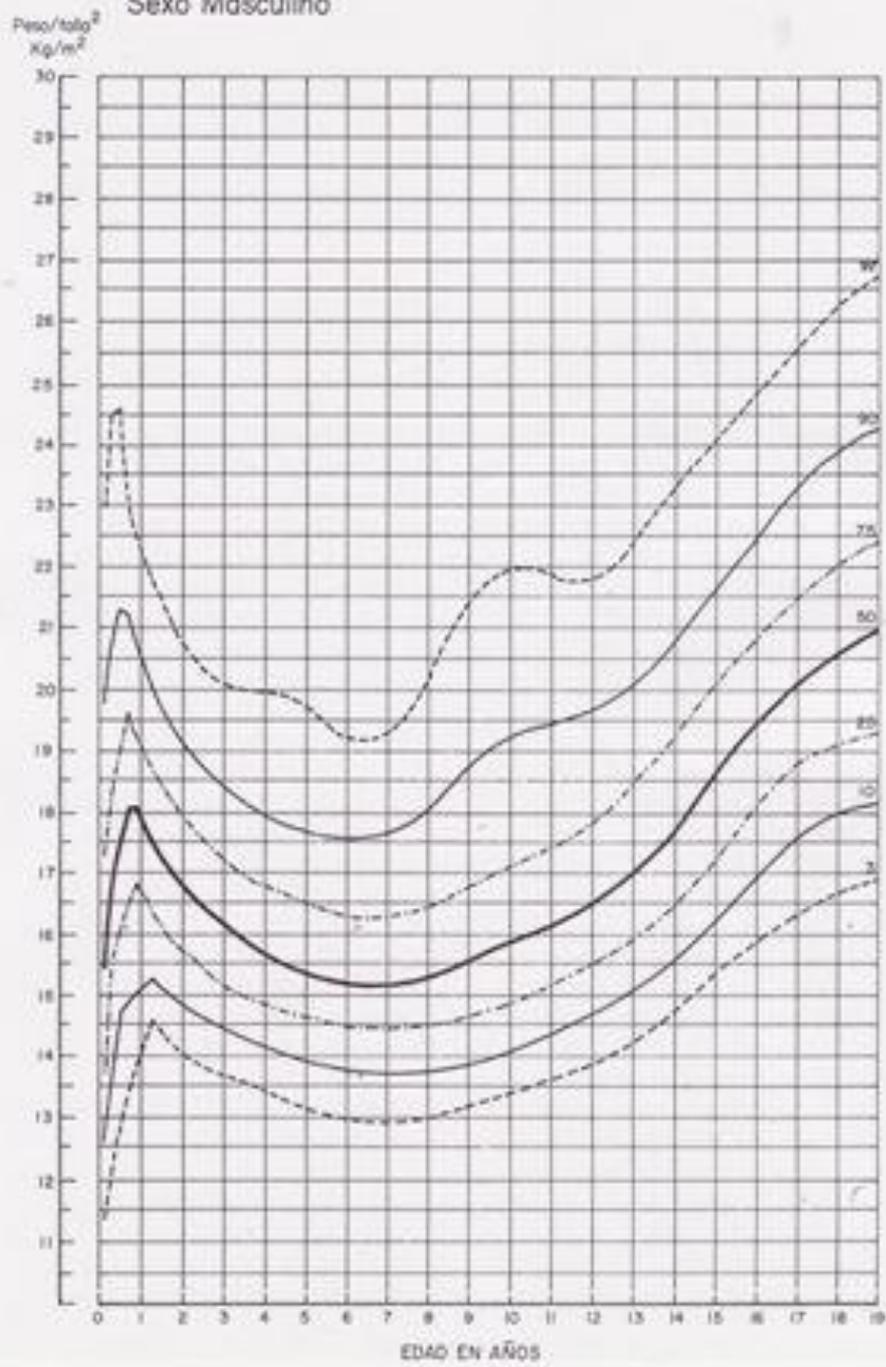
PESO
Kg



Peso para la Talla
Sexo Femenino

ESTATURA

INDICE DE MASA CORPORAL
Sexo Masculino



Anexo 8. Guía de alimentación complementaria para niñas y niños hasta el año de edad.

0-6 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses	10 meses	11 meses	12 meses
L A C T A N C I A M A T E R N A E X C L U S I V A (No agua. No Jugos)	L. Materna	L. Materna	L. Materna	L. Materna	L. Materna	L. Materna	L. Materna
	Jugos de frutas cítricas o frutas majadas en purés Guayaba Mamey Fruta Bomba Plátano Tamarindo Melón Mango Puré de frutas y vegetales en conservas (Compotas fortificadas) Purés de viandas y vegetales Papa Plátano Malanga Boniato Yuca Zanahoria Calabaza Verduras: Acelgas Habichuela Chayote Carnes: Pollo Otras aves	Cereales fortificados sin gluten: Arroz Maíz Carnes: Res Carnero Conejo Yema de huevo cocinada Leguminosas* Lentejas Frijoles negros Colorados Bayos Chícharos Oleaginosas Aceites vegetales de maní, soya, girasol	Carnes: Pescado Hígado(una vez por semana) Cereales con gluten Trigo (pan, galletas Pastas alimenticias Coditos, espaguetis, fideos) avena Jugos y purés de Piña, Tomate Y frutas cítricas: naranja, limón, lima toronja mandarina.	Otras carnes: Cerdo magra Frutas y vegetales en trocitos Helado sin clara Arroz con leche Natilla, flan, pudín sin clara de huevo, harina de maíz con dulce (con bajos contenidos de azúcar)	Mantequilla Judías Garbanzos gelatina	Queso crema gelatina	Huevo completo Otros quesos Chocolate Remolacha Aguacate Pepino Col Coliflor Quimbombó Espinaca Alimentos Fritos

- Condimentadas con especias naturales

Anexo 9. Esquema de Vacunación Infantil.

VACUNA: PROTEGE CONTRA	FECHA DE INICIO DE LA DOSIS				CANTIDAD DE DOSIS	VOLUMEN DE DOSIS (ML)	VIA DE ADMIN.	REGION ANATOMIC A DE APLICACION	LUGAR DE APLICACION	FECHA DE VACUNACION		
	1ra.	2da.	3ra.	React.						D	M	A
B.C.G. Tuberculosis	Alta Materna	-	-	-	1	0.05	ID	Deltoides izquierdo	Maternidad			
HB. Hepatitis B	Alta Materna	-	-	-	1	0.5	IM	1/3 M CALM	Maternidad			
D.P.T + HB + Hib Difteria Tosferina Tétanos Hepatitis B Haemophilus Influenzae b (Pentavalente)	2M	4M	6M		3	0.74	IM	1/3 M CALM	Policlínico			
D.P.T Difteria Tosferina Tétanos	-	-	-	18M	1	0.5	IM	1/3 M CALM	Policlínico			
Hib. Haemophilus Influenzae b	-	-	-	18M	1	0.5	IM	1/3 M CALM	Policlínico			
AM-BC Meningococo B Y C.	3M	5M	-	-	2	0.5	IM	1/3 M CALM	Policlínico			
P.R.S. Parotiditis Rubeola Sarampión	12 M	-	-	6A	2	0.5	SC	Deltoides	Policlínico y escuelas			
D.T	-	-	-	6A	1	0.5	IM	Deltoides	Escuela			
A.T. (VI) Fiebre Tifoidea	10A	-	-	13 Y 16 años	3	0.5	IM	Deltoides	Escuela			
T.T	-	-	-	14A	1	0.5	IM	Deltoides	Escuela			
OPV	Campaña Anuales de Vacunación						Oral		Policlínico Y Consultorio			

Nota:

1. La vacunación con OPV en menores de 3 años y 9 años será por Campaña Anual.
2. El hijo de madre positiva al AgS de Hepatitis B tiene otro esquema de vacunación:
Recibirá 4 dosis de HB: al nacer, al 1er mes, al 2do mes y al año. El resto de las vacunas que constituyen la Pentavalente (DPT y Hib) las recibirá independientes de acuerdo al esquema: 2M, 4M y 6M.

COMPONENTES DE LA CONSULTA DE PUERICULTURA

Reverso de la portada

COMPONENTES	ASPECTOS A CONSIDERAR
ENTREVISTA	Incluye peculiaridades a tomar en consideración en dependencia de la edad de los niños y los adolescentes
EXAMEN FÍSICO	Incluye peculiaridades a tomar en consideración en dependencia de la edad de los niños y los adolescentes y procedimientos de Pesquisa de problemas de salud frecuentes en las edades tempranas de la vida.
EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Incluye la evaluación del nivel y canalización de los indicadores antropométricos básicos, la valoración de la madurez sexual de los adolescentes y la detección, a edades claves, de signos anormales del desarrollo neuropsicomotor.
EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Se tratarán de identificar problemas reales y potenciales en el ajuste psicosocial de la familia, con vistas a prevenir trastornos potenciales, tratar disfunciones en forma precoz y realizar una derivación oportuna de las familias con problemas de interacción graves que sobrepasen el alcance terapéutico de la atención primaria
DIAGNÓSTICO BIOPSICOSOCIAL	Incluirá no solo la situación de salud y del desarrollo del niño sino también la valoración del contexto familiar
GUIAS ANTICIPATORIAS Y CONSEJOS	Orientan a los padres sobre cómo actuar ante situaciones posibles a presentarse en el período que resta hasta el próximo control
	Incluyen las tradicionales informaciones acerca de la alimentación, inmunizaciones, normas de higiene, formas en que los padres pueden interactuar con su hijo y

INDICACIONES

estimular su desarrollo psicomotor. En el caso de necesitar el niño alguna medicación especial, se detallará en forma clara el nombre, dosis, frecuencia y forma de administración y, por último, se planificará la próxima visita, dependiendo de la edad del niño y de estado de salud.

**RESUMEN DE ORIENTACIONES PARA LA EJECUCION DE LOS CONTROLES DE PUERICULTURA SEGÚN EDAD
GRUPO NACIONAL DE PUERICULTURA. DIRECCIÓN MATERNOINFANTIL, MINSAP**

GRUPO DE EDAD	ETAPA PRENATAL	RECIE N NACID O	LACTANTE				TRANS ICIONA L	PREES COLAR	ESCO LAR	ADOLE SCENT E
			1 MES	< 3 MESES	3 A 6 MESES	6 A 12 MESES				
ANAMNESIS	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
EXAMEN FISICO										
GENERAL		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
Evaluación Genética				▲						
Toma de Tensión Arterial							▲ (≥ 3 a)	▲	▲	
OFTALMOLOGIA	Examen físico ocular	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
	Paralelismo y movimientos oculares	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
	Agudeza visual						▲ (≥ 3 a)	▲	▲	
	Visión estereoscópica						▲	▲	▲	

Participaron en la realización de esta 5ta edición:

GRUPO NACIONAL DE PUERICULTURA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL. MINSAP

UNICEF

GRUPO NACIONAL DE PUERICULTURA:

Dra. Gisela Álvarez Valdés
Especialista I Grado en Medicina General Integral
Especialista de I Grado en Pediatría
Profesor Asistente
Representante del Departamento Materno Infantil en el Programa “Educa a tu Hijo”
Coordinadora del Grupo de Puericultura

Dra. Bárbara Rosa Gallego Machado
Especialista de II Grado en Pediatría
Profesor Auxiliar
Investigador Auxiliar
MsC. Atención Integral al Niño y APS

DraC. Mercedes Esquivel Lauzurique
Doctora en Ciencias Médicas
Especialista de II Grado en Pediatría
Investigador Titular

Dra. María Elena Izquierdo Izquierdo
Especialista de I Grado en Pediatría
Profesor Asistente
Msc. en Atención Integral al Niño

Dra. Daisy A. Martínez Delgado
Especialista de I Grado en Pediatría
Especialista II Grado Medicina General Integral
Profesor Auxiliar
Msc en Atención Integral al Niño

Dr. Joaquín Román Lafont
Especialista de II Grado en Pediatría
Profesor Auxiliar
MsC. en Atención Integral al Niño

Dr. Rogelio León López
Especialista de II Grado en Pediatría
Investigador Auxiliar
MsC en Atención Integral al Niño

Dra. María Rosa Sala Adam
Especialista en Estomatología General Integral
MsC. en Promoción y Educación para la Salud
Profesor Instructor de la Escuela Nacional de Salud Pública y de la Universidad Virtual de Salud

Dra. Francisca Cruz Sánchez
Especialista de II Grado en Pediatría
Profesor Auxiliar
Coordinadora del Grupo Nacional de Atención a la Adolescencia

Dra. Ovidia Rodríguez Méndez
Especialista de II grado en Psiquiatría Infantil
Profesor Auxiliar
Jefa del Grupo Provincial de Psiquiatría
Vicepresidenta de la Sección de Salud Integral de la Adolescencia

Dra. Mirtha Beatriz Álvarez Rivero
Especialista de II Grado en Oftalmología
MsC en Atención Integral al Niño
Miembro del Grupo Nacional Oftalmología
Profesor Auxiliar

Dra. Marcia López Betancourt
Especialista de II Grado en Logopedia y Foniatría
Vicepresidenta de la Sociedad Cubana de Logopedia y Foniatría
Msc en Atención Integral al Niño
Profesor Auxiliar

Dra. Pilar María Acuña Aguilarte
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Especialista de I Grado en Dermatología
Msc en Enfermedades Infecciosas
Profesor Asistente

DraC. Santa Magali Jiménez Acosta
Doctora en Ciencias Médicas
Especialista de I y II Grado en Nutrición e Higiene de los Alimentos
Profesora Titular y Consultante de la Facultad de Ciencias Médicas Calixto García.
Investigador Titular y Demérito

Dra María Josefa García Ortiz
Especialista I Grado ORL
Msc. en Atención Integral al Niño
Profesor Auxiliar

Dra. María Cecilia Santana Espinosa
Especialista de II Grado en Pediatría
Profesora Auxiliar
MsC. en Dirección
Profesora Consultante

Dra. Vilma I. Tamayo Perez
Especialista I Grado en Pediatría
Msc en Atención Integral al Niño

Dr. Pablo C. Roque Peña
Especialista I Grado en Pediatría
Msc en Atención Integral al Niño

Lic. Javier Vladimir Muñoz Pérez
Licenciado en Bioquímica
Master en Enfermedades Infecciosas
Web Máster Página de Puericultura

Dr. Carlos R. Cabrera Álvarez
Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología
Profesor Auxiliar

Lic. Matilde de la Caridad Molina Cintra
Especialista de Psicología de la Salud
Profesor Auxiliar
Investigador Agregado
Msc en Psicología Clínica.

MSc. Mercedes Martínez Ortega
Funcionaria del Departamento Nacional de Enfermería
MSc en Atención Primaria de Salud.

Lic. Elba M. Padrón Vera,
Funcionaria del Departamento Nacional de Enfermería
MsC en Educación Médica

DEPARTAMENTO NACIONAL MATERNO INFANTIL:

Dr. Roberto Alvarez Fumero
Esp de I Grado en Pediatría
Msc en Atención Integral al Niño
Profesor Auxiliar

Dra. Berta Lidia Castro Pacheco
Especialista II Grado en Pediatría
Especialista de II Grado de Terapia Intensiva Pediátrica
Jefa del Grupo Nacional de Pediatría
Msc en Atención Integral al Niño
Profesor Auxiliar

Dra. María del C. Machado Lubian
Especialista II Grado en Pediatría
Especialista de II Grado de Terapia Intensiva Pediátrica
Msc en Atención Integral al Niño
Profesor Auxiliar

Dra. Milagro Santacruz Domínguez
Especialista de I Grado en Pediatría
Msc en Urgencias Médicas
Profesor Asistente

UNICEF

Dra. Odalys Rodríguez Martínez
Especialista I Grado en MGI
Msc en APS
Oficial de Proyectos de UNICEF en Cuba

“El Derecho a la salud”, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en su Artículo 24 establece: Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud...

Contacto: crnpuericultura@infomed.sld.cu

ISBN: 978-959-212-810-1

Referencias Bibliográficas:

- ✓ Llanio Navarro R, Fernández Mirabal JE y Fernández Sacasa JA: Historia clínica: La mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades. Editorial Pueblo y Educación: 1987.
- ✓ Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Orientaciones metodológicas. Editorial Ciencias Médicas. 1986.
- ✓ Álvarez Sintés R: Temas de Medicina General Integral. Vol. I, II y III; La Habana: 2001.
- ✓ Colectivo de Autores: Normativas para la Atención Médica del niño por el Médico de Familia. Orientaciones metodológicas. Programa Nacional de Atención Materno-Infantil. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil. Editorial Ciencias Médicas. 1986:40-46.
- ✓ Borrelli i Carnó F y Bosch i Fontcubierta JM: Entrevista. En: Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Ed. Mosby/Doyma Libros. España 2003:158-168.
- ✓ Behrman RE, Kliegman RM y Jonson HB: Medicina preventiva. Nelsson Vol. 1 España. McGraw-Hill. 16 ed, 2000.
- ✓ Fenwick E: Manual de cuidados de la madre y el niño. Una guía práctica para los padres desde la concepción a los trece años de edad. McGraw-Hill Interamericana. México.1998.

- ✓ Godoy P. Vacunas: entre las novedades tecnológicas y la política sanitaria. Gaceta Sanitaria 2001; 15:373-9.
- ✓ Organización Mundial de la Salud. Vacunas e inmunizaciones: situación mundial. WHO/GPV/96.04. Genève: 1997.
- ✓ Salleras LI. Pasado, presente y futuro de las vacunas. Vacunas Invest Pract 2001;2:101-7.
- ✓ Evaluación del crecimiento y desarrollo infantil. En: Maestría a distancia de Atención Integral al Niño. [CD-ROM]. La Habana. Instituto Superior de Ciencias Medicas de La Habana, 2004.
- ✓ Crecimiento y desarrollo en la adolescencia. En: Guías de prácticas clínicas para la atención del adolescente. La Habana. Editorial Aurora, 2003. Pp. 51-88.
- ✓ The nutrition transition in Cuba in the twenties: an overview. Public Health Nutrition. 2002;5(1A):129-133.
- ✓ Características y variabilidad del crecimiento infantil. En: Maestría a distancia de Atención Integral al Niño. [CD-ROM]. La Habana. Instituto Superior de Ciencias Medicas de La Habana, 2004.
- ✓ OMS/UNICEF Estrategia Mundial para la alimentación y nutrición del Lactante y el niño pequeño. Génova. Mayo2001
- ✓ Pineda Pérez S. Alimentación y nutrición del lactante y niño pequeño. En Educación alimentaria y nutricional. PMA/INHA/ MINSAP. La Habana 2004. :51-55
- ✓ Herid WC: Necesidades nutricionales del lactante. Public Científico-técnica. Capítulo 8 OPS. Washington. 2003
- ✓ Domínguez L. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Edit. Félix Varela, La Habana 2003.
- ✓ RIBERA PM. Bases del Diagnóstico Dermatológico. En: Dermatología clínica. Mosb y Doyma, Madrid, 1996.
- ✓ Manzor J, Diaz AlmeidaJ, Coctes M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
- ✓ Narbona Juan, Chevrie-Muller.: El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos Editorial Masson, Barcelona, 2000 (Libro del Departamento Nacional de Logopedia y Foniatría Hospital Pediátrico Docente Pedro Borrás.
- ✓ López B. M.: El desarrollo del lenguaje del niño cubano menor de 18 meses. Rev. Cub. Pediatr. 2000, 72 (1): 27-31
- ✓ Proffit, W.R. Ortodoncia Teoría y Práctica. 2da. Ed. Edición Mosbg-Doyma Libros, S.A Madrid 199.
- ✓ Mc.Donald, R. Odontología para el niño del adolescente. Editorial Mundi Argentina. 1971
- ✓ Mayers.R. Manualo de Ortodoncia 4ta. Ed. Editorial médica panamericana, Buenos Aires 1992

- ✓ S/FNUAP. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.
- ✓ Cruz Sánchez F. Y cres. En la Adolescencia queremos saber. Minsap 2003 Cuba.
- ✓ Guías de buenas prácticas de clínicas audiológicas. grupo nacional de audiológica. 2003.
- ✓ El niño y la otorrinolaringología. alfonso e. camacho r.1998. Pág. 9/24.
- ✓ Jordán J R. El niño. Consejos y cuidados. Editorial Científico Técnica, La Habana. 2da. Edición. 2002.
- ✓ Redondo Romero, A. M. Los exámenes de salud. Guías anticipatorios para cada edad. Colección integral de Castellano Barca, G, Hidalgo Vicano MJ. y Redondo Romero A. M. Ergon. Madrid. 2004: 109-115.
- ✓ Programa para la familia dirigido al desarrollo integral del niño. - Educa a tu hijo. Editorial Pueblo y educación. Cuba. 1992.
- ✓ American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Section on Ophthalmology. Use Of. photoscreening for children's vision screening. Pediatrics. 2002;109:524-525
- ✓ Reinecke, R. D.: Examen Oftalmológico de Lactantes y Niños por el Pediatra. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1983;6:975-982
- ✓ Colectivo de Autores. Guías Prácticas Clínicas. Editorial de Ciencias Médicas. Ciudad Habana, 2004.
- ✓ P.Gil-Loyzaga. Fisiología Del receptor auditivo. Suplementos de Actualización en ORL 2005; 1: 1-7
- ✓ Jorge Suardíaz, Celso Cruz, Ariel Colina. Editorial Ciencias Médicas. 2004.
- ✓ Temas de Pediatría. Santiago Valdés Martín, Anabel Gomez Vasallo. Editorial Ciencias Médicas. 2006 385-387.
- ✓ Lubin BH. Reference values in infancy and childhood. In: Nathan DG, Oski FA, eds. Hematology of infancy and childhood, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1993.
- ✓ Nathan DG, Orkin SH, Ginsburg D, Look AT. Nathan and Oski's hematology of infancy and childhood, 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2003.
- ✓ World Health Organization /NHD/01.3. Iron deficiency Anaemia. Assessment, Prevention, and Control. A guide for programme managers. Geneva, Switzerland : World Health Organization 2001. Disponible en URL: www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_c

ontrol.pdf.

- ✓ Assessing the Iron Status of population. Report of WHO/CDC, 6-8 april 2004. Disponible en URL: whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241593156_eng.pdf.
- ✓ Sosa Rosales M de la C, Rojo Toledano M, Sala Adam MR, de Cárdenas Sotelo O, Avila Glez RM, Soto Cantero L y colaboradores. Manual para la Capacitación Básica de Promotores de Salud Bucal. La Habana: MINSAP; 2011
- ✓ Colectivo de autores. Creati Manual de Consejería en Puericultura. La Habana: UNICEF/MINSAP/ENSAP; 2011
- ✓ Kemper A, Harris R, Lieu TA, et al. Screening for visual impairment in children younger than age 5 years: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/visualser.pdf>.
- ✓ National Screening Committee, UK. Child Health Sub-Group Report. Vision screening. 2005. Disponible en: <http://www.library.nhs.uk/ChildHealth/ViewResource.aspx?resID=88202&tabID=289>.
- ✓ Diagnóstico y Tratamiento del Estrabismo Concomitante Convergente en Niños Menores de 6 Años en el 2do y 3er Nivel de Atención. Mexico: secretaría de Salud 2008. Disponible en: <http://www.Cenetec.salud.gobmx/interior/gpc.html>
- ✓ American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Section on Ophthalmology. Use of photoscreening for children's vision screening. *Pediatrics*. 2002;109:524–525
- ✓ Chang C-H, Tsai R-K, Sheu M-M. Screening amblyopia of preschool children with uncorrected vision and stereopsis tests in Eastern Taiwan. *Eye* 2007; 21:1482–1488.
- ✓ Pinto F, Rodrigues S, Pessoa B, Pinto Coelho P. Estudo piloto para validação de um Protocolo de Rastreo Oftalmológico Infantil em Cuidados de Saúde Primários. *Acta Pediatr Port* 2007;38(3):93-8
- ✓ US Preventative Services Task Force. Vision Screening for Children 1 to 5 year of age: US preventive services task force recommendation statement. *Pediatrics* 2011; 127:340-6.
- ✓ Guías de práctica clínica:
 - * American Academy of Ophthalmology. Esotropia and Exotropia. Revisited 2006.

* American Academy of Ophthalmology. Amblyopia. Revisited 2007.