

MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN AL NIÑO/A, ADOLESCENTE Y FAMILIA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Óscar Martín López

Enfermero.
Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria.
Especialista en Enf. Pediátrica.

Teresa Nieto Hernández

Enfermera.
Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria.

Marta Sola López

Enfermera.
Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria.



Documento avalado por:



SOCIEDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y
COMUNITARIA DE EXTREMADURA



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

“MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN AL NIÑO/A, ADOLESCENTE Y FAMILIA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA”

Autores:

- **Óscar Martín López.** (Enfermero. Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria. Especialista en Enf. Pediátrica).
- **Teresa Nieto Hernández.** (Enfermera. Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria).
- **Marta Sola López.** (Enfermera. Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria).

Edición: Agosto 2025.

ISBN: 978-84-09-65309-6.

Revisores:

- **María José López Albert.** Enfermera. Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria. Especialista en Enf. Pediátrica.
- **María Gil Marchena.** Enfermera. Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria.
- **José Antonio González Tamayo.** Enfermero. Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria.
- **Natalia María Sardina Domínguez.** Enfermera. Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria.
- **María Romero Muñoz.** Enfermera. Especialista en Enf. Familiar y Comunitaria.

Las imágenes utilizadas en el presente manual proceden del repositorio www.freepik.es, catalogadas como licencia gratuita, o han sido encontradas en internet sin especificación de licencia restringida, considerándose por lo tanto de dominio público en ambos casos.

Cubierta diseñada con elementos procedentes de Freepik.

Documento avalado por:



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

Presentación:

El presente manual, surge de la idea de tres personas, Teresa, Marta y Óscar, profesionales de la Enfermería relacionadas/o con la Atención Primaria y la Pediatría debido a las dudas que la consulta infanto-juvenil genera a Enfermeras/os Generalistas y Especialistas tanto por los amplios contenidos a manejar (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, creación de hábitos saludables,... a nivel individual, familiar y comunitario), como por el reto que supone para este colectivo la necesidad continua de mantenerse actualizado.

Por ello, elaboramos el presente manual, estructurado en seis capítulos, correspondientes a las etapas de crecimiento y desarrollo del niño/a y adolescente. Cada capítulo a su vez, se encuentra organizado por patrones funcionales de Marjory Gordon, incluyendo los aspectos a valorar dentro del patrón a través de la entrevista clínica (apartado titulado ¿qué valoramos?) y de la observación personal (apartado titulado exploración); y la educación sanitaria a transmitir al niño/a, adolescente y familia en cada momento.

Esta metodología enfermera supone que la valoración de una determinada característica pueda ser abordada desde múltiples patrones. Los autores proponemos esta asociación en cada patrón de la información obtenida en la entrevista, exploración y educación sanitaria, primando el objetivo didáctico frente al debate metodológico, aunque perfectamente podrían ser igualmente válidas otras asociaciones.

Este documento, se presenta como una guía para profesionales que deberá ser adaptada a las particularidades de cada sistema sanitario, cada Centro de Salud y de cada Equipo Sanitario, además de tener que complementarse con el Calendario Vacunal Vigente en cada momento en la Comunidad Autónoma donde se pretenda emplear.

Índice:

ETAPA NEONATAL (0 – 28 días)	6
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	8
PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO.....	16
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	32
PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO	35
PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.....	40
PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL	44
PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	47
PATRÓN 8: ROL-RELACIONES	48
PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	50
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	52
PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS	53
LACTANTE MENOR (29 días – 1 año)	54
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	56
PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO.....	66
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	90
PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO	94
PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.....	102
PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL	106
PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	112
PATRÓN 8: ROL-RELACIONES	113
PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	115
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	117
PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS	119
LACTANTE MAYOR (1 – 2 años)	120
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	122
PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO.....	133
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	149
PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO	152
PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.....	158
PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL	160
PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	165

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES	167
PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	169
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	171
PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS	173
ETAPA PRESCOLAR (2 – 5 años).....	174
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	176
PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO.....	186
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	192
PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO	196
PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.....	203
PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL	205
PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	211
PATRÓN 8: ROL-RELACIONES	214
PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	216
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	218
PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS	220
ETAPA ESCOLAR (6 - 12 años).....	221
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	223
PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO.....	233
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	239
PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO	242
PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.....	247
PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL	249
PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	253
PATRÓN 8: ROL-RELACIONES	257
PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	259
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	265
PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS	266
ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (10 - 19 años).....	267
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	269
PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO.....	278
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	284
PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO	286
PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.....	291

PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL	292
PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	295
PATRÓN 8: ROL-RELACIONES	299
PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	301
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	306
PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS	307
ANEXOS	308
Anexo 1: Tablas de Crecimiento.....	309
Anexo 2: Tablas de Desarrollo: Tabla Haizea-Llevant / Test de Denver.	319
Anexo 3: Test M-CHAT-R.	321
Anexo 4: Niveles de TA en niños/as según edad y percentil de talla.....	322
BIBLIOGRAFÍA	324

ETAPA NEONATAL (0 – 28 días)



ETAPA NEONATAL

Contempla el primer mes de vida del recién nacido (RN) (desde el nacimiento hasta los 28 días) e incluye su llegada al nuevo hogar, así como la necesidad de reajuste del ciclo vital familiar de cada miembro.

En esta fase, el RN es completamente dependiente y necesitará de unos cuidados adecuados.

Este primer contacto es crucial porque establecerá la base de la futura relación entre la familia y el equipo sanitario. Para ello, es necesario presentarnos, explicarles la dinámica del Centro de Salud (CS) y nos mostraremos disponibles para la resolución de dudas que puedan surgirles.

En este corto periodo, se incluirán las revisiones llevadas a cabo en la primera semana de vida (en función del equipo, esta revisión puede ser realizada por la matrona en la visita postparto o por el equipo de pediatría) y la revisión de 15 días – 1 mes (puede ser agrupada en una sola revisión o desglosarse en dos visitas).

Suele ser una etapa en la que surgen numerosos interrogantes en los cuidadores y por ello, es de gran importancia que los padres anoten todas las dudas que vayan surgiendo para que puedan ser resueltas en la consulta (CUIDADO, aunque a nosotros nos parezca que es algo obvio, para los padres puede ser fuente de dudas, por lo que tenemos que considerarlas).



PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Qué valoramos?

- Cómo valoran los padres la salud de su hijo/a y existencia de alguna preocupación al respecto.
- Estructura del núcleo familiar.
- Identificación de los cuidadores principales y sus apoyos, así como sus conocimientos sobre la atención al niño/a.
- Antecedentes maternos durante el embarazo y el parto.
- Antecedentes familiares que puedan influir en la salud del RN.
- Antecedentes personales: enfermedades, ingresos hospitalarios, alergias, fármacos que tome,...
- Sistema de Salud alternativo (seguros privados).
- Saber si se han realizado las pruebas metabólicas y despistaje de hipoacusia neonatal (en caso negativo, gestionar su realización precoz).
- Conductas de riesgo del entorno que puedan influir en la salud del RN (por ejemplo, tabaquismo paterno o materno).
- Hábitos de higiene.
- Medidas de prevención de accidentes. Conocer qué medidas adopta el núcleo familiar para la prevención de accidentes.
- Historia de vacunación previa.
- Opinión de los padres sobre la vacunación.
- Adherencia a tratamientos y controles de salud.
- En el caso de las revisiones sucesivas, exploraremos los cambios producidos en el entorno del niño/a desde la revisión anterior.

Exploración

- Estado higiénico del RN.
- Revisión del aspecto y olor del cordón umbilical en busca de sangrados activos y/o signos de infección.

BAÑO

Existen varias posibilidades que van **desde** hacerlo a **diario** (si es un momento agradable) **hasta una vez por semana** (si es un momento estresante). Debe ser una regularidad que mantenga una higiene adecuada del bebé.

Características:

- **Temperatura del agua:** recomendar entre 36 y 38°C para evitar una excesiva pérdida de calor del RN, comprobándola siempre antes de introducirlo para evitar quemaduras.
- **Temperatura de la habitación:** mantenerse cálida, entre 20 y 24°C para evitar la pérdida de calor excesiva.
- **Duración:** unos pocos minutos para evitar que el agua se enfríe.
- **Modo:** se puede usar **bañera** con 10-12 cm de agua **o realizar lavado solamente con esponja** (evitar baño bajo el chorro de agua porque favorece el enfriamiento).



IMPORTANTE:

NUNCA DEJAR SIN SUPERVISIÓN AL NIÑO/A EN LA BAÑERA.

- **Productos:** recomendar el uso de **jabón** suave con **pH neutro**; el **pelo** se limpiará durante el baño con **agua y jabón/champú suave** y **se secará bien** para evitar la pérdida de calor (por su proporción con respecto al cuerpo, la cabeza es la zona de mayor pérdida de temperatura). Usar peines de tipo **cepillo de cerdas suaves**. **Secar** con toalla suave haciendo hincapié en los pliegues para evitar la humedad y su irritación. Para la **limpieza de los oídos**, **NO USAR NUNCA BASTONCILLOS** porque impactarán la cera presente y pueden producirse daños en el tímpano y canal auditivo, se limpiarán con una **toalla húmeda**. Se recomienda **evitar el uso de colonias** porque interfieren al RN en el reconocimiento del olor de su madre/padre (en caso de que estos elijan su utilización, recomendar evitar su uso sobre piel o cabello porque puede producir irritación, siendo mejor usarla en la ropa y con olores suaves).

CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical, suele caerse entre el 6º y 15º día de vida, sin embargo, puede tardar más tiempo, e incluso tardar 3-4 semanas. Sus cuidados se basan en mantener la zona limpia y seca realizando su limpieza una o dos veces al día (o cuando sea necesario en caso de ensuciarse con orina o heces).

IMPORTANTE:

ESTAR ATENTOS ANTE LA PRESENCIA DE OLOR EXTRAÑO (olor a carne en mal estado) **ENROJECIMIENTO Y CALOR EN LA ZONA**, puede ser indicativo de infección (onfalitis), que puede ser un problema grave por ser puerta de entrada de gérmenes a la circulación central.

Hay muchos **productos** que se recomiendan para su cuidado (**Clorhexidina acuosa, Alcohol 70º, productos con plata, mupirocina,...**) sin embargo las distintas revisiones de la literatura científica apuntan a la no superioridad del uso de antisépticos y antibióticos tópicos en su cura frente al lavado con agua, jabón y secado completo en los países desarrollados siempre que se mantengan unas condiciones higiénicas generales adecuadas.

IMPORTANTE:

NO USAR NUNCA PRODUCTOS YODADOS (como povidona yodada) por la posibilidad de generar intoxicación por yodo o alteraciones tiroideas en el RN.

De forma general, se preguntará a los padres que tipo de cura de ombligo están realizando y seguiremos la misma pauta mientras no aparezcan signos de infección o mal estado.

En el caso de uso de **productos antisépticos tópicos** se recomendará que, tras una higiene adecuada de las manos, se realice la limpieza por toda la superficie del cordón (**no olvidar levantar la pinza y limpiar la zona inferior, recordar a los padres que el cordón no tiene sensibilidad y por lo tanto no duele**), dando pequeños toquitos con una gasa humedecida en antiséptico y dejar secar al aire.



Si, por el contrario, se emplea limpieza con **agua y jabón**, se recomendará que, tras una higiene adecuada de las manos, se limpie la zona con agua y jabón neutro, con una gasa desechable (**no esponja** porque guarda gérmenes de una cura a otra) por toda la piel bajo la pinza del cordón y secarlo bien con una gasa seca. Recordar que no hay que olvidar levantar la pinza y limpiar la zona inferior igual que en el caso anterior.

Tras la caída del cordón umbilical pueden aparecer **granulomas umbilicales** (nódulo rosado menor de un centímetro que aparece en el lecho del ombligo con una superficie lisa o irregular y frecuentemente pedunculado, producidos por sobrecrecimiento del tejido de cicatrización a ese nivel). **Alternativas de tratamiento:**

- **Tratamiento con sal común:** aplicar dos veces al día un poco de sal común en el lecho y tapar con una gasa durante 10-30 minutos. Retirar la sal con una gasa humedecida con agua templada. Repetir el proceso durante tres días.
- **Tratamiento con nitrato de plata:** consiste en aplicar pequeños toques con barra de punta de nitrato de plata para producir su cauterización progresiva (tener precaución por la posibilidad de generar quemaduras en el tejido adyacente).

CUIDADO DE LAS UÑAS

La punta de las uñas del RN suele estar adheridas a la piel del dedo por lo que se recomienda **no cortar en los primeros 15-20 días de vida** para evitar heridas. Si están muy largas, se puede emplear una lima fina de uñas.

CUIDADO DE LA PIEL

Tras el baño, lo mejor es **hidratar** la piel con cremas para bebé sin perfumes ni sustancias irritantes o aceites vegetales (como almendras o caléndulas), utilizándolas una o dos veces al día en cantidades adecuadas.



Ante la presencia de **costra láctea** (pequeña descamación grasa en el cuero cabelludo), se aplicará durante el baño aceites vegetales o champús específicos en la zona, que se mantendrán aproximadamente 10 minutos y

se retirarán con el agua del baño. Después se peinará el cabello intentando retirar la descamación, pero sin frotar para no irritar la zona.

La **zona del pañal** no necesita cuidados especiales, solamente, mantenerla limpia y seca haciendo un cambio de pañal con una frecuencia adecuada. En caso de irritación, se pueden recomendar cremas protectoras (pasta al agua) para aislar esa piel dañada de la humedad.

ROPA

Se recomienda que sea amplia, fácil de poner y quitar y **ACORDE CON LA TEMPERATURA Y ÉPOCA DEL AÑO** (el/la niño/a necesita la misma cantidad de ropa que el adulto, por eso no hay que sobreabrigar con muchas capas al bebé), preferiblemente de algodón.

Para su cuidado, se lavará la ropa del bebé de forma independiente a la del resto de la familia, evitando jabones abrasivos, suavizantes, lejía y productos de olores fuertes, aclarándolo bien después.

Recomendar firmemente a los padres **NO PONER ANILLOS, PULSERAS, COLGANTES,...** porque por un lado pueden salirse adornos y ser tragados produciendo **atragantamientos**; y por otro lado, las cadenas o pulseras pueden engancharse y los RN ante esta situación su única reacción será tirar pudiendo producir **cortes o heridas graves**.

PASEO

Es recomendable que se haga paseo **diario**, al **aire libre** ya que actúa como sedante, siendo beneficioso para el sueño del niño y el apetito, además de ponerlo en contacto con diferentes estímulos externos.



El sol favorece la producción de vitamina D, necesaria para la salud del bebé. **EVITAR LAS HORAS DE MÁXIMO CALOR O FRIO** ya que la piel es muy fina y sensible.

No se deben usar cremas de protección solar en menores de 6 meses, se recomiendan las medidas físicas contra el sol (sombrija, gorra,...).

IMPORTANTE:

Al realizar el paseo, **USAR LAS MEDIDAS DE SUJECCIÓN DE LOS CARRITOS** con el fin de evitar posibles accidentes. Es poco común pensar en ello, pero al ir paseando, un tropiezo puede hacer palanca del carrito y suponer que el niño/a salga disparado al suelo si no va sujeto.

En el caso de realizar **PORTEO**, asegurarse de utilizar materiales adecuados y colocar al RN en una posición correcta (forma de ranita con el RN mirando hacia el porteador, con la columna recta y las piernas en M con las rodillas más arriba de la altura de las nalgas).



EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

El humo del tabaco contiene miles de sustancias químicas, de ellas, se sabe que al menos setenta causan cáncer, además de enfermedades cardíacas y pulmonares entre otras.

En el caso de los niños y niñas fumadoras pasivas, se asocia con un mayor riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante; irritación de ojos, mucosas nasales y garganta; mayor frecuencia de problemas respiratorios infantiles como laringitis, ataques de asma, bronquiolitis,...; disminución de la función pulmonar; aumento de la reacción pulmonar ante alérgenos;...

Se recomienda no fumar en la misma habitación o espacios (coche) en los que esté o vaya a estar el niño/a con el fin de evitar los efectos perjudiciales del tabaco, pero no hay que olvidar que dichas sustancias perjudiciales permanecen en la piel, ropa, cortinas,... y por eso habría que cambiarse de ropa y lavarse las manos si tras fumar va a coger/acercarse al bebé.

Aunque los **cigarrillos electrónicos y vapeadores** se venden en muchas ocasiones como productos no nocivos, están asociados a un elevado número de casos de cáncer por el alto contenido en sustancias químicas como nitrosaminas, benzo-[a]-pireno, hidrocarburos aromáticos policíclicos, saborizantes,... por este motivo, se recomienda que se evite su consumo en espacios con niños/as.

Puede ser un buen momento y una buena motivación para abandonar definitivamente este hábito.

SEGURIDAD EN EL COCHE

Recordar la obligatoriedad de utilizar sistemas de retención infantil homologados para cada edad. El uso de sistemas de retención infantil se ha comprobado que reduce en un 75% las muertes y en un 90% las lesiones.

En RN hasta los 13 kg aproximadamente, se usará el **GRUPO 0 y 0+** con sujeción del RN mediante **arnés de 5 puntos**. Estas sillas, se colocarán preferentemente en los **ASIENTOS TRASEROS** (solo se instalará en el asiento delantero si no es posible su instalación en los traseros, desconectando el airbag del copiloto en dicho caso) y en **SENTIDO CONTRARIO A LA MARCHA** (ofrece mayor protección de cabeza, cuello y columna).



En el caso de usar el **capazo**, se colocará en los asientos posteriores de forma transversal a la marcha.

IMPORTANTE:

Si el niño/a llora durante el viaje, **NUNCA COGER EN BRAZOS con el vehículo en marcha** (ante un accidente, todo lo que llevemos en brazos saldrá disparado). Lo correcto sería estacionar en un lugar seguro y cogerlo hasta calmarlo, colocarlo nuevamente en el sistema de seguridad y reanudar la marcha.

VACUNACIÓN

Informaremos a los padres del **calendario vacunal vigente**, así como de aquellas **vacunas no financiadas disponibles** y su papel en la prevención de enfermedades, de una forma completa y veraz, resolviendo todas sus dudas.

Ante una **actitud negativa** de los padres frente al proceso vacunal, **no debemos enfadarnos y excluir a los padres** (la vacunación en nuestro país es recomendable pero no obligatoria).

Como profesionales, valoraremos las creencias y valores de por qué no desean vacunar a sus hijos (siempre desde el respeto), ofreceremos una información veraz de la importancia de la

vacunación de los niños y nos mostraremos dispuestos a ofrecer una respuesta individual y diferenciada para atender las necesidades de cada niño/a.

Dejaremos siempre reflejada en la historia clínica del bebé la decisión tomada respecto a la vacunación.





PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

¿Qué valoramos?

- Actitud y preferencias ante la lactancia:
 - Lactancia materna: número de tomas, técnica y dificultades.
 - Lactancia artificial o mixta: número de tomas, tipo de leche artificial empleada, método de alimentación (biberón, cuchara, vasito, jeringa, relactador, etc.), técnica de preparación de los biberones (en caso de utilizarse) y dificultades.
- Problemas relacionados con la alimentación: vómitos, regurgitaciones, presencia de reflujo...
- Uso o no de chupete.
- Problemas de la piel y/o cicatrización.

Exploración

- **Somatometría y curvas de crecimiento:** incluirá:
 - **Peso:** se utilizarán básculas de precisión, colocadas en superficies planas y sólidas, pudiendo ser electrónicas (aconsejadas en los lactantes) o mecánicas.

Los RN **se pesarán desnudos y sin pañal**. Esperar a que la balanza esté en 0.0 y colocaremos al bebé en **decúbito supino, en el centro de la balanza y evitando que salgan partes corporales** fuera de la misma.

En el caso en el que no se pueda dejar al bebé solo en la báscula, se podrá calcular el peso haciendo la resta entre el peso total del padre o madre con el bebé encima, menos el peso del padre o madre.

- **Longitud:** indicador del tamaño corporal y longitud de los huesos. Colocaremos al niño/a en **decúbito supino** sobre el medidor fijo (infantómetro), con los brazos a ambos lados del tronco y los hombros y cadera en contacto con el plano horizontal.

La coronilla de la cabeza será sujeta por una persona y debe tocar la base fija superior del infantómetro, alineada perpendicularmente con el plano horizontal. Otra persona, extenderá las piernas (sin que las rodillas estén flexionadas) hasta que el talón

toque la base inferior formando un ángulo de 90°. Será suficiente con conseguir la extensión completa de una pierna.

- **Perímetro cefálico:** indicador del desarrollo neurológico indirecto a partir de la masa cerebral.



Utilizaremos una **cinta métrica** de teflón, esta debe ser colocada en el **perímetro máximo de la cabeza, utilizando como referencia el punto máximo entre el occipucio y la eminencia frontal.**

Situaremos la cinta en el plano horizontal, de manera tal que se encuentre a la misma altura de ambos lados de la cabeza. El inicio de la cinta (donde se ubica el cero) debe coincidir con la parte frontal de la cabeza y es ahí donde se realiza la lectura.

- **Fontanelas:** membranas fibrosas que cubren las cavidades que se encuentran entre la unión de los huesos craneales del RN.

En la etapa neonatal hay **seis fontanelas**, una anterior (fontanela mayor), una posterior (fontanela menor), dos anterolaterales (esfenoideas) y dos posterolaterales (mastoideas). Estas últimas (esfenoideas y mastoideas) son pequeñas e irregulares y se cierran entre los dos o tres meses de edad y en general se hallan recubiertas de grasa corporal y sin importancia clínica.

La **fontanela anterior, mayor o Bregmática**, se cierra habitualmente antes de cumplir el **segundo año**. Su tamaño normal está entre 0,6 y 3,6 cm.



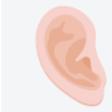
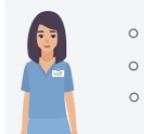
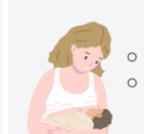
La **fontanela posterior, menor o Lambdoidea**, suele estar cerrada a los **dos meses** y no siempre es claramente palpable (ni siquiera al nacimiento).

El **tamaño** (mínimo o excesivo), así como el **nivel** (elevado o deprimido) de las fontanelas, pueden ser indicativos de patología muy variada. **Se medirá solamente la anterior contando su diámetro anteroposterior y lateral y se comprobará que su nivel es normal.**

Estos parámetros se compararán con las gráficas de crecimiento, en función del sexo y la edad, considerándose normal todo aquello comprendido entre el percentil 3 y el 97 ([Anexo 1](#)).

- **Coloración de piel y mucosas:** exploración en busca de:
 - **Boca:** frenillo, labio leporino, fisura palatina, muguet,...
 - **Estado de la piel:** algunas cosas normales que pueden aparecer en la piel y que suelen preocupar a los padres son:
 - ✓ **Color amarillo de la piel y conjuntivas (Ictericia).** Es normal si aparece al 2-3 día de vida y desaparece antes de la semana de vida (ictericia fisiológica).
 - ✓ **Mancha en la espalda de color morado sin relieve** (mancha parda o mongólica). Desaparecerá por sí misma unas semanas o meses después del nacimiento. No se asocia a patología.
 - ✓ **Angiomas o “antojos”** (manchas rojas que desaparecen momentáneamente al apretar con la mano y reaparecen al cesar la presión). Son producidos por crecimiento de capilares que suelen desaparecer espontáneamente, aunque una pequeña proporción se mantienen.
 - ✓ **Manchas amarillentas en las aletas de la nariz y cara en forma de puntos nacarados (Miliium).** Se producen por la secreción de las glándulas y NO DEBEN EXPRIMIRSE porque pueden ocasionar su infección.
 - ✓ **Perlas de Epstein.** Pequeños quistes de color blanco en torno al paladar. No significan ninguna patología.
 - ✓ **Callo de succión.** Presencia de engrosamiento de la mucosa labial central debido a la succión.
 - **Signos cutáneos de maltrato infantil.**

- **Valoración del agarre y succión del RN al pecho: escala de LATCH.** Herramienta para evaluar la lactancia materna, identificar dificultades en el proceso de amamantamiento y determinar el tipo de apoyo que necesita la madre y el bebé respecto de la lactancia.

PARÁMETROS	ESCALA DE PUNTUACIÓN LATCH		
	0 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	1 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	2 SE CUMPLEN TODOS LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN
(L - LATCH) FORMA EN LA QUE EL BEBÉ SE ENGANCHA AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Demasiado dormido ○ No se coge al pecho 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Repetidos intentos de colocarse ○ Mantiene el pezón en la boca ○ Llega a succionar 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Agarra al pecho ○ Lengua debajo ○ Boca ajustada ○ Succión rítmica
(A - AUDIBLE SWALLOWING) CANTIDAD DE LA DEGLUCIÓN AUDIBLE	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Ninguno 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Espontáneo e intermitente < 24 horas de vida ○ Espontáneo y frecuente > 24 horas de vida
(T - TYPE OF NIPPLE) TIPOLOGÍA/ FORMA DE PEZÓN	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Invertidos 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Planos 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Evertidos tras estimulación
(C - CONFORT) COMODIDAD DE LA MADRE	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas ingurgitadas ○ Grietas ○ Dolor severo 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas llenas ○ Pezón lesionado ○ Daño medio 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas blandas ○ No hay dolor
(H - HOLD POSITIONING) NIVEL DE AYUDA PARA MANTENER LA POSICIÓN AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado en el pecho) 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Minimiza la ayuda (colocar almohada) ○ El profesional se coloca de un lado y la madre del otro ○ El profesional lo coloca y luego la madre continúa 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ No necesita ayuda ○ La madre es capaz de mantener al niño colocado

Interpretación:

- 0-3 Puntos: Dificultad IMPORTANTE.
- 4-8 Puntos: Dificultad MODERADA.
- 9-10 Puntos: SIN DIFICULTAD – SITUACIÓN ÓPTIMA.

Puntuaciones bajas, indican la necesidad de intervención activa, soporte y seguimiento.

Educación para la Salud

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, fomentaremos la **lactancia materna (LM) exclusiva** hasta los **6 meses** de edad, respetando siempre la elección de la madre y explicando sus beneficios tanto para el RN como para la madre.

LACTANCIA MATERNA (LM)

- **Beneficios de la LM para la madre:**
 - Favorece la recuperación tras el parto, volviendo antes al peso habitual.
 - Disminuye el riesgo de hemorragia y anemia.

- Disminuye el riesgo de osteoporosis tras la menopausia.
- Reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario.

○ **Beneficios de la LM para el RN:**

- Mejor tolerancia gastrointestinal en comparación con la lactancia artificial.
- Disminuye el riesgo de infecciones intestinales, eccemas atópicos y alergias.
- Menor número de infecciones respiratorias y enterocolitis necrotizante.

○ **Características particulares de la LM:**



- La leche materna **varía en composición y cantidad** entre el inicio y el fin de la tetada, dependiendo de la hora del día e incluso según avanza la lactancia.
- **Evolución de la leche en el tiempo:** en la **primera semana** tras el parto, aparece el **calostro**, sustancia amarillenta rica en proteínas e inmunoglobulinas que aporta gran cantidad de calorías en pequeño volumen. Es el **alimento ideal** para los **primeros días**, ya que constituye la cantidad ideal, con las propiedades necesarias para adaptarse al pequeño tamaño del estómago del RN. Además su efecto laxante **favorece la eliminación del meconio**.
- Entre el **4º y 5º día** comienza la **leche de transición** (“subida de la leche”). Esta, presentará mayor contenido en grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles, haciendo que el RN recupere la pérdida fisiológica de peso en los primeros días.
- **Hacia la segunda semana** de vida, la leche va evolucionando hacia la **leche madura**, de aspecto más líquido y en mayor cantidad, ya que el RN mama más volumen cada vez.
- **Evolución en la tetada:** al **inicio de la toma**, la leche es más líquida y con mayor contenido en proteínas y azúcares, mientras que al **final de la toma**, contiene mayor

contenido en vitaminas y grasas, es más espesa y blanca y proporciona mayor saciedad y aporte calórico.

- Por este motivo, es fundamental que la toma dure el **tiempo necesario hasta el vaciado del pecho** y **NO seguir reglas antiguas estructurando las tomas** (10 minutos cada pecho cada cuatro horas), para que así el RN adquiera todos los componentes grasos de la leche y no sólo los líquidos y azúcares que salen al inicio.
- El volumen de leche aumenta con el incremento en la frecuencia de las tomas del RN durante los primeros 14 días de vida.
- **Aporte de los líquidos que requiere el RN: no** es necesario proporcionar **aportes de agua**, ya que es suficiente con la leche materna a demanda.



○ **Técnica para amamantar:**

- **Postura:** existen diversas posturas a la hora de dar el pecho, sin embargo en todas ellas lo fundamental es la **buena colocación del RN** y la **comodidad de la madre**. Éste debe estar colocado de frente mirando al pecho, abdomen con abdomen y con la nariz a la altura del pezón.

Para que exista un buen agarre, la **boca** del RN debe abarcar el **pezón** y gran parte de la **areola**, con los **labios evertidos**.

Para cambiarlo o **retirarlo** del pecho, introducir el **dedo meñique** en la comisura de la boca, con el fin de que no traccione del pezón y se produzcan grietas.

IMPORTANTE:

No coger el pecho con los **dedos en forma de tijera** ya que dificulta el agarre del RN y el vaciado de la mama. El **agarre debe ser en forma de "C"**.

POSICIÓN CORRECTA



CRIANZA BIOLÓGICA

- Recostada 15-65°
- Bebé sobre pecho
- Pezón a altura nariz-labio superior
- Útil si dificultad agarre o dificultad permanecer sentada



CUNA

- Cabeza en antebrazo con mano en espalda
- Barrigas juntas
- Mantener alineación bebé
- Pezón a altura nariz-labio superior



RECOSTADA DE LADO

- Tumbada con bebé sobre el colchón
- Pezón a altura nariz-labio superior
- Toalla en espalda bebé



RUGBY

- Sentada, cuerpo y cabeza del niño sujeto con antebrazo y mano del lado del pecho ofrecido
- Pezón a altura nariz-labio superior
- Útil en cesárea, pecho grande y gemelos



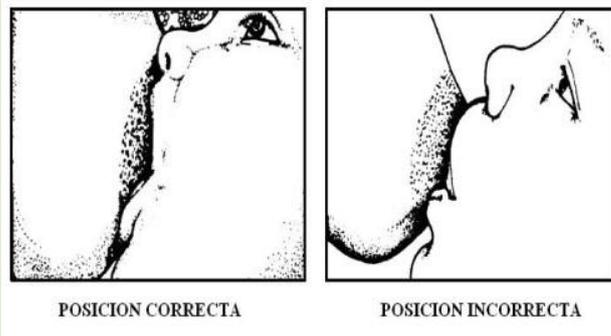
DANCER O CABALLO

- Bebé vertical
- Mano mismo lado en nuca y la otra sujeta pecho y barbilla
- Pezón altura nariz-labio superior
- Útil en problemas anatómicos paladar y reflujo



CUNA CRUZADA

- Sujetar cuerpo y cabeza con mano contraria al pecho ofrecido
- Pezón a altura nariz-labio superior
- Útil en agarre dirigido y RN pequeño



- **Tomas:** serán **a demanda**, sin horarios establecidos, ni intervalos fijos entre toma y toma, sin embargo, es conveniente que los RN no pasen más de tres horas sin alimentarse, incluso por la noche y es recomendable que hagan entre 8 y 12 tomas en el día.

Es normal que, durante los primeros días de vida, realicen tomas cada hora o menos siendo más seguidas por la tarde y noche.

La **duración** de la toma **la marca cada RN** y también depende de la edad. Los primeros días de vida las tomas **pueden durar entre 20 y 45 minutos en cada pecho** (es importante NO retirarlo forzosamente del pecho, sino que debe hacerlo espontáneamente).

Para **evitar la congestión** de uno de los pechos y mantener una buena producción de leche, es importante alternar las tomas entre ambos pechos, procurando que mame de los dos cada día y produciendo el vaciado del pecho que se ofrece.

- **¿Cómo saber cuándo el RN quiere leche?:** cuando quieren mamar, los RN hacen movimientos de chupeteo, bostezan, se llevan la mano a la boca o hace sonidos de llamada. **No es necesario esperar a que lloren**, ya que el **llanto** es un **signo tardío de hambre** y será más difícil conseguir ponerlos al pecho (hay que tener en cuenta que los RN no sólo lloran por hambre).



- **¿Cómo saber si el niño/a está tomando suficiente leche?:** cuando el niño/a esté mamando su mandíbula, sienes y orejas se moverán rítmicamente.

En el caso de que las mejillas se hundan quiere decir que no existe un buen agarre y la lactancia puede no ser eficaz. Además, comprobaremos los siguientes puntos:

- Hace cacas con frecuencia.
- Moja pañales con orina de color pálido.
- Aumento de peso progresivo. Existe una pérdida fisiológica de peso (7-10%) en los primeros cinco días de vida, recuperándolo a las 2 semanas.
- Los RN suelen estar tranquilos después de comer.



- **Crisis de lactancia:** durante el desarrollo existen fases en las que el lactante parece quedarse insatisfecho después de las tomas, generando ansiedad en las madres. Existen crisis a las 3 semanas y en torno al mes y medio de vida debido a la presencia de brotes de crecimiento, y se caracterizan por un aumento en la necesidad del número de tomas y la cantidad de leche.

Se produce una alteración en su conducta, poniéndose nervioso al pecho, dando tirones, llorando mientras mama... Pasada una semana suele normalizarse todo, volviendo al patrón de lactancia anterior a la crisis.

IMPORTANTE:

Todo ello viene a reforzar la idea errónea de que la producción de leche ha disminuido, de que el bebé la rechaza y de que no se está nutriendo bien.

En muchas ocasiones lleva a la suplementación con leche artificial, sin que sea necesario ya que la madre tiene que adaptarse a las nuevas necesidades.

Por ello, ante los momentos de crisis es necesario:

- Conocer sus causas, momentos de aparición y características de transitoriedad.
- Intentar adaptarse a la demanda del bebé. Si pide mamar con más frecuencia, ponerlo al pecho cada vez que lo pida, aumentando así la producción de leche.
- No es conveniente insistir ni forzar al niño/a a mamar. Esto puede desembocar en un rechazo real del pecho.
- Durante la crisis puede ser útil buscar un entorno tranquilo, poco luminoso y en silencio.

- **Higiene materna:** no es necesario ningún lavado especial del pezón ni areolas, ya que la leche materna contiene propiedades que favorecen la higiene, esterilización y cicatrización del pezón, con la **ducha diaria y el secado del pezón** tras la teta es suficiente.

Lo que sí es importante es que antes de ofrecer el pecho o realizar extracción de leche, deberá lavarse bien las manos con agua y jabón.

- **Uso de dispositivos:** evitar utilizar **protectores de pezón de plástico** ya que aumentan la humedad en la zona favoreciendo la aparición de grietas. Por otro lado, **no** se recomiendan el empleo de **chupetes ni tetinas**, hasta que la lactancia esté bien instaurada (al menos las primeras 4-6 semanas), tampoco el uso de **pezoneras** de forma sistemática (solamente en caso de dificultades como gritis, pezón plano,...).

IMPORTANTE:

Evitar los biberones “de ayuda”, de suero glucosado y de infusiones.

La incorporación de estas “ayudas” son una de las principales causas de abandono de la lactancia materna, ya que la leche artificial o el suero glucosado llenan al RN, disminuyendo su interés por mamar, succionando menos y haciendo que la madre produzca menos leche.



- **Extracción de la leche:** existen diversas situaciones en las que es necesario la extracción de la leche materna y su posterior administración. Uno de estos escenarios puede ser los primeros días de parto en los que el RN no consigue un agarre adecuado o no coge suficientes veces para lograr la “subida de la leche”.

La **extracción** puede ser **manual** o a través de **sacaleches electrónicos**.

De forma general, **antes de realizar la extracción, independientemente de la técnica**, recomendar lavado de manos con agua y jabón, adoptar una posición cómoda y lugar tranquilo, en contacto piel con piel con el bebé o usando fotos o prendas que huelan a él ya que se ha comprobado que facilitan la salida de la leche.

A continuación, realizará la **preparación del pecho** para favorecer el reflejo de bajada de la leche mediante tres técnicas:



MASAJEAR

Realizar movimientos circulares con la punta de los dedos, oprimiendo firmemente hacia las costillas, sin deslizarlos sobre la piel



FROTAR

Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte externa del pecho hacia el pezón de forma que produzca cosquilleo



SACUDIR

Sacudir ambos pechos suavemente inclinandose hacia adelante

En el caso de la **extracción manual (técnica de Marmet)**, colocar la mano en forma de "C", con los dedos a 3-4cm del pezón y empujar hacia las costillas, a continuación, comprimir el pecho entre los dedos, rotando la mano e intercalando ambas manos para vaciar los depósitos

de todo el pecho.



Realizar **5-10 minutos de técnica de extracción** (hasta que el flujo se haga más lento).

Repetir 2-3 veces el proceso completo de estimulación de la bajada de la leche y extracción, teniendo en cuenta una **duración total de 20-30 minutos.**

EVITAR



Exprimir



Resbalar las manos



Estirar el pezón

En el caso de la **extracción mecánica**, se puede emplear **sacaleches manual o eléctrico**, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

EXTRACCIÓN MECÁNICA

MANUAL



Inicio: Aspiraciones cortas y rápidas

Empieza a fluir la leche:
Aspiraciones más largas y lentas

ELÉCTRICO



¡¡IMPORTANTE!!

Regulación de la aspiración

Inicio: nivel mínimo de aspiración

Subir aspiración según comodidad para que la leche fluya sin dolor

Recomendar **alternar ambos pechos** (salvo uso de sacaleches de doble campana) para conseguir el vaciado de ambos.

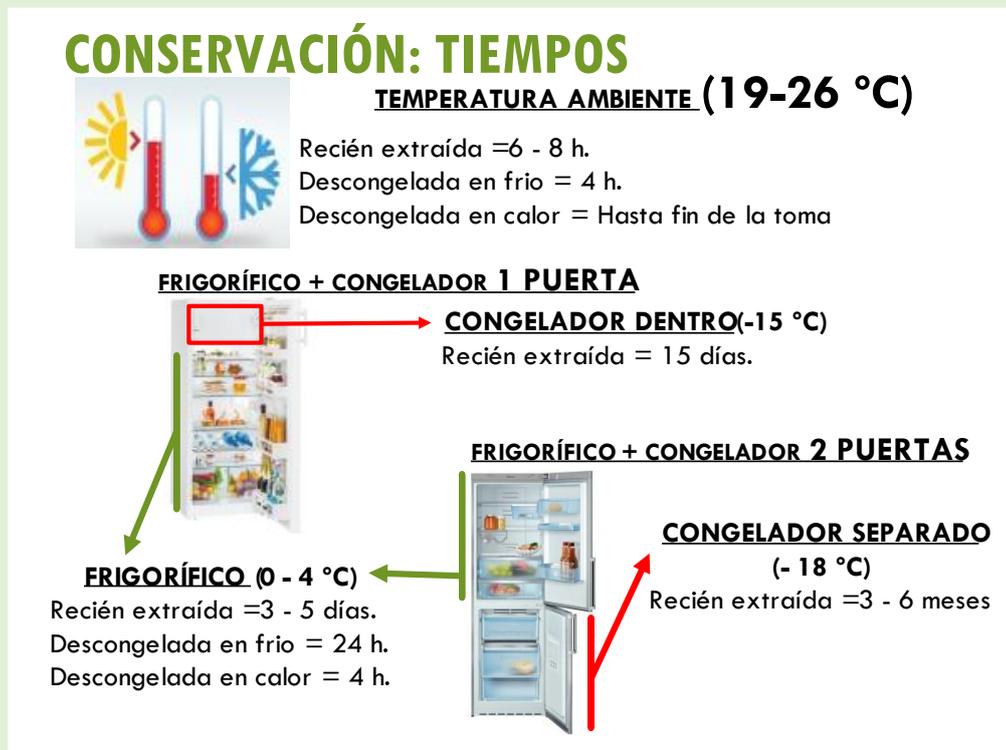
Realizar la extracción hasta que disminuye el flujo de leche. **Repetiremos el proceso** de estimulación de la bajada de la leche y

extracción **2-3 veces**, con una **duración total** aproximada de **20-30 minutos**.

En el caso de que el RN no haga ninguna toma (por falta de agarre, grietas en el pezón, patología que impida la succión o ingreso neonatal/materno por ejemplo), es conveniente **vaciar los pechos cada dos o tres horas** para mantener la producción de leche y con ello la lactancia materna, guardandola en frigorífico/congelador para dárselo cuando sea necesario bien con biberón, con relactador, cucharilla, vaso,...; o para la donación si existen bancos de leche próximos.

- **Conservación de la leche materna:** recomendaciones:
 - **Mejor emplear leche fresca que congelada.** Pero aún así sigue siendo mejor y más beneficioso ofrecer leche congelada que leche artificial.
 - **Si no se va a utilizar la leche, congelar** lo antes posible.
 - **Guardar en pequeñas cantidades** (50-100cc) para descongelar solo lo que el niño/a vaya a tomar.
 - Utilizar **envases de cristal o plástico autorizados para uso alimenticio.**
 - **Se pueden mezclar leches extraídas el mismo día** antes de congelarlas, siempre que se conserven hasta entonces en la nevera.
 - **Etiquetar los recipientes** con la fecha de extracción (usar etiquetas de papel, no escribir en el plástico).

- En caso de tener que **transportar la leche**, usar nevera portátil con acumuladores de hielo para mantener una temperatura adecuada el mayor tiempo posible.
- **Tiempos de almacenamiento** según el lugar de conservación:



- **Descongelar la leche más antigua** para evitar que permanezcan tiempo excesivo en el congelador.
- **Una vez descongelada, no volver a congelar.**
- Para la **descongelación** de la leche, existen dos procedimientos. El primero consiste en sacar el recipiente del congelador y **dejarlo en el frigorífico** para que se descongele lentamente; el segundo consiste en **colocar el recipiente con la leche dentro de otro recipiente con agua tibia**, no se recomienda descongelar “al baño maría” o en el microondas y por supuesto, **NUNCA HERVIR.**
- Una vez descongelada, hay **que tener en cuenta** que hay que agitar para que se mezclen las capas, aunque estas se hayan separado, no significa que se haya estropeado; de igual manera, al descongelar la leche materna puede cambiar su olor, sin embargo esto no afecta a su calidad.

ALIMENTACIÓN MATERNA DURANTE LA LM

La alimentación debe ser **variada y equilibrada**, evitando aditivos y contaminantes. **No precisa seguir ninguna dieta especial** de tal forma que **NO existen alimentos obligados ni prohibidos** durante la lactancia materna, sin embargo, hay que tener en cuenta que el aroma de los alimentos pasa a la

leche y puede hacer cambiar su olor y su sabor. Sólo en el caso de observar de forma repetida que tras haber comido la madre un determinado alimento, el bebé muestra algún tipo de molestias (vómitos, diarreas, erupciones, malestar o rechazo de la leche), puede ser necesario evitar ese alimento en concreto en la dieta materna.



Consejos:

- Toma de **suplementos de yodo** 200-300mcg/día durante todo el embarazo y lactancia, además de cocinar sus alimentos con sal yodada y comer pescado.
- **Evitar el consumo en exceso de bebidas con cafeína o teína**, aumentarán la excitabilidad del bebé.
- Muchas de las **plantas medicinales** contienen principios activos que en muchas ocasiones no están estandarizados (no se sabe cuáles ni cuánto) y pueden ocasionar toxicidad al bebé que toma pecho.
- Las últimas recomendaciones aconsejan que **las embarazadas y las madres que dan lactancia no tomen alcohol**, siendo consideradas grupo de riesgo, puesto que se desconoce qué nivel de consumo materno es seguro para el lactante.

LACTANCIA ARTIFICIAL (LA)

Existen diversas ocasiones en las que no se lleva a cabo la lactancia materna, ya sea por la libre elección de la madre o ante la imposibilidad o contraindicación de iniciarla. En estos casos se opta por la lactancia artificial o adaptada, siendo ésta un derivado de la leche de vaca.

La leche indicada en los primeros 6 meses de vida, son las **fórmulas de inicio o tipo 1**. Este preparado puede encontrarse en forma líquida y en polvo para diluir en agua.

- **Normas para la preparación del biberón:**
 - **Lávese bien las manos** antes de empezar la preparación.
 - Los biberones se deben **preparar inmediatamente antes de las tomas**.
 - En nuestra región el agua del grifo tiene suficientes garantías sanitarias, por lo que **no se recomienda hervir el agua**. En caso de que se decida hervir, habrá que hacerlo durante 1 minuto

(en ningún caso hervir durante más de 5 minutos) para evitar el aumento de la cantidad de nitritos y minerales, que podrían ser perjudiciales para el bebé.

- El método ideal para **calentar el agua** es “al baño maría”, es decir, sumergiéndolo en parte en agua caliente para que se caliente poco a poco el contenido del biberón. Aunque hoy días las microondas son también una buena opción (tener precaución porque puede producirse un calentamiento irregular de recipiente y contenido que podría ocasionar quemaduras en el lactante; por ello se recomendará, en caso de su utilización, agitar bien para homogeneizar temperaturas y asegurarnos de que el resultado no esté excesivamente caliente).

- **Si se hierve el agua esperar hasta que esté tibia**, completando el volumen deseado.

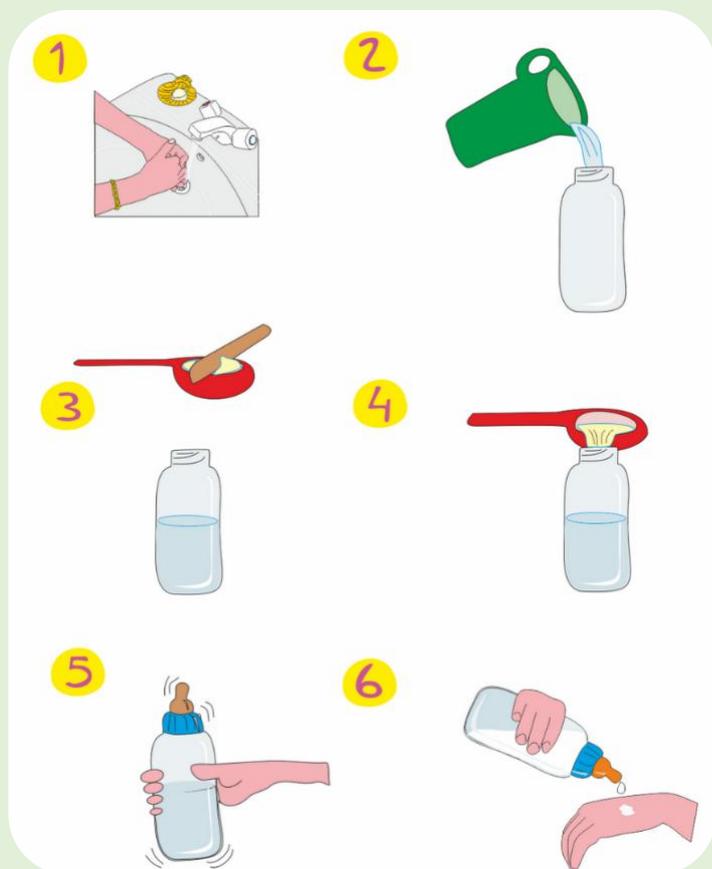
- **Agregar los cacitos de polvo de leche** (rasos y sin comprimir) en una proporción de **un cazo por cada 30 cc de agua**.

- **Agitar** el biberón.

- Darlo a una **temperatura aproximadamente igual a la del cuerpo**.

- Se irá aumentando la cantidad de leche (en la misma proporción anterior) según la apetencia del niño/a y recomendaciones de su pediatra.

- **No es necesario hervir el biberón** para “esterilizarlo” después de cada uso, basta con el lavado con agua y jabón.

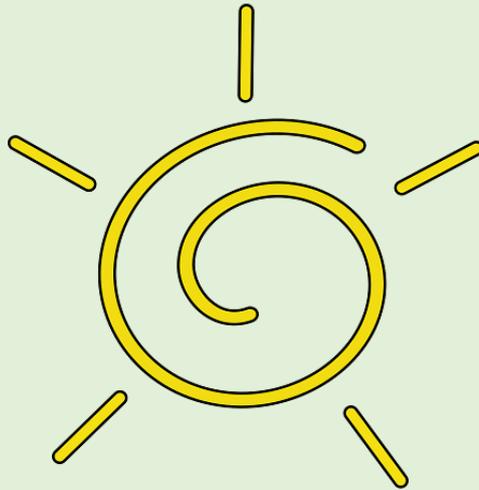


**30 cc de agua
por cada cazo raso y sin
compactar de leche en polvo.**

PREVENCIÓN DEL RAQUITISMO EN EL RN

En el caso de prescripción por parte del pediatra de vitamina D, tener en cuenta que:

- **La principal fuente de vitamina D es la exposición solar**, sin embargo, los cambios en el estilo de vida hacen que sea más difícil que las madres que amamantan sintetizen la cantidad suficiente de vitamina D para cubrir las necesidades del RN y por ello, es necesaria, la suplementación.
- Se recomienda que los lactantes **menores de un año** con lactancia materna exclusiva reciban un **suplemento de 400 UI/día de vitamina D** desde los primeros días de vida hasta el destete.





PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

¿Qué valoramos?

- **Intestinal:**
 - N.º de deposiciones y frecuencia.
 - Consistencia de las heces.
 - Color.
 - Si refiere algún problema: fisuras, fecalomas...
 - Utilización de ayudas para la defecación: laxantes, estimulación, enemas,...
 - Presencia de ostomías de eliminación intestinal.
- **Urinaria:**
 - N.º de micciones: pañales mojados.
 - Características de la orina.
 - Presencia de ostomías urinarias, sondas u otros dispositivos.
- **Eliminación cutánea:**
 - Sudoración profusa.

Exploración

- Explorar ano y recto: descartar fistulas, presencia de fisuras,...
- Meato urinario: hipospadias (anomalía congénita donde el nacimiento de la uretra en el pene no está en la punta, sino en la zona inferior de este), epispadias (anomalía congénita que afecta tanto a hombres como mujeres donde la uretra no se forma en un tubo completo en el caso del pene; o en el caso de la mujer, la uretra se encuentra en una zona diferente a la habitual, sin formación completa como tubo)...

Educación para la salud

Los **primeros días**, el bebé mojará dos o tres pañales al día, y **a partir del tercer o cuarto día**, mojará mínimo cuatro o cinco pañales al día.

Por otra parte, las **primeras heces** del RN son de color negro-verdoso, pegajosas y casi sin olor (es el **meconio**). Posteriormente pasan a un color amarillo-anaranjado, con grumos incluso verdoso y generalmente semilíquidas. El **color es variable** y no importante, dependiendo de su tipo de alimentación. En el caso de alimentación con **LM** exclusiva, serán amarillas con grumos y semilíquidas, con escaso olor. En la **LA**, serán más espesas y de color marrón, con un ritmo más constante (2-4 al día).

En cuanto al **hábito intestinal**, puede variar entre ninguna deposición hasta 8 ó 10 deposiciones al día, disminuyendo conforme aumenta su edad y maduración del sistema digestivo (a partir de la 2ª o 3ª semana de vida, la cantidad será de 1 deposición cada 3-4 días de consistencia normal). Una **particularidad de la LM** es que los niños pueden disminuir el número de deposiciones, llegando a estar hasta 8 ó 10 días sin realizar deposición, sin embargo, **esto no se considera estreñimiento**, sino que es algo normal (siempre que el niño/a no esté molesto ni haya otros signos de alarma) y cuando la realiza son muy abundantes, con consistencia normal, blanda y grumosa.



Algunos niños, en las primeras semanas, presentan episodios diarios de llanto y encogimiento de piernas que ceden cuando expulsan las deposiciones, siendo éstas de características normales. **Se denomina disquecia del lactante** y se produce por una falta de sincronización entre la apertura del ano y la expulsión de las heces. Este es un problema madurativo que se corrige en unas semanas, aunque algunos niños pueden tardar más tiempo (generalmente no más de 2 meses) sin requerir tratamiento.

IMPORTANTE:

No es conveniente realizar estimulaciones anales con el termómetro o cualquier otro objeto para que la niña/o haga caca con más frecuencia (cerillas, tallo de geranio...etc.). Se deberá consultar con el pediatra si aparece:

- Heces duras y secas con dificultad para su expulsión.
- Heces de color blanco-grisáceos junto con piel del niño/a amarillenta (ictericia).
- Heces con sangre.

CÓLICO DEL LACTANTE

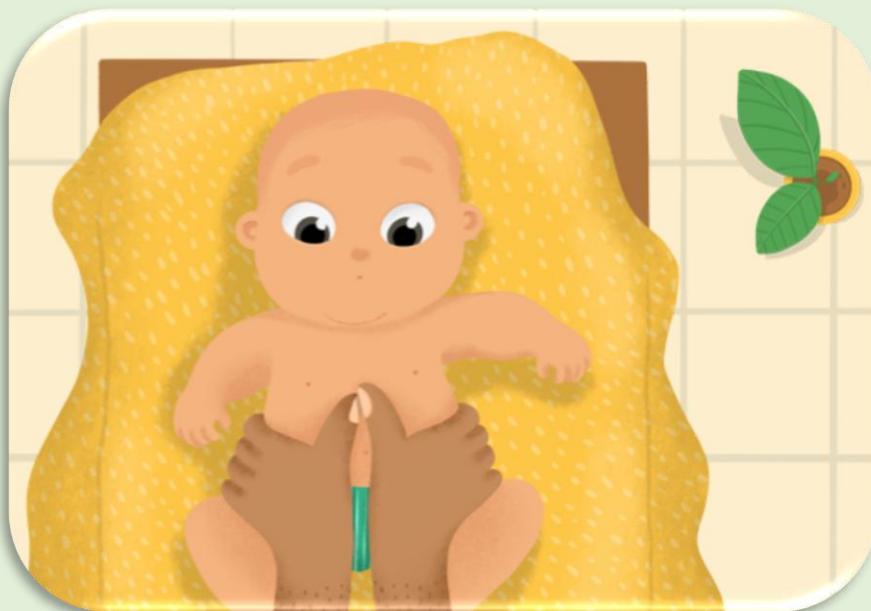
Son **episodios de llanto excesivo, persistente** (desde minutos hasta horas), **inconsolable, más frecuente durante la tarde-noche** que aparecen a partir de la segunda semana de vida en

lactantes aparentemente sanos (mantienen buen apetito, reflejo de succión normal, heces normales y su crecimiento y desarrollo no se ven alterados), sin encontrar ningún factor desencadenante, y acaban a los tres o cuatro meses de vida del bebé. Suele ir acompañado de enrojecimiento facial, flexión de las piernas, barriga algo hinchada, puños apretados, pataleo... y suele cumplir un patrón que se denomina “la regla del tres”: al menos 3 horas al día, 3 días a la semana y durante 3 semanas.

No existen remedios universales para los cólicos del lactante. Es importante entender que es un **trastorno benigno que acaba desapareciendo por sí solo con el tiempo** y en el que la familia debe armarse de paciencia.

Algunas **medidas que ayudan a aliviarlo**, aparte de mantener la calma y favorecer un ambiente tranquilo, son:

- Medidas posturales como es ponerle boca abajo sobre el brazo con la cabeza apoyada en la flexura del codo de tal manera que la barriguita descansa en el antebrazo.
- Masajes en la barriguita, siguiendo el sentido de las agujas del reloj, elevando y estirando las piernas.
- Cogerlo en brazos, tranquilizarlo, acariciarle la espalda y mecerlo.





PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO

¿Qué valoramos?

- **Tablas de desarrollo: Tabla Haizea –Llevant / Test de Denver** ([Anexo 2](#)): instrumentos que permiten evaluar, de una manera sencilla, sistemática y eficaz, el estado del desarrollo cognitivo, social y motor del niño/a durante las primeras etapas de su crecimiento y detectar precozmente aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada (no olvidar que estas tablas no son diagnósticas) así como poder determinar la necesidad o no de estrategias y procedimientos de estimulación del desarrollo psicomotor. Aunque no hay que olvidar que cada niño/a tiene un ritmo de desarrollo propio.

Nota aclaratoria: aunque ambas tablas evalúan el correcto desarrollo neurológico del niño/a, por motivos didácticos los autores hemos desglosado su aplicación en el presente apartado lo relacionado con el desarrollo postural y de la movilidad tanto fina como gruesa; dejando para más adelante el desarrollo de las habilidades puramente cognitivas.

¿Cómo se utilizan?

Para realizar estos test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño/a atravesando las áreas de desarrollo. Preguntaremos a la familia y comprobaremos en la consulta si el niño/a realiza los elementos a evaluar situados a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa. El examinador valorará la falta de adquisición de elementos en todas o algunas de las áreas de desarrollo, si aún está dentro del tiempo de poder ejecutar dicho elemento o tarea, la presencia de señales de alarma o la necesidad de otros estudios diagnósticos.

Los **hitos del desarrollo en el ámbito postural y motor** que deberá haber conseguido el niño/a a esta edad es (preguntar a los padres/cuidadores y observar en la consulta):

- En decúbito prono, tendrá postura fetal y al mes de vida, será capaz de levantar momentáneamente la cabeza.
- En decúbito supino, tendrá una posición simétrica de extremidades.

- En la tracción de supino a sentado, es incapaz de sostener la cabeza por sí solo.
- Manos cerradas con los pulgares aducidos (flexionados hacia el centro de la mano), aunque en torno al mes, las manos estarán abiertas con frecuencia.

Exploración

- **Movimientos espontáneos:** estar atentos a posible asimetría de movilidad en miembros superiores con motivo de fractura de clavícula inadvertida durante el parto, lesión plexo braquial, etc.

- **Postura y tono muscular:** se efectuarán movimientos de extremidades, cuello y tronco para apreciar su normalidad. Para su exploración realizaremos los siguientes movimientos:
 - **Enderezamiento de la cabeza:** con el RN en decúbito supino, sujetar por las muñecas e incorporar hasta quedar sentado, quedando los brazos flexionados y la cabeza erguida durante unos pocos segundos.
 - **Actitud de flotación:** en decúbito prono, se eleva al RN cogiéndolo por el tórax y sostendrá la cabeza durante unos segundos y los miembros inferiores permanecerán en flexión.
 - **Reflejo de la columna vertebral o de Galant:** con el neonato elevado en decúbito prono, cogiéndolo por el tórax, se presionará la piel de arriba abajo paralelo a la columna vertebral. Producirá incurvación del cuerpo hacia el lado estimulado.
 - **Tono pasivo:** en miembros superiores, estiraremos el antebrazo y comprobaremos que vuelve a su posición primitiva de flexión. En el caso de los miembros inferiores, el ángulo poplíteo en decúbito prono, será inferior a los 90°.

- **Reflejos del RN, arcaicos o primarios:** recuerdo del instinto de supervivencia de épocas pasadas y que en la actualidad van a ayudar a su adaptación al nuevo medio, dándonos información sobre su estado neurológico. Desaparecerán con el paso de los meses.

Existen muchos, siendo algunos de ellos:



– **Reflejo de búsqueda o de los puntos cardinales:** su presencia es vital para la supervivencia puesto que va a facilitar la alimentación. Aparece al tocar suavemente la mejilla y labios del RN, éste moverá la cabeza hacia el lado estimulado con la boca abierta buscando el pezón.

– **Reflejo de succión:** vital para la alimentación. Al introducir un objeto dentro de la boca del RN (dedo, chupete, pezón o similar), empezará a succionar con fuerza. En torno a los dos meses desaparecerá este reflejo

y la succión pasará a ser una acción voluntaria (dependiendo del momento de su realización, puede que la acción de la succión sea refleja o voluntaria).

– **Reflejo de moro:** movimiento de extensión de brazos, piernas y dedos, seguido de movimiento de “abrazo”, cierre de manos y extensión de la cabeza al cambiar el plano del tronco del bebé hacia atrás (con el bebé tumbado en decúbito supino, elevar el tronco con la mano hasta unos 45º, a continuación, disminuir este ángulo como simulando una “caída” para desencadenar el reflejo).

– **Reflejo de prensión palmar y plantar:** al colocar nuestro dedo en la palma de la mano del RN, este cerrará su mano con fuerza atrapando nuestro dedo. En el caso del pie, si hacemos presión en la parte anterior de la planta, flexionará con fuerza los dedos.



– **Reflejo de Babinski:** al pasar un objeto romo por la parte interna del pie desde el talón al dedo gordo, el bebé levantará los dedos y volteará el pie hacia dentro.

– **Reflejo de marcha:** al colocar al RN en posición vertical agarrándole por debajo de las axilas, tocando los pies superficie plana, levantará las piernas como queriendo dar pasos. Este reflejo

desaparecerá en torno a los dos meses de vida.

– **Reflejo tónico del cuello o del espadachín:** estando el niño en posición de decúbito supino, si giramos su cabeza hacia un lado, extenderá y separará del cuerpo el brazo del lado hacia el que mira la cabeza y flexionará el contrario como si jugara a la esgrima. Este reflejo, aparece a lo largo de los dos primeros meses de vida.



IMPORTANTE

En la consulta, debemos explorar estos movimientos y la relación de las extremidades con respecto del cuerpo para poder detectar problemas de hipertonía (flexión excesiva de las extremidades), hipotonía (posición de libro abierto), asimetría de movimientos, alteraciones de la deglución o ausencia de reflejos arcaicos ya que nos pondrán en la pista de posibles alteraciones del desarrollo del sistema nervioso central.

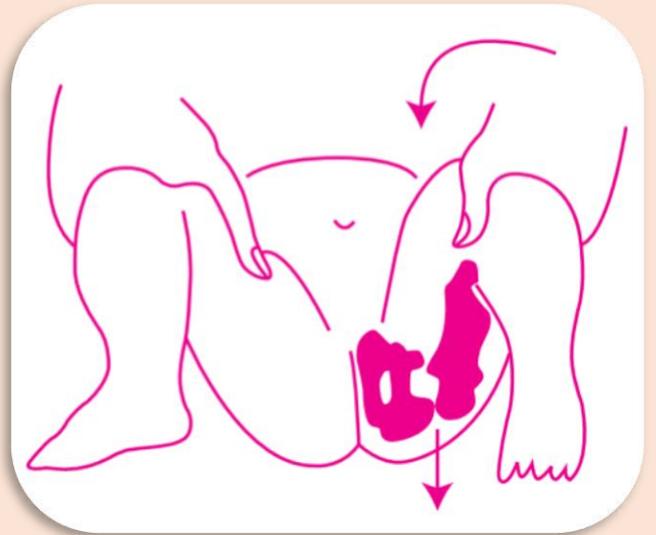
- **Displasia evolutiva de cadera:** alteración de la articulación de la cadera que da lugar a una deformidad en la que la cabeza del fémur está total o parcialmente fuera del acetábulo de forma temporal o permanente. Para su detección se utilizará:

- **Ver simetría de pliegues:** la asimetría en los pliegues del muslo puede ser considerada como signo de que la cabeza del fémur no se encuentra en su sitio (luxación).

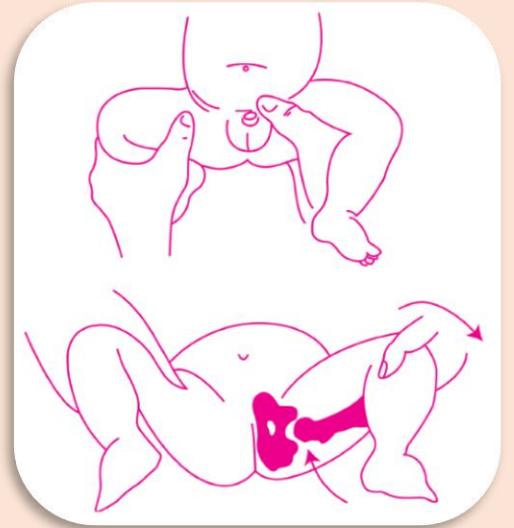
- **Maniobra de BARLOW:** pretende comprobar la luxabilidad de la cadera.

Con el RN en decúbito supino con las caderas en posición de M, mantenemos fija una cadera con una de nuestras manos y con la otra colocamos el pulgar en la parte interna del muslo y los dedos índice y corazón en la parte externa, se hará un movimiento de cerrar la pierna,

empujando el cuello del fémur hacia abajo y afuera (presionando ligeramente la rodilla). Si es positivo, se palpará un chasquido resultante de la salida de la cabeza del fémur del acetábulo.



- **Maniobra de ORTOLANI:** pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Con el RN en decúbito supino y relajado, con la mano se estabiliza una cadera, se flexiona la rodilla y cadera a 90º con el pulgar en la parte interior del muslo y el dedo índice y medio en la parte externa. De forma suave, se realiza apertura del muslo con el pulgar a la vez que se empuja el trocánter mayor hacia dentro y arriba. Será positivo si se nota “cloc” de entrada.



- **Signo de KLISIC:** colocar al bebé en decúbito supino, se trazará una línea imaginaria desde el trocánter mayor a la espina iliaca antero-superior. En condiciones normales esta línea debe dirigirse hacia el ombligo.

Educación para la salud

ACTIVIDAD Y MOVILIDAD DEL RN



En estos primeros días, las horas de sueño ocupan la mayor parte del día del RN y solamente aparecen pequeños periodos de actividad donde los movimientos más frecuentes son abrir la boca, estirarse, mover la cabeza buscando el pecho (incluso dormidos), llevarse la mano a la boca, patear...

Estos movimientos, generalmente son señales de que el niño/a necesita algo, pudiendo significar presencia de hambre, calor o malestar, por eso, es importante que en estos primeros días los padres conozcan al niño/a, lo acaricien, lo cojan, lo abracen,... para conocer cómo responde a cada necesidad.



PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

¿Qué valoramos?

- Patrón de sueño del RN.
- Vivencias, expectativas y temores de los padres.
- Lugar elegido para el descanso.
- Rutinas establecidas para favorecer el descanso.
- Riesgo para el desarrollo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

Educación para la salud

El RN **no tiene un ritmo regular del sueño**, duerme de forma casi continua entre **16-19 horas**, sin embargo, no suele dormir más de cuatro o cinco horas seguidas, sin hacer diferencia entre el día y la noche.

Durante la alimentación debe estar despierto para que comience a asociar comida y vigilia. Es frecuente que tienda a quedarse dormido durante las tomas, por lo que habría que estimularlo suavemente (hablándoles, con caricias,...) para que mantenga cierta vigilia. Las tomas nocturnas en el caso de la LM suelen ser más frecuentes que los niños alimentados con LA. Durante las mismas, es recomendable que se hagan estimulando lo menos posible al RN y manteniendo una luz tenue.

Para favorecer un buen sueño en el RN, se recomienda establecer una **rutina relajante diaria** llegada la noche (por ejemplo, baño relajante, luz tenue, toma de leche, evitar la TV, tranquilizar y dejar dormir).

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte súbita de un lactante de menos de un año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación del caso que incluya autopsia completa, examen del lugar de fallecimiento y revisión de la historia clínica. Se trata de un diagnóstico sindrómico al que se llega por exclusión y que es probable que tenga diferentes etiologías.

Según el grupo de prevención en la infancia y adolescencia (Previnfad) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), destacan los siguientes factores de riesgo y actividades preventivas:

a) **Factores relacionados con la madre:**

- **Cuidados prenatales:** Recibir un seguimiento adecuado de la gestación y del periodo perinatal se asocia a una disminución del riesgo de SMSL.
- **Lactancia materna:** existe asociación de la **LM como factor protector**, debiéndose prolongar al menos hasta los seis meses de edad.
- **Cohabitación:** compartir habitación sin compartir cama, disminuye el riesgo de SMSL. Consistiría en la colocación de la cuna del bebé en la habitación de los padres, cerca de la cama de estos. Otra opción que eligen algunas familias es colocar una cuna tipo “sidecar” adosada a la cama de los padres.

- **Compartir cama (colecho):** varios estudios han mostrado una asociación entre el riesgo de SMSL y compartir cama con los padres.

Sin embargo, hay situaciones en las que el riesgo al compartir cama aumenta como hacerlo con personas que consuman habitualmente tabaco, alcohol, drogas o ciertos medicamentos antidepresivos o ansiolíticos; compartir cama con uno o dos progenitores en situación de extremo cansancio; progenitores menores de 20 años; compartir cama con personas distintas a los progenitores (hermanos, por ejemplo); o realizarlo en lugares distintos de la cama como sofás o sillones.

Por todo lo anterior, se recomendará no realizar colecho en caso de factores de riesgo asociados. En los casos de LM, el colecho se ha asociado a un aumento de las tasas de su mantenimiento (factor protector), por ello se informará de que no existe evidencia para desaconsejar el colecho, ya que no hay pruebas suficientes de que esté asociado a un aumento del riesgo de SMSL cuando la madre amamanta y no hay otros factores de riesgo asociados.



La realización o no de colecho, es un punto controvertido con partidarios y detractores, correspondiendo a los profesionales de la salud asesorar (de forma individualizada) e informar (basándose en la evidencia disponible) para evitar las situaciones de riesgo pero teniendo en cuenta que la decisión última sobre su práctica corresponde a las madres y padres.

- **Exposición prenatal y postnatal a alcohol o drogas:** supone un riesgo incrementado. Se recomendará evitar el consumo pre y postnatal de alcohol y drogas.
- **Tabaquismo materno:** existe evidencia de que evitar el tabaquismo materno y paterno (pasivo) produce beneficios para la prevención del SMSL. Aunque no se conoce el beneficio neto del consejo antitabáquico, sí hay estudios que demuestran que este consejo sirvió para reducir el tabaquismo pasivo en el RN.
- **Factores socioeconómicos y demográficos:** se relaciona el SMSL con el bajo nivel socioeconómico y educativo, madres adolescentes o menores de 20 años y paridad superior a tres.

b) Factores relacionados con el niño:

- **Hermano fallecido por SMSL:** supone un riesgo de entre 2 y 10 veces superior en hijos posteriores.
- **Prematuridad y bajo peso al nacer:** relación inversa entre el SMSL y el peso al nacer, sobre todo por debajo de 2500g.

c) Factores ambientales:

- **Postura del lactante en la cama:** el decúbito prono se ha asociado fuertemente con el SMSL. Por ello, se recomendará evitar la posición prona durante el sueño hasta el año de vida, pero especialmente hasta los seis meses de edad.

La posición más segura para dormir el RN es el DECÚBITO SUPINO, sólo en casos de patologías que predispongan a la aspiración de reflujo o problemas relacionados con esta posición se recomendará dormir en decúbito lateral.





- **Ambiente del dormitorio:** las superficies de descanso blandas constituyen un factor de riesgo para el SMSL mostrando un aumento de entre 5 y 21 veces el riesgo frente a superficies firmes. Por ello, se recomendará el empleo de superficies firmes, sin espacios entre el colchón y la barandilla de la cuna o pared, evitando los materiales acolchados y deformables.

El arropamiento excesivo y el sobrecalentamiento en la cuna se asocia con mayor riesgo, especialmente si la cabeza queda cubierta. Para evitar que la cabeza se cubra, se recomendará colocar al lactante a los pies de la cama y colocar la manta/sabana remetida cubriendo solo hasta el pecho.

Se aconseja una temperatura ambiente de 20-22°C.

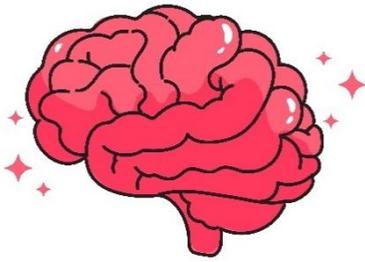
- **Uso del chupete para dormir:** efecto protector, ofreciéndoselo en todos los episodios de sueño durante el primer año. Recomendar:
 - Ofrecerlo para dormir, en decúbito supino y no reintroducirlo una vez el niño/a se haya dormido. Si no lo quiere, no forzarlo.
 - No mojar el chupete en ninguna sustancia dulce.
 - Limpiar el chupete y sustituirlo con frecuencia.

En el caso de lactantes alimentados al pecho, retrasar su introducción al mes de vida, cuando la LM ya está establecida.

- **Inmunización y calendario vacunal:** aunque no existen datos concluyentes sobre la relación directa de las vacunaciones con el SMSL, se recomendará cumplir el calendario vacunal vigente.

PREVENCIÓN DE LA PLAGIOCEFALIA

Durante el día, cuando el niño duerme, debe cambiarse la posición de la cabeza, para evitar deformaciones en la misma (plagiocefalias).



PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Qué valoramos?

- Tabla Haizea-Llevant / Test de Denver ([Anexo 2](#)): adquisición de hitos del desarrollo en el ámbito cognitivo, sensorial y de socialización.
- Observar la relación madre/padre con su hijo/a.

Exploración

- **Ojos/visión:**

- Observar ojos y párpados.
- Sensibilidad a la luz.
- Transparencia corneal.
- Test del Reflejo rojo o test de Bruckner: Se realiza utilizando la luz del oftalmoscopio enfocado a las partes normalmente transparentes del ojo hasta la retina. Esta luz en condiciones normales, se refleja generando un reflejo rojo. El oftalmoscopio debe estar ajustado a dioptrías 0 y con la luz circular más grande. Se enfocará a una distancia de 50-75cm (aproximadamente la longitud del brazo del explorador) y con la habitación en penumbra.
 - Sigue un objeto grande que se desplace en ángulos de 90°.
 - Fijación de la mirada.

- **Oído/audición:**

- Explorar oreja y oído.
- Comprobar que realizaron prueba de otoemisiones y su resultado.
- Respuesta a los sonidos.
- Reacción a la voz: distingue la voz de su madre, atiende a la conversación,...

SIGNOS DE ALARMA:

- Irritabilidad constante.
- Sobresalto exagerado.
- No fija la mirada ni siquiera momentáneamente.
- No reacciona con los ruidos.

Educación para la salud

TABLAS DE VALORACION DEL DESARROLLO (Denver, Haizea Llevant) (Anexo 2)

Son instrumentos que permiten evaluar, de una manera sistemática, sencilla y eficaz, el estado del desarrollo cognitivo, social y motor del niño/a durante las primeras etapas de su crecimiento y detectar precozmente aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada (estas tablas no se consideran diagnósticas), así como poder determinar la necesidad o no de estrategias y procedimientos de estimulación del desarrollo psicomotor. Aunque no hay que olvidar que cada niño/a tiene un ritmo de desarrollo propio.

En general, para realizar estos test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño/a atravesando las áreas de desarrollo. Preguntaremos a la familia y comprobaremos (mediante nuestra observación) si el niño/a realiza los elementos a evaluar situados a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa la línea.

El examinador valorará la falta de adquisición de elementos en todas o algunas de las áreas de desarrollo, si aún está dentro del tiempo de poder ejecutar dicho elemento o tarea, la presencia de señales de alarma o la necesidad de otros estudios diagnósticos.

Para favorecer un buen desarrollo psicomotor del niño/a es importante, desde el primer momento que se esté con él, acariciarlo, hablarle suavemente, cogerlo, cantarle, alimentarle,... estimulando sus sentidos.



ALTERACIONES EN EL ÓRGANO DE LA VISIÓN

- **Epífora:** a veces se observa un lagrimeo excesivo del ojo del bebé cuya causa más frecuente es la obstrucción del drenaje del conducto lagrimal. Este síntoma suele comenzar alrededor del 10-12º día de vida y casi siempre se soluciona en los primeros meses de vida. Se recomendará realizar masajes del saco lagrimal para favorecer su desobstrucción.

- **Estrabismo:** es el mal alineamiento de los ojos. En los primeros 6 meses puede ser normal que a veces “tuerza” los ojos hacia dentro, tranquilizando a los padres de que esto se encuentra dentro de la normalidad y es pronto para realizar el diagnóstico de estrabismo.

También es frecuente tener una falsa sensación de que “mete el ojo” por hipertelorismo, epicanto o puente nasal ancho. En estos casos el reflejo luminoso corneal está centrado en la pupila y es simétrico.





PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

¿Qué valoramos?

- Embarazo deseado / no deseado.
- Percepción de los padres sobre la nueva situación.
- Presencia de sentimientos negativos reiterados de los padres/cuidadores hacia el/la niño/a.

Educación para la salud

La formación de la **personalidad** se produce desde el nacimiento y se va modelando a medida que el individuo adquiere experiencias vitales. En este momento, aún no se ha marcado, pero con el paso de los meses podemos ir apreciando un patrón (niño que llora mucho, o poco, respuestas con miedo o con curiosidad,...).

Para su desarrollo **es muy importante un ambiente adecuado** basado en la **Parentalidad Positiva** (comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño/a, que cuida y desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación hacia el niño/a, además de incluir el establecimiento de límites que permitan su pleno desarrollo).

Este ambiente debe estar basado en:

- Vínculos afectivos cálidos.
- Entorno estructurado.
- Estimulación y apoyo.
- Reconocimiento.
- Capacitación de los hijos como agentes activos de la familia.
- Educación sin violencia.

Un hogar en el que predominan los sentimientos negativos hacia el recién llegado, desencadenará en edades futuras en problemas de falta de autoconfianza y autoestima, trastornos de la imagen corporal,...



PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

¿Qué valoramos?

- Estructura familiar: miembros que componen el domicilio, presencia de hermanos...
- Convivencia en el domicilio y cómo son las relaciones familiares.
- Presencia de problemas en la familia.
- Cuidador principal.
- Apoyo familiar.

Exploración

- Genograma (representación gráfica de la familia, sus relaciones, su problemática y su historial médico).
- Apgar familiar.

Educación para la salud

La llegada del primer hijo supone un proceso de adaptación, convirtiendo la pareja en familia. Además, con la llegada de un hermano, el hijo mayor debe asumir roles que antes no tenía, compartiendo la atención que antes tenía para sí mismo.

RELACIÓN CON EL HERMANO MAYOR: ante la llegada del RN a casa, es normal la aparición de celos por parte del hermano mayor, para ello es necesario:

- Aumentar la atención en el primer hijo, para que éste no se sienta desplazado.
- Motivarle para que ayude a sus padres en las tareas del cuidado del RN (por ejemplo: la elección de la habitación, la ropa...).
- Si las visitas sólo se acuerdan de obsequiar al RN, el hermano mayor puede abrir el regalo, decidir dónde lo pueden colocar y dar su opinión sobre si le gustará o no.
- Mantener en la medida de lo posible, aquellas actividades o rutinas que se hacían antes de la llegada del RN a casa (salida al parque, cuento antes de dormir, etc.)
- Pueden tener conductas regresivas como llamadas de atención, por lo que habrá que reforzar las conductas ya aprendidas y hacerle ver que debe ser un ejemplo a seguir para su nuevo hermano/a.

- Un niño/a que no expresa ningún tipo de celo, por pequeño que sea, puede que esté escondiendo algún otro problema.

RELACIÓN DE PAREJA: la estructura de la pareja se ve modificada con la llegada del nuevo miembro al hogar, adquiriendo nuevos roles como son el ser padre y madre.



Las primeras semanas suponen un estrés y cansancio ya que todas las energías están centradas en suplir los requerimientos del RN, sin embargo, es necesario buscar y encontrar un tiempo para estar juntos, compartiendo el cuidado del bebé y evitando el excesivo cansancio de la madre cuando pretende asumir todos los roles.

DEPRESIÓN POSTPARTO: tras el parto, los cambios hormonales, las exigencias por satisfacer las necesidades del RN, el cansancio por la falta de horas de sueño y cambios en la imagen corporal entre otros, pueden hacer que la madre pueda desarrollar depresión postparto.

La madre puede presentar síntomas como: agitación, ansiedad e irritabilidad, sentimientos negativos hacia el recién nacido, sintiéndose incapaz de cuidarlo, anorexia, apatía, astenia, insomnio o pérdida de memoria.

Por ello, es aconsejable que se apoye en su pareja, otros familiares o amigos, para favorecer que exprese sus temores, dudas, preocupaciones y ansiedades. Acudir a profesionales de la Salud Mental.

IMPORTANTE:

Ante el inicio de cualquiera de los síntomas de depresión posparto (agitación, ansiedad, irritabilidad, sentimientos negativos hacia el recién nacido, sentimiento de incapacidad de cuidarlo, anorexia, apatía, astenia, insomnio o pérdida de memoria), es necesario establecer medidas que ayuden al tratamiento y desaparición de los mismos.



PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Exploración

- **Niño:**
 - Descartar alteraciones visibles en órganos genitales.
 - Pene: tamaño ($\geq 2\text{cm}$) y morfología.
 - Escroto: coloración, tamaño, hidrocele, situación de los testículos, descartando la posibilidad de criptorquidia (testículos no descendidos al escroto),...
- **Niña:**
 - Descartar alteraciones visibles en órganos genitales.
 - Existencia de himen imperforado.
 - Sinequias vulvares (adherencia de labios menores).
 - Hipertrofia de clítoris.

Educación para la salud

En los **niños** es normal que exista **fimosis** y no requiere ningún tipo de intervención, siendo desaconsejable la realización de retracciones forzadas de la piel.

En las **niñas** es frecuente observar unos **labios mayores abultados**. También se pueden observar restos de una **sustancia blanquecina entre los labios mayores y menores**. Está muy adherida y requiere de varios lavados suaves para su desaparición. Son restos del vérnix caseoso que recubre la piel del bebé en el momento de nacer.

En ocasiones puede aparecer una **secreción mucosa** que sale por el **orificio de la vagina**. Es consecuencia de la influencia de las hormonas maternas. Después de unos días puede producirse incluso un pequeño **sangrado** que puede considerarse como normal.



En **ambos sexos**, puede aparecer **inflamación de los pechos** (con aspecto similar a una mastitis) con presencia o no de secreción de gotas de leche (conocido antiguamente como leche de brujas). Es **NORMAL, NO DEBEN DE EXPRIMIRSE** solo baño normal, y desaparecerá por sí solo ya que es causado por los estrógenos maternos que han pasado al bebé a través del cordón umbilical.



PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Qué valoramos?

- Adaptación del núcleo familiar (padres, RN, hermanos,...) a la nueva realidad.
- Patrón del RN de adaptación a estímulos estresantes (lloro, rabieta,...).
- **Signos de mala adaptación familiar** que pueden aparecer en cualquiera de sus miembros:
 - Sentimiento de tristeza y desesperanza.
 - Evitación del RN.
 - Tendencia al llanto.
 - Alteraciones del apetito y del sueño.
 - Sensación de tensión/ansiedad ante situaciones relacionadas con el RN.
 - Alteraciones de la conducta: agresividad, aislamiento social,...
 - En caso de los **padres**: hiper/hipo frecuentación de los servicios sanitarios con el RN.
 - En caso de los **hermanos**, presencia de celos, conductas regresivas o llamadas de atención continuas.

Exploración

Observar la aparición de signos de sospecha de maltrato a nivel relacional entre el núcleo familiar.

Educación para la salud

Una forma de ayudar a la adaptación a los nuevos roles familiares, es a través de la **Educación Sanitaria** enseñando a los padres **estrategias para el cuidado** del nuevo hijo y cómo afrontar los posibles problemas que puedan surgir. Es clave **mostrarnos accesibles** para que expongan cualquier duda que puedan tener y las veces que necesiten, aunque creamos que no es importante, si a ellos les genera dudas, hay que resolverlas.

También es muy importante **no juzgar y no culpabilizar**. Hay muchas formas de cuidar al hijo que pueden ser igual de válidas (por ejemplo, lactancia materna o artificial).

Por nuestra parte, intentaremos **modificar aquellas conductas que pongan en riesgo la salud del niño** o que afecten a su salud (como el tabaquismo pasivo) a través de la escucha activa y el consejo basado en hechos científicos.



PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

¿Qué valoramos?

- Creencias familiares (religión y valores).
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o la enfermedad.
- Valores respecto al cuidado/educación de los hijos.
- Actitud-percepción ante la vida.

Consejos para profesionales

La actuación en nuestras consultas debe estar basada en:

- **No juzgar** la religión o los valores familiares siempre y cuando no afecte a la salud del RN; y en el caso de que influyan, argumentaremos los efectos de esas conductas de riesgo.
- **Adaptación a las creencias familiares.**
- **Buscar alternativas** posibles que no entren en conflicto con los valores de los padres y no perjudiquen a la salud del RN.
- Aconsejar **recursos de la comunidad** acorde a sus creencias y valores para favorecer la formación de una red de apoyo familiar, social y comunitario.



LACTANTE MENOR (29 días – 1 año)



ETAPA DE LACTANTE MENOR

Contempla el primer año de vida del niño/a (desde los 29 días de vida hasta el año de edad). El lactante se encuentra en rápido crecimiento tanto físico como cognitivo y aunque continúa siendo completamente dependiente para los cuidados de otra persona, también empieza a aumentar su interacción con el medio.

En cuanto a la familia, tras el primer período de adaptación, en este momento ya se verá cómo es la nueva dinámica y su funcionalidad. No obstante, pueden aparecer nuevas dificultades y necesidad de reorganización del núcleo familiar y sus dinámicas como ocurre con el posible inicio de la guardería, la diversificación alimentaria o el inicio del desplazamiento del niño/a (gateando o caminando), entre otras circunstancias.

En este primer año de vida, las revisiones del niño/a serán muy frecuentes debido a su gran velocidad de crecimiento y desarrollo, siendo necesaria su estrecha supervisión. Incluirá las siguientes revisiones:

- 2 meses.
- 4 meses.
- 6 meses.
- 9-12 meses (en función del equipo sanitario y el desarrollo del niño/a se puede hacer una sola revisión o varias, adaptándonos a cada situación).



PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Qué valoramos?

- Cómo valoran los padres la salud de su hijo/a y existencia de alguna preocupación al respecto.
- Revisiones previas y cambios sucedidos desde ese momento.
- Estructura del núcleo familiar (y cambios que se hayan producido desde la revisión anterior).
- Cuidadores principales y sus apoyos, así como sus conocimientos sobre la atención al niño/a.
- Asistencia a guardería.
- Antecedentes maternos durante el embarazo y el parto.
- Antecedentes familiares que puedan influir en la salud del lactante.
- Antecedentes personales: enfermedades, ingresos hospitalarios, alergias, fármacos que tome,...
- Sistema de Salud alternativo (seguros privados).
- Conductas de riesgo del entorno que puedan influir en la salud del lactante (por ejemplo, tabaquismo paterno o materno).
- Hábitos de higiene.
- Medidas de prevención de accidentes. Conocer qué medidas adopta el núcleo familiar para la prevención de accidentes.
- Historia de vacunación previa.
- Opinión de los padres sobre la vacunación y su aceptación o no.
- Adherencia a tratamientos y controles de salud.

Exploración

- Estado higiénico del bebé.

Educación para la Salud

BAÑO

Hasta los 6 meses aproximadamente, el baño es algo pasivo donde el niño/a prácticamente no participa. Sin embargo, entre los 6 meses y el año de edad deja de ser algo pasivo para convertirse en una oportunidad del bebé de explorar el mundo, jugar y divertirse.

Existen varias posibilidades que van desde hacerlo a diario (si es un momento agradable) hasta una vez por semana (si es un momento estresante), solamente hay que tener en cuenta que su regularidad mantenga una higiene adecuada del bebé.

Características:

- **Temperatura del agua:** recomendar **entre 36 y 38°C** para evitar una excesiva pérdida de calor del lactante, comprobándola siempre antes de introducirlo para evitar quemaduras.
- **Temperatura de la habitación:** mantenerse cálida, entre **20 y 24 °C** para evitar la pérdida de calor excesiva.
- **Duración:** unos pocos minutos para evitar que el agua se enfríe.
- **Modo:** usar **bañera**, sentar al niño sujetándolo por la espalda/axilas con una mano y realizar el lavado con o sin esponja con la otra mano (evitar baño bajo el chorro de agua porque favorece el enfriamiento).



IMPORTANTE:

NUNCA DEJAR SIN SUPERVISIÓN AL NIÑO/A EN LA BAÑERA.

- **Productos:** recomendar el uso de **jabón** suave con **pH neutro**; el **pelo** se limpiará durante el baño con **agua y jabón/champú suave** y **se secará bien** para evitar la pérdida de calor (por su proporción con respecto al cuerpo, es la zona de mayor pérdida de temperatura). Usar peines de tipo **cepillo de cerdas suaves**. **Secar** con toalla suave haciendo hincapié en los pliegues para evitar la humedad y su irritación. Para la **limpieza de los oídos**, **NO USAR NUNCA BASTONCILLOS** porque impactarán la cera presente y pueden producirse daños en el tímpano y canal auditivo, se limpiarán con una **toalla húmeda**. Se recomienda evitar el uso de colonias porque interfieren al bebé en el reconocimiento del olor de su madre/padre (en caso de que estos elijan su utilización, recomendar evitar su uso sobre piel o cabello porque puede producir irritación, siendo mejor usarla en la ropa y con olores suaves).

CUIDADO DE LAS UÑAS

Se puede emplear una lima fina especial para uñas, cortaúñas o tijeras de punta roma, con especial cuidado para evitar cortes y heridas.

CUIDADOS DE LA PIEL



Tras el baño, lo mejor es **hidratar** la piel con cremas para bebé sin perfumes ni sustancias irritantes; o aceites vegetales (como almendras o caléndulas), utilizándolas una o dos veces al día en cantidades adecuadas.

Ante la presencia de **costra láctea** (pequeña descamación grasa en el cuero cabelludo que puede aparecer desde las primeras semanas de vida del bebé y permanecer hasta el primer año de edad), se aplicará durante el baño aceites vegetales o champús específicos en la zona, que se mantendrán aproximadamente 10 minutos y se retirarán con el agua del baño. Después se peinará el cabello intentando retirar la descamación, pero sin frotar, para no irritar la zona.

La **zona del pañal** no necesita cuidados especiales, solamente, mantenerla limpia y seca haciendo un cambio de pañal con una frecuencia adecuada. En caso de irritación, se pueden recomendar cremas protectoras (pasta al agua) para aislar esa piel dañada de la humedad.

CUIDADO DE LA BOCA Y LOS DIENTES

Los **primeros dientes**, suelen aparecer en torno a **los 6 meses de vida**, sin embargo, es totalmente normal tanto que salga varios meses antes (incluso desde el nacimiento, en casos excepcionales), como que se retrase incluso hasta los 13-14 meses de vida. Esta primera dentición, también llamada **dentición de leche o temporal**, se completará en torno a los dos años y medio.

Generalmente **la erupción de los dientes de leche no produce dolor**. A veces los niños están muy inquietos e irritables coincidiendo con la erupción de nuevas piezas.



Se podrá aliviar dando un masaje en la encía inflamada, aplicando frío y si persiste se puede administrar el analgésico pautado por el pediatra en función del peso del bebé.

Higiene: previo a la erupción de los dientes, se realizará masajeando la encía con una gasa o pañito limpio humedecido con agua solamente, una vez al día, aprovechando el momento del baño.

Una vez se produzca la erupción del primer diente, se realizará un mínimo de dos veces al día (en la mañana y, sobre todo, por la noche), utilizando un cepillo de dientes suave del tamaño apropiado para la edad del bebé, utilizando a partir de los 6 meses (y hasta los 3 años) pasta dental de 1000 ppm (partes por millón) de ion flúor en cantidad mínima (como un grano de arroz o “mancha”) (recomendación de la Sociedad Española de Odontopediatría).

Para lograr el efecto correcto de las pastas fluoradas, lo adecuado es no mojar el cepillo de dientes en agua previo al lavado y no enjuagar la boca tras el cepillado.



ROPA

Se recomienda que sea amplia, fácil de poner y quitar y **ACORDE CON LA TEMPERATURA Y ÉPOCA DEL AÑO** (el niño/a necesita la misma cantidad de ropa que el adulto, por eso no hay que sobreabrigar con muchas capas al bebé), preferiblemente de algodón.

Para su cuidado, se lavará la ropa del bebé de forma independiente a la del resto de la familia, evitando jabones abrasivos, suavizantes, lejía y productos de olores fuertes, aclarándolo bien después.

Recomendar firmemente a los **padres NO PONER ANILLOS, PULSERAS, COLGANTES,**... porque por un lado pueden salirse adornos y ser tragados produciendo **atragantamientos**; y por otro lado, las

cadenas o pulseras pueden engancharse y los bebés, ante esta situación, su única reacción será tirar, pudiendo producir **cortes o heridas graves**.



PASEO

Es recomendable que se haga **paseo diario**, al menos una vez al día durante una hora, al aire libre ya que actúa como sedante, siendo beneficioso para el sueño del niño/a y favorece el apetito, además de ponerlo en contacto con diferentes estímulos externos.

El sol favorece la producción de vitamina D, necesaria para la salud del bebé. **EVITAR LAS HORAS DE MÁXIMO CALOR O FRIO** ya que la piel es muy fina y sensible.

IMPORTANTE:

Al realizar el paseo, **USAR LAS MEDIDAS DE SUJECCIÓN DE LOS CARRITOS** con el fin de evitar posibles accidentes. Es poco común pensar en ello, pero al ir paseando, un tropiezo puede hacer palanca del carrito y suponer que el niño/a salga disparado al suelo si no va sujeto.

En el caso de realizar **PORTEO**, asegurarse de utilizar materiales adecuados y colocar al niño/a en una posición correcta (forma de ranita con el bebé mirando hacia el porteador, con la columna recta y las piernas en M con las rodillas más arriba de la altura de las nalgas), adaptando el dispositivo a la edad del bebé.



Consejos de fotoprotección:

La exposición excesiva al sol es un factor de riesgo para la salud por su asociación con la producción de distintos tipos de cáncer de piel.

Para prevenir estos efectos, se deberá evitar la exposición directa al sol de los lactantes menores de 3 años y se seguirán las siguientes recomendaciones:

- **Evitar la exposición solar en las horas de mayor calor** (especialmente entre las 11 y 16h.).

- **Utilización de protección física** como ropa, sombrillas, gorros o gafas. Aunque las gafas de sol se pueden utilizar a cualquier edad, incluso en bebés, en estos primeros meses es difícil que las tolere.
- **Utilización adecuada de filtros solares.** Sustancias químicas con efecto pantalla frente a la radiación solar. Pueden ser:
 - Físicos o inorgánicos: compuestos por sustancias como el dióxido de titanio y el óxido de zinc. Actúan reflejando la luz solar.
 - Químicos u orgánicos: formados por sustancias que absorben la radiación ultravioleta de la luz solar.
 - Mixtos (combinan filtros físicos y químicos).

Por otro lado, el **factor de protección solar (FPS)**, nos dará información sobre la protección de estos preparados frente a las radiaciones ultravioleta B (responsables de quemaduras e implicadas en la mayor parte de los efectos cancerígenos de la radiación solar). El valor indicado, significará el número de veces que el preparado aumenta la capacidad defensiva de la piel frente al envejecimiento cutáneo previo a una quemadura.

En los **niños menores de 6 meses**, se recomienda **no utilizar cremas de protección solar**, sino que se evitará la exposición directa y se utilizarán medidas físicas. Sin embargo, en el caso de que la exposición solar prolongada fuera inevitable, se podrían usar, siendo más recomendables los filtros físicos por su menor poder de penetración a través de la piel; y con FPS superior a 30 (deberá aplicarse 15-30 minutos antes de la exposición sobre la piel seca y repetir cada dos horas aproximadamente o tras el baño), aplicado sobre superficies reducidas de piel como cara y dorso de los brazos y manos.

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

El **humo del tabaco** contiene miles de **sustancias químicas**, de ellas, se sabe que **al menos setenta causan cáncer**, además de enfermedades cardíacas y pulmonares entre otras.

En el caso de los **niños fumadores pasivos**, se asocia con un mayor riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante; irritación de ojos, mucosas nasales y garganta;



mayor frecuencia de problemas respiratorios infantiles como laringitis, ataques de asma, bronquiolitis,...; disminución de la función pulmonar; aumento de la reacción pulmonar ante alérgenos;...

Se recomienda no fumar en la misma habitación o espacios (como el coche) en los que esté o vaya a estar el niño/a con el fin de evitar los efectos perjudiciales del tabaco, pero no hay que olvidar que dichas sustancias perjudiciales permanecen en la piel, ropa, cortinas,...

Aunque los **cigarrillos electrónicos y vapeadores** se venden en muchas ocasiones como productos no nocivos, están asociados a un elevado número de casos de cáncer por el alto contenido en sustancias químicas como nitrosaminas, benzo-[a]-pireno, hidrocarburos aromáticos policíclicos, saborizantes,... Por este motivo, se recomienda que se evite su consumo en espacios con niños.

Puede ser un buen momento y una buena motivación para abandonar definitivamente este hábito.

USO DE PANTALLAS EN LA INFANCIA

El uso de las nuevas tecnologías ha supuesto un gran avance en nuestros días, sin embargo, también puede conllevar ciertos riesgos:

- Menor número de horas de sueño. Se asocia con retraso en la hora de acostarse y a mayor tiempo de latencia del inicio del sueño.
- Aumento de la somnolencia diurna y disminución de la somnolencia nocturna (cambio del reloj circadiano).
- Menor secreción de melatonina.
- Disminución y retraso del sueño REM.
- Dieta menos saludable y aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad.
- Favorece el sedentarismo.
- Aumento del riesgo de desarrollar síndrome metabólico (por su asociación a menor ejercicio físico y hábitos dietéticos menos saludables).



- Mayor fatiga visual. Se asocia a patología como ojo seco, picazón ocular, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño o visión borrosa.
- Favorece el desarrollo de miopía progresiva y estrabismo agudo en la infancia y adolescencia.
- Dolor osteoarticular a nivel de la columna cervical y lumbar.
- Fatiga general y cefalea.
- Favorece el estado de ánimo depresivo, las alteraciones conductuales y la disminución de la autoestima.
- Favorece la alteración del desarrollo cerebral. La evidencia científica apunta a una disminución del espesor de la corteza cerebral de varias regiones debido al uso excesivo de pantallas a lo largo de la vida.

La etapa de recién nacido y lactante, es en muchas ocasiones el primer contacto del niño/a con los dispositivos electrónicos, siendo por lo tanto las bases creadas por los padres las piedras sobre las que se desarrollará su relación futura con la tecnología (no deben olvidar educar con el ejemplo).

Por todas las alteraciones citadas anteriormente, las asociaciones de expertos han llegado a la conclusión de que es necesario retrasar la edad de inicio de uso de las nuevas tecnologías hasta los 6 años de edad.

Entre los 0 y 6 años, **no existe cantidad segura de exposición a las pantallas**. Como excepción, se podría utilizar con fines concretos de contacto social (videollamada, cuento, canción,...), pero siempre acompañado/a de un adulto y de forma muy limitada en el tiempo.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS



El lactante iniciará progresivamente el **volteo** desde la posición de decúbito supino a decúbito prono; jugará con sus manos y empezará a **coger objetos de gran tamaño** que cambiará de mano y se llevará a la boca; y en torno a los 9-12 meses, iniciará el **desplazamiento** (gateando o iniciando la deambulación).

Por ello, debemos hacer hincapié en las siguientes recomendaciones:

- **No dejar nunca solo al bebé sobre la cama, cambiador, mesa, sofá,...** porque en cualquier momento puede voltearse y caer al suelo. En caso de tener que dejar al bebé para coger otro objeto, colocarlo en lugares seguros como la cuna, parque de juegos o capazo.

- **Precaución con los objetos que el niño/a tiene a su alcance y se lleva a la boca.** Al principio de esta etapa, solo será capaz de coger objetos de gran tamaño, pero puede existir riesgo de asfixia por desprendimiento de piezas de menor tamaño que puedan obstruir la vía aérea (por ejemplo, coche de gran tamaño al que se le pueden arrancar las ruedas).

- **Evitar peligros:** el niño comienza a desplazarse y tiene a su alcance enchufes, armarios con productos químicos, piscinas,... por este motivo es recomendable anticiparse a los posibles peligros y adaptar el hogar y el mundo que rodea al niño/a para prevenir accidentes.

SEGURIDAD EN EL COCHE

Recordar la **obligatoriedad de utilizar sistemas de retención infantil homologados** para cada edad. El uso de sistemas de retención infantil se ha comprobado que reduce un 75% las muertes y en un 90% las lesiones en caso de accidente.



En bebés, se usará el **GRUPO 0 (hasta 10 kg – 1 año aprox.)** y **0+ (hasta 13 kg – 18 meses aprox.)** con sujeción mediante **arnés de 5 puntos**. Estas sillas, se colocarán en los **ASIENTOS TRASEROS** (solo se instalará en el asiento delantero si no es posible su instalación en los traseros, desconectando el airbag del copiloto en dicho caso) y en **SENTIDO CONTRARIO A LA MARCHA** (ofrece mayor protección de cabeza, cuello y columna).

En el caso de usar el **capazo** en los primeros meses de vida, se colocará en los asientos posteriores de forma transversal a la marcha.

Cuando el niño/a supere los 13 kg o su cabeza sobresalga del respaldo del grupo 0 ó 0+, se cambiará por el **GRUPO 1**, formado por una silla con **arnés de 5 puntos** que mira hacia adelante.



IMPORTANTE:

Si el niño/a llora durante el viaje, **NUNCA COGER EN BRAZOS con el vehículo en marcha** (ante un accidente, todo lo que llevemos en brazos saldrá disparado). Lo correcto sería estacionar en un lugar seguro y cogerlo hasta calmarlo, colocarlo nuevamente en el sistema de seguridad y reanudar la marcha.

VACUNACIÓN

Informaremos a los padres del **calendario vacunal vigente**, así como de aquellas **vacunas no financiadas disponibles**. Revisaremos el calendario de vacunas administradas, en busca de inmunizaciones pendientes/retrasadas, aprovechando cada oportunidad para ponerlo al día.

Los 2 meses, es el momento del inicio del calendario oficial de vacunación por lo que será necesario escuchar las opiniones de los padres y realizar una importante educación sanitaria con información completa y veraz en torno al proceso vacunal, resolviendo todas sus dudas.

Ante una **actitud negativa** de los padres frente al proceso vacunal, no debemos enfadarnos y excluirlos (la vacunación en nuestro país es recomendable pero no obligatoria).

Como profesionales, valoraremos las creencias y valores de por qué no desean vacunar a sus hijos (siempre desde el respeto), ofreceremos una información veraz de la importancia de la vacunación de los niños y nos mostraremos dispuestos a ofrecer una respuesta individual y diferenciada para atender las necesidades de cada niño/a.





PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

¿Qué valoramos?

- Actitud y preferencias ante la lactancia:
 - Lactancia materna: número de tomas, técnica y dificultades.
 - Lactancia artificial o mixta: número de tomas, tipo de leche artificial empleada, método de alimentación (biberón, cuchara, vasito, jeringa, relactador, etc.), técnica de preparación de los biberones (en caso de utilizarse) y dificultades.
- Evolución de la alimentación complementaria y dificultades encontradas.
- Problemas relacionados con la alimentación: vómitos, regurgitaciones, presencia de reflujo...
- Uso o no de chupete.
- Problemas de la piel y/o cicatrización.

Exploración

- **Somatometría y curvas de crecimiento:** incluirá:



- **Peso:** se utilizarán básculas de precisión, colocadas en superficies planas y sólidas, pudiendo ser electrónicas (aconsejadas en los lactantes) o mecánicas.

Los niños **se pesarán desnudos y sin pañal**. Esperar a que la balanza esté en 0.0 y colocaremos al bebé en **decúbito supino, en el centro de la balanza y evitando que salgan partes corporales** fuera de la misma. A medida que el bebé crece y mantiene la sedestación sin apoyo, se puede colocar **sentado**, teniendo en cuenta que no sobresalgan partes del cuerpo que rocen con paredes, mesa u otras superficies.

En el caso en el que no se pueda dejar al bebé solo en la báscula, se podrá calcular el peso haciendo la resta entre el peso total del padre o madre con el bebé encima, menos el peso del padre o madre.



- **Longitud:** indicador del tamaño corporal y longitud de los huesos. Colocaremos al niño/a en **decúbito supino** sobre el medidor fijo (infantómetro), con los brazos a ambos lados del tronco y los hombros y la cadera en contacto con el plano horizontal.

La coronilla de la cabeza será sujeta por una persona y debe tocar la base fija superior del infantómetro, alineada perpendicularmente con el plano horizontal. Otra persona, extenderá las piernas (sin que las rodillas estén flexionadas) hasta que el talón toque la base inferior formando un ángulo de 90°. Será suficiente con conseguir la extensión completa de una pierna.

- **Perímetro cefálico:** indicador del desarrollo neurológico indirecto a partir de la masa cerebral.

Utilizaremos una **cinta métrica** de teflón. Esta debe ser colocada en el **perímetro máximo de la cabeza, utilizando como referencia el punto máximo entre el occipucio y la eminencia frontal.**



Situaremos la cinta en el plano horizontal, de manera tal que se encuentre a la misma altura de ambos lados de la cabeza. El inicio de la cinta (donde se ubica el cero) debe coincidir con la parte frontal de la cabeza y es ahí donde se realiza la lectura.

- **Fontanelas:** membranas fibrosas que cubren las cavidades que se encuentran entre la unión de los huesos craneales del lactante.

En la etapa neonatal hay **seis fontanelas**, una anterior (fontanela mayor), una posterior (fontanela menor), dos anterolaterales (esfenoideas) y dos posterolaterales (mastoideas). Estas últimas (esfenoideas y mastoideas) son pequeñas e irregulares y se cierran entre los dos o tres meses de edad y en general se hallan recubiertas de grasa corporal y sin importancia clínica.

La **fontanela anterior, mayor o Bregmática**, es la única que permanecerá abierta y palpable en esta época y se cerrará habitualmente antes de cumplir el **segundo año**. Su tamaño normal está entre 0,6 y 3,6 cm.

El **tamaño** (mínimo o excesivo), así como el **nivel** (elevado o deprimido) de las fontanelas, pueden ser indicativos de patología muy variada. Por ello, **se medirá contando su diámetro anteroposterior y lateral y se comprobará que su nivel es normal.**



Estos parámetros se compararán con las gráficas de crecimiento, en función del sexo y la edad, considerándose normal todo aquello comprendido entre el percentil 3 y el 97 ([Anexo 1](#)).

- **Coloración de piel y mucosas:** exploración en busca de:
 - **Boca:** frenillo, labio leporino, fisura palatina, muguet,...
 - **Estado de la piel:** algunas cosas normales que pueden aparecer en la piel y que suelen preocupar a los padres son:
 - ✓ **Mancha en la espalda de color morado sin relieve** (mancha parda o mongólica). Desaparecerá por sí misma unas semanas o meses después del nacimiento. No se asocia a patología.
 - ✓ **Angiomas o “antojos”** (manchas rojas que desaparecen momentáneamente al apretar con la mano y reaparecen al cesar la presión). Son producidos por el crecimiento de capilares que suelen desaparecer espontáneamente, aunque una pequeña proporción se mantienen.
 - ✓ **Manchas amarillentas en las aletas de la nariz y cara en forma de puntos nacarados (Miliun).** Se producen por la acumulación de la secreción de las glándulas y **NO DEBEN EXPRESARSE** porque pueden ocasionar su infección.
 - ✓ **Perlas de Epstein.** Pequeños quistes de color blanco en torno al paladar. No significan ninguna patología.
 - ✓ **Callo de succión.** Presencia de engrosamiento de la mucosa labial central debido a la succión que aparece en los primeros meses de la lactancia.
 - **Signos cutáneos de maltrato infantil.**

- **Valoración del agarre y succión del RN al pecho: escala de LATCH.** Herramienta para evaluar la lactancia materna, identificar dificultades en el proceso de amamantamiento y determinar el tipo de apoyo que necesita la madre y el bebé respecto de la lactancia.

PARÁMETROS	ESCALA DE Puntuación LATCH		
	0 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	1 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	2 SE CUMPLEN TODOS LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN
(L - LATCH) FORMA EN LA QUE EL BEBÉ SE ENGANCHA AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Demasiado dormido ○ No se coge al pecho 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Repetidos intentos de colocarse ○ Mantiene el pezón en la boca ○ Llega a succionar 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Agarra al pecho ○ Lengua debajo ○ Boca ajustada ○ Succión rítmica
(A - AUDIBLE SWALLOWING) CANTIDAD DE LA DEGLUCIÓN AUDIBLE	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Ninguno 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Espontáneo e intermitente < 24 horas de vida ○ Espontáneo y frecuente > 24 horas de vida
(T - TYPE OF NIPPLE) TIPOLOGÍA/ FORMA DE PEZÓN	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Invertidos 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Planos 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Evertidos tras estimulación
(C - CONFORT) COMODIDAD DE LA MADRE	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas ingurgitadas ○ Grietas ○ Dolor severo 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas llenas ○ Pezón lesionado ○ Daño medio 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas blandas ○ No hay dolor
(H - HOLD POSITIONING) NIVEL DE AYUDA PARA MANTENER LA POSICIÓN AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado en el pecho) 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Minimiza la ayuda (colocar almohada) ○ El profesional se coloca de un lado y la madre del otro ○ El profesional lo coloca y luego la madre continúa 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ No necesita ayuda ○ La madre es capaz de mantener al niño colocado

Interpretación:

- 0-3 Puntos: Dificultad **IMPORTANTE**.
- 4-8 Puntos: Dificultad **MODERADA**.
- 9-10 Puntos: **SIN DIFICULTAD – SITUACIÓN ÓPTIMA**.

Puntuaciones bajas, indican la necesidad de intervención activa, soporte y seguimiento.

Educación para la Salud

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, fomentaremos la **lactancia materna (LM) exclusiva** hasta los **6 meses** de edad, respetando siempre la elección de la madre y explicando sus beneficios tanto para el bebé como para la madre; y se mantendrá hasta los 2 años o más (siempre que sea posible y así se desee) con una alimentación adecuada que la complementa.

LACTANCIA MATERNA (LM)

○ Beneficios de la LM para la madre:

- Favorece la recuperación tras el parto, volviendo antes al peso habitual.
- Disminuye el riesgo de hemorragia y anemia.
- Disminuye el riesgo de osteoporosis tras la menopausia.
- Reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario.

○ Beneficios de la LM para el Lactante

- Mejor tolerancia gastrointestinal en comparación con la lactancia artificial.
- Disminuye el riesgo de infecciones intestinales, eccemas atópicos y alergias.
- Menor número de infecciones respiratorias y enterocolitis necrotizante.

○ Características particulares de la LM:



- **Evolución de la leche en el tiempo:** en este momento, **la leche materna es totalmente madura**, siendo de aspecto más líquido y secretada en mayores cantidades, ya que el lactante mama más volumen cada vez. Es rica en proteínas, vitaminas, minerales y azúcares, así como un gran número de componentes bioactivos como hormonas, factores de crecimiento, enzimas y células vivas que ayudarán al crecimiento y desarrollo del bebé.

- **Evolución en la tetada:** al **inicio de la toma**, la leche es más líquida y con mayor contenido en proteínas y azúcares, mientras que al **final de la toma**, contiene mayor contenido en vitaminas y grasas, es más espesa y blanca y proporciona mayor saciedad y aporte calórico.

Por este motivo, es fundamental que la toma dure el **tiempo necesario hasta el vaciado del pecho** y **NO seguir reglas antiguas estructurando las tomas** (10 minutos cada pecho, cada cuatro horas), para que así el bebé adquiera todos los componentes grasos de la leche y no sólo los líquidos y azúcares que salen al inicio.

- La **producción de leche está regulada por la succión del lactante** y el vaciado eficaz de las mamas.
 - **La LM aporta los líquidos que requiere el bebé** y no es necesario proporcionar **aportes de agua**, es suficiente con la leche materna a demanda (en épocas de mucho calor o requerimientos especiales como en la fiebre, se puede valorar dar al niño/a agua o aumentar la frecuencia de tomas). Con el inicio de la alimentación complementaria, si que se deberá aumentar el líquido que toma el bebé para favorecer la digestión de los alimentos.
- **Técnica para amamantar:**
- **Postura:** existen diversas opciones a la hora de dar el pecho, sin embargo en todas ellas lo fundamental es la **buena colocación del bebé y la comodidad de la madre**. De forma genérica, el bebé debe estar colocado de frente mirando al pecho, abdomen con abdomen con la madre y con la nariz a la altura del pezón.

POSICIÓN CORRECTA



CRIANZA BIOLÓGICA

- Recostada 15-65°
- Bebé sobre pecho
- Pezón a altura nariz-labio superior
- Útil si dificultad agarre o dificultad permanecer sentada



CUNA

- Cabeza en antebrazo con mano en espalda
- Barrigas juntas
- Mantener alineación bebé
- Pezón a altura nariz-labio superior



RECOSTADA DE LADO

- Tumbada con bebé sobre el colchón
- Pezón a altura nariz-labio superior
- Toalla en espalda bebé



RUGBY

- Sentada, cuerpo y cabeza del niño sujeto con antebrazo y mano del lado del pecho ofrecido
- Pezón a altura nariz-labio superior
- Útil en cesárea, pecho grande y gemelos



DANCER O CABALLO

- Bebé vertical
- Mano mismo lado en nuca y la otra sujeta pecho y barbilla
- Pezón altura nariz-labio superior
- Útil en problemas anatómicos paladar y reflujo



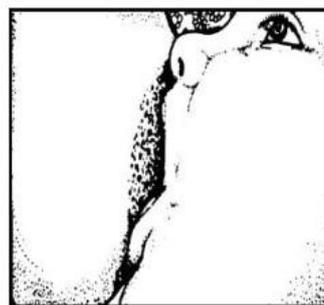
CUNA CRUZADA

- Sujetar cuerpo y cabeza con mano contraria al pecho ofrecido
- Pezón a altura nariz-labio superior
- Útil en agarre dirigido y RN pequeño

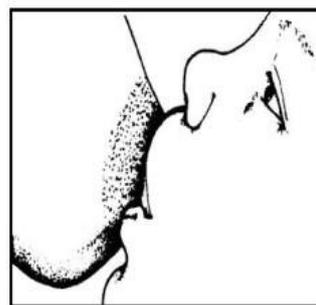
IMPORTANTE:

No coger el pecho con los dedos en forma de tijera ya que dificulta el agarre y el vaciado de la mama. El **agarre debe ser en forma de "C"**.

Por otro lado, para que exista un buen agarre, además de la posición, es necesario que la **boca** del niño/a abarque no solo el pezón, sino que deberá tomar el **pezón** y gran parte de la **areola**, quedando con los **labios evertidos**.



POSICION CORRECTA



POSICION INCORRECTA

En el caso de necesitar cambiar o **retirar** al niño/a del pecho, recomendaremos que la madre introduzca el **dedo meñique** en la comisura de la boca, con el fin de que la boca del bebé pierda el vacío y no traccione del pezón y se produzcan grietas.

- **Tomas:** serán **a demanda**, sin horarios establecidos, ni intervalos fijos entre toma y toma. Hasta los 6 meses aproximadamente, es conveniente que los bebés no pasen más de tres horas sin alimentarse, incluso por la noche y es recomendable que hagan entre 8 y 12 tomas en el día, que irán disminuyendo de forma progresiva con el paso de los meses.

Después de esta edad, lo normal es que el niño/a haga 4 tomas diurnas con 1-2 tomas nocturnas (aunque algunos bebés pueden aguantar la noche sin tomas).

La **duración** de la toma **la marca cada bebé** y también depende de la edad. Es importante **NO** retirarlo forzosamente del pecho, sino que debe hacerlo espontáneamente.

Para **evitar la congestión** de uno de los pechos y mantener una buena producción de leche, es importante alternar las tomas entre ambos pechos, procurando que mame de los dos cada día y produciendo el vaciado del pecho que se ofrece.

- **¿Cómo saber cuándo el bebé quiere leche?:** cuando quieren mamar, los bebés hacen movimientos de chupeteo, bostezan, se llevan la mano a la boca o hace sonidos de llamada. **No es necesario esperar a que lloren**, ya que el **llanto** es un **signo tardío de hambre** y será más difícil conseguir ponerlos al pecho (hay que tener en cuenta que no sólo lloran por hambre).



- **¿Cómo saber si el niño/a está tomando suficiente leche?:** en primer lugar, cuando el niño/a esté mamando su **mandíbula, sienes y orejas se moverán rítmicamente**, con las mejillas llenas.

En el caso de que las mejillas se hundan quiere decir que no existe un buen agarre y la lactancia puede no ser eficaz. Además, comprobaremos los siguientes puntos para asegurarnos que la lactancia es eficaz:

- Hace cacas con frecuencia.
- Moja pañales con orina de color pálido.
- Aumento de peso progresivo.
- El bebé estará tranquilo después de comer.



Hay que tener en cuenta la posibilidad de aparición de las llamadas **crisis de lactancia**, periodos de tiempo asociados a repuntes de crecimiento en los que el lactante parece quedarse insatisfecho después de las tomas, generando ansiedad en las madres.

Se produce una alteración en su conducta, poniéndose nervioso al pecho, dando tirones, llorando mientras mama... debido a un **desequilibrio entre la cantidad de leche necesitada por el niño y la producida por la madre**. Pasada una semana suele normalizarse todo, volviendo al patrón de lactancia anterior a la crisis.

Alrededor del 3º mes, existe una de estas crisis, pudiendo durar de tres semanas a un mes, caracterizándose por:



- Sensación de rechazo del pecho ya que comienza a llorar al poco tiempo de iniciar a mamar.
- Las tomas son más cortas (menos de 5 minutos) y más irregulares. A esta edad, la capacidad de succión mejora mucho y son capaces de extraer la leche que necesitan en menos tiempos.
- Se distrae mamando, interesándose más por lo que ocurre a su alrededor.
- Disminución del peso habitual.

IMPORTANTE:

Las crisis de lactancia vienen a reforzar la idea errónea en la madre de que la producción de leche ha disminuido, de que el bebé la rechaza y de que no se está nutriendo bien.

En muchas ocasiones esta situación lleva a la suplementación con leche artificial, sin que sea necesario ya que la madre tiene que adaptarse a las nuevas necesidades.

Ante los momentos de crisis es necesario:

- Conocer sus causas, momentos de aparición y características de transitoriedad.
- Intentar adaptarse a la demanda del bebé. Si pide mamar con más frecuencia, ponerlo al pecho cada vez que lo pida, aumentado así la producción de leche.
- No es conveniente insistir ni forzar al niño/a a mamar. Esto puede desembocar en un rechazo real del pecho.
- Buscar un entorno tranquilo, poco luminoso y en silencio.

- **Extracción de la leche:** existen diversas situaciones en las que es necesario la extracción de la leche materna y su posterior administración. Uno de estos escenarios puede ser la incorporación de la madre al trabajo a partir de los 4-6 meses de vida del bebé y la necesidad de formar un “banco de leche”.



La **extracción** puede ser **manual** o a través de **sacaleches electrónicos**.

De forma general, **antes de realizar la extracción, independientemente de la técnica**, recomendar lavado de manos con agua y jabón, adoptar una posición cómoda y lugar tranquilo, en contacto piel con piel o usando fotos del bebé o prendas que huelan a él ya que se ha comprobado que facilitan la salida de la leche.

A continuación, realizará la **preparación del pecho** para favorecer el reflejo de bajada de la leche mediante tres técnicas:



MASAJEAR

Realizar movimientos circulares con la punta de los dedos, oprimiendo firmemente hacia las costillas, sin deslizarlos sobre la piel



FROTAR

Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte externa del pecho hacia el pezón de forma que produzca cosquilleo



SACUDIR

Sacudir ambos pechos suavemente inclinándose hacia adelante

En el caso de la **extracción manual (técnica de Marmet)**, colocar la mano en forma de "C", con los dedos a 3-4cm del pezón y empujar hacia las costillas, a continuación, comprimir el pecho entre los dedos, rotando la mano e intercalando ambas manos para vaciar los depósitos de todo el pecho.



Realizar **5-10 minutos de técnica de extracción** (hasta que el flujo se haga más lento).

Repetir 2-3 veces el proceso completo de estimulación de la bajada de la leche y extracción, teniendo en cuenta una **duración total de 20-30 minutos**.

EVITAR



Exprimir



Resbalar las manos



Estirar el pezón

En el caso de la **extracción mecánica**, se puede emplear **sacaleches manual o eléctrico**, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

EXTRACCIÓN MECÁNICA

MANUAL



Inicio: Aspiraciones cortas y rápidas

Empieza a fluir la leche:
Aspiraciones más largas y lentas

ELÉCTRICO



¡¡IMPORTANTE!!

Regulación de la aspiración

Inicio: nivel mínimo de aspiración

Subir aspiración según comodidad para que la leche fluya sin dolor

Recomendar **alternar ambos pechos** (salvo uso de sacaleches de doble campana) para conseguir el vaciado de ambos.

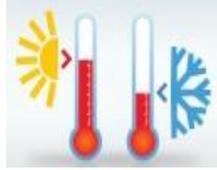
Realizar la extracción hasta que disminuye el flujo de leche. **Repetiremos el proceso** de estimulación de la bajada de la leche y extracción **2-3 veces**, con una **duración total** aproximada de **20-30 minutos**.

- **Conservación de la leche materna:** recomendaciones:
 - **Mejor emplear leche fresca que congelada.** Pero aún así sigue siendo mejor y más beneficioso ofrecer leche congelada que leche artificial.
 - **Si no se va a utilizar la leche, congelar** lo antes posible.
 - **Guardar en pequeñas cantidades** (50-100cc) para descongelar solo lo que el niño vaya a tomar.
 - Utilizar **envases de cristal o plástico autorizados para uso alimenticio.**
 - **Se pueden mezclar leches extraídas el mismo día** antes de congelarlas, siempre que se conserven hasta entonces en la nevera.
 - **Etiquetar los recipientes** con la fecha de extracción (usar etiquetas de papel, no escribir en el plástico).

- En caso de tener que **transportar la leche**, usar nevera portatil con acumuladores de hielo para mantener una temperatura adecuada el mayor tiempo posible.
- **Tiempos de almacenamiento** según el lugar de conservación:

CONSERVACIÓN: TIEMPOS

TEMPERATURA AMBIENTE (19-26 °C)



Recién extraída = 6 - 8 h.
 Descongelada en frío = 4 h.
 Descongelada en calor = Hasta fin de la toma

FRIGORÍFICO + CONGELADOR 1 PUERTA



CONGELADOR DENTRO (-15 °C)

Recién extraída = 15 días.

FRIGORÍFICO + CONGELADOR 2 PUERTAS



CONGELADOR SEPARADO

(-18 °C)

Recién extraída = 3 - 6 meses

FRIGORÍFICO (0 - 4 °C)

Recién extraída = 3 - 5 días.
 Descongelada en frío = 24 h.
 Descongelada en calor = 4 h.

- **Descongelar la leche más antigua** para evitar que permanezcan tiempo excesivo en el congelador.
- **Una vez descongelada, no volver a congelar.**
- Para la **descongelación** de la leche, existen dos procedimientos. El primero consiste en sacar el recipiente del congelador y **dejarlo en el frigorífico** para que se descongele lentamente; el segundo consiste en **colocar el recipiente con la leche dentro de otro recipiente con agua tibia**. No se recomienda descongelar “al baño maría” o en el microondas y por supuesto, **NUNCA HERVIR**.
- Una vez descongelada, hay **que tener en cuenta** que hay que agitar para que se mezclen las capas, aunque estas se hayan separado, no significa que se haya estropeado; de igual manera, al descongelar la leche materna puede cambiar su olor, sin embargo, esto no afecta a su calidad.

RECOMENDACIONES MATERNAS DURANTE LA LM

- **Higiene materna:** no es necesario ningún lavado especial del pezón ni areolas, ya que la leche materna contiene propiedades que favorecen la higiene, esterilización y cicatrización del pezón. Por lo tanto, con la **ducha diaria** y el **secado del pezón** tras la tetada es suficiente.

Lo que si es importante es que antes de ofrecer el pecho o realizar extracción de leche, deberá lavarse bien las manos con agua y jabón.

- **Uso de dispositivos:** evitar utilizar **protectores de pezón de plástico** ya que aumentan la humedad en la zona favoreciendo la aparición de grietas. Por otro lado, **no** se recomiendan el empleo de **chupetes ni tetinas**, tampoco el uso de **pezoneras** de forma sistemática (solamente en caso de dificultades como gritas, pezón plano,...).

IMPORTANTE:

Evitar los biberones “de ayuda”, de fórmula, de suero glucosado o de infusiones.

La incorporación de estas “ayudas” son una de las principales causas de abandono de la lactancia materna, ya que llenan al bebé, disminuyendo su interés por mamar, succionando menos y haciendo que la madre produzca menos leche.



- **Alimentación materna durante la LM:** La alimentación debe ser **variada y equilibrada**, evitando aditivos y contaminantes.

No precisa seguir ninguna dieta especial de tal forma que **NO existen alimentos obligados ni prohibidos**, sin embargo, hay que tener en cuenta que el aroma de los alimentos pasa a la leche y puede hacer cambiar su olor y su sabor.

Sólo en el caso de observar de forma repetida que tras haber comido la madre un determinado alimento, el bebé muestra algún tipo de molestias (vómitos, diarreas, erupciones, malestar o rechazo de la leche), puede ser necesario evitar ese alimento en concreto en la dieta materna.



Consejos:

- Toma de **suplementos de yodo** 200-300mcg/día durante todo el embarazo y lactancia, además de cocinar sus alimentos con sal yodada y comer pescado.
 - **Evitar el consumo en exceso de bebidas con cafeína o teína**, aumentarán la excitabilidad del bebé.
 - No utilizar **plantas medicinales** puesto que contienen principios activos que en muchas ocasiones no están estandarizados (no se sabe cuáles ni cuánto) y pueden ocasionar toxicidad al bebé que toma pecho.
 - Las últimas recomendaciones aconsejan que las embarazadas y las madres que dan lactancia no tomen alcohol, siendo consideradas grupo de riesgo, puesto que se desconoce qué nivel de consumo materno es seguro para el lactante.
- **LM e incorporación de la madre al trabajo:** en muchas ocasiones la incorporación al trabajo de la madre ocurre antes de que el lactante cumpla 6 meses, por ello es conveniente preguntar si la madre tendrá que ausentarse y cómo va a mantener la alimentación, explorando los deseos, miedos y dudas. **Es importante recalcar que a pesar de ello no se deben introducir alimentos distintos de la leche materna o fórmula de inicio antes del cuarto mes de vida.**

Existen diversas opciones que pueden sugerirse:

- Valorar acumular permisos remunerados y no remunerados para alargar el periodo de LM exclusiva.
- Valorar la disponibilidad y aceptación del uso del sacaleches para la creación de un “banco de leche”.
- Explorar la posibilidad de que se realicen tomas durante el horario de trabajo.
- Si el bebé tiene más de 17 semanas, valorar la introducción de la alimentación complementaria en las tomas que no esté con su madre, manteniendo la LM frecuente y sin restricciones el resto del día y la noche que están juntos.

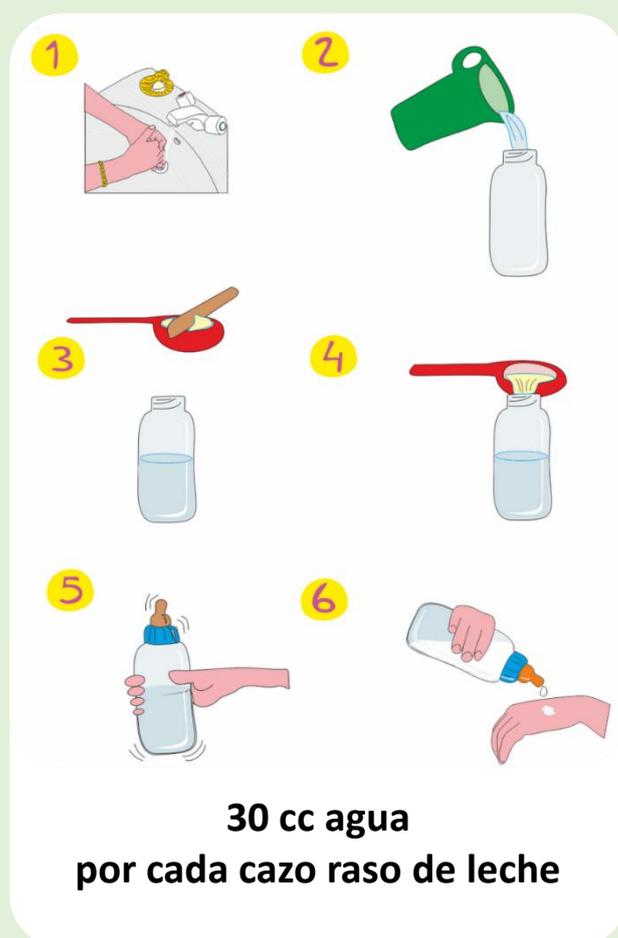
LACTANCIA ARTIFICIAL (LA)

Existen diversas ocasiones en las que no se lleva a cabo la lactancia materna, ya sea por la libre elección de la madre o ante la imposibilidad o contraindicación de iniciarla. En estos casos se opta por la lactancia artificial o adaptada, pero ofrecida también a demanda.

La leche indicada en los **primeros 6 meses de vida**, son las **fórmulas de inicio o tipo 1**. **Entre los 6 y los 12 meses**, se recomendará cambiar a las **fórmulas de continuación o tipo 2**; y **a partir del año de vida** se podrá iniciar el uso de las **fórmulas de crecimiento o tipo 3** como transición entre la lactancia artificial y la leche de vaca, pudiéndose mantener hasta los 3 años de edad; o iniciar directamente el consumo de **leche de vaca entera** (por su menor contenido en azúcar frente a la leche tipo 3) (nunca antes de los 12 meses). Estos preparados de LA pueden encontrarse en forma líquida y en polvo para diluir en agua.

○ Normas para la preparación del biberón:

- **Lávase bien las manos** antes de empezar la preparación.
- Los biberones se deben **preparar inmediatamente antes de las tomas**.
- En nuestra región el agua del grifo tiene suficientes garantías sanitarias, por lo que **no se recomienda hervir el agua**. En caso de que se decida hervir, habrá que hacerlo durante 1 minuto (en ningún caso hervir durante más de 5 minutos) para evitar el aumento de la cantidad de nitritos y minerales, que podrían ser perjudiciales para el bebé.
- El método ideal para **calentar el agua** es “al baño maría”, es decir, sumergiéndolo en parte en agua caliente para que se caliente poco a poco el contenido del biberón. Hoy en día, los microondas son también una buena opción (tener precaución porque puede



producirse un calentamiento irregular de recipiente y contenido que podría ocasionar quemaduras en el lactante; por ello se recomendará, en caso de su utilización, agitar bien para homogeneizar temperaturas y asegurarnos de que el resultado no esté excesivamente caliente).

- **Si se hierve el agua esperar hasta que esté tibia**, completando el volumen deseado.
- **Agregar los cacitos de polvo de leche** (rasos y sin comprimir) en una proporción de **un cazo por cada 30 cc de agua**.
- **Agitar** el biberón.
- Darlo a una **temperatura aproximadamente igual a la del cuerpo**. Para comprobar que esté a la temperatura ideal, derramaremos unas gotas en el dorso de la mano o parte anterior de la muñeca, si apenas se nota, es la temperatura adecuada.
- Se irá aumentando la cantidad de leche (en la misma proporción anterior – 1 cazo cada 30 cc de agua) según la apetencia del niño/a y recomendaciones de su pediatra.
- **No es necesario hervir el biberón** para “esterilizarlo” después de cada uso, basta con el lavado con agua y jabón.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (AC)

La AC consiste en la **introducción de alimentos sólidos o líquidos diferentes a la leche materna o de fórmula infantil** como complemento y no como una sustitución de estas.

Este proceso se iniciará **a partir de los 6 meses de edad en los lactantes con LM exclusiva** (una introducción más precoz se asocia con un aumento de infecciones tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo), sin embargo, en aquellos con **lactancia mixta o leche adaptada** no hay un claro consenso de cuando es el mejor momento, pudiéndose introducir **entre los 4 y 6 meses de edad**, esperando a que el lactante esté listo para comenzar (pero en ningún caso antes del cuarto mes).



En torno **al año de vida del bebé, ya podrá consumir la misma alimentación que el resto de la familia**, aunque con ligeras adaptaciones en cuanto a textura y teniendo especial cuidado con aquellos alimentos que supongan mayor riesgo de atragantamientos.

IMPORTANTE:

Se recomienda mantener la lactancia materna (LM) de forma **exclusiva durante los 6 primeros meses de edad** y, a partir de ese momento, añadir de forma paulatina el resto de los alimentos, **manteniendo la LM a demanda todo el tiempo que madre e hijo deseen.**

Cosas a tener en cuenta antes de empezar la AC:

– **No hay alimentos mejores que otros para empezar**, aunque se recomienda ofrecer de manera prioritaria alimentos ricos en hierro y zinc, ya que son los puntos donde más deficitaria va a ser la LM o LA.

– Se debe **enseñar al niño a comer de todo**, ya que siguiendo una dieta variada se cubren las necesidades nutritivas y se aseguran hábitos de alimentación adecuados para el futuro. **La prevención de la obesidad se inicia desde el nacimiento.**

– **Ofrecer una dieta variada y equilibrada, evitando alimentos no saludables** (alimentos procesados, alimentos azucarados, ricos en sal,...) **o no recomendados para su edad.**

– **Establecer horarios regulares** en las comidas, evitando picar entre horas.

– Cuando introducimos un alimento, **el bebé puede necesitar probarlo entre 10 y 15 veces para aceptarlo.** Por ello, ante un rechazo no hay que abandonar ese alimento; y en el caso de que no se consiga su introducción y el niño/a continúe con el rechazo, habrá que estudiar modificar su forma de cocinado, intentarlo en otro momento en el que el niño/a haya aumentado su maduración o su sustitución por otro de valor nutritivo similar como última opción.

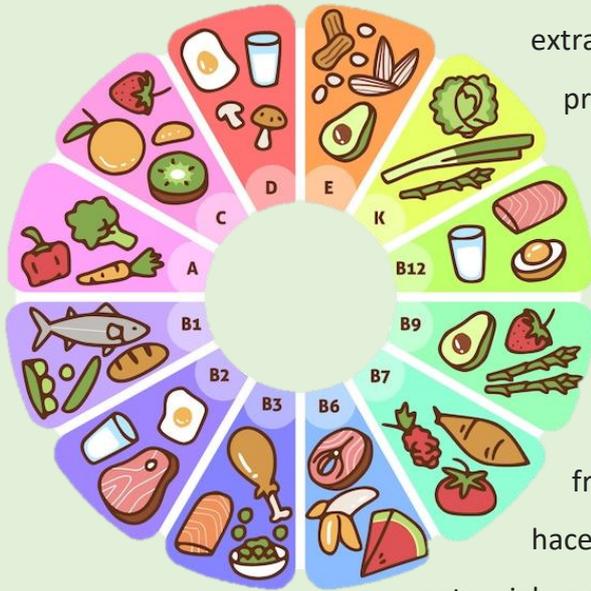
– **Procurar que el niño/a no adquiera conductas caprichosas y monótonas.**

– **Los niños/as aprenden de lo que ven en casa.** Si el resto de la familia no come verduras, por ejemplo, ellos tampoco las comerán.



Cómo empezar:

Al inicio, la **leche seguirá siendo el alimento principal** y el resto, serán un complemento. Por ello, **hasta el año de edad, se ofrecerá primero la LM/LA y después los otros alimentos** (con el objetivo de que no se llene con la alimentación y rechace la lactancia). Progresivamente el niño/a irá disminuyendo la cantidad de leche tomada y aumentará los alimentos



extra que toma. Es por eso que, a partir del año, daremos primero la alimentación, manteniendo el consumo de LM o LA como complemento a los alimentos o reservada para determinados momentos del día.

A partir de los 6 meses los niños pueden comer prácticamente de todo (carne, legumbres, frutas...etc.) **sin importar el orden de introducción.** Hasta

hace unos pocos años, se dejaban los alimentos más potencialmente alergénicos para más adelante, sin embargo, no se ha encontrado evidencia de que retrasar esta introducción más allá de los 6 meses prevenga el desarrollo de alergia a estos.

Recomendaciones para la introducción de la AC:

○ Los **líquidos** pueden ofrecerse en taza o vaso. Ofrecer **AGUA** a pesar de mantener la lactancia, ya que al introducir la alimentación complementaria necesitan un mayor aporte hídrico.

○ En cuanto a la introducción del **GLUTEN**, la recomendación actual es realizarla **entre los 4 y 11 meses de edad, idealmente al sexto mes y en pequeñas cantidades al inicio** (solamente se introduciría antes de los 6 meses cuando sea necesario por motivos médicos). Se pueden ofrecer **CEREALES** en diversos formatos, pudiéndose añadir en polvo disueltos en leche, añadidos a purés, en forma de arroz hervido y chafado, etc.

Se desaconsejan los cereales en polvos específicos para lactantes que contengan azúcares añadidos o miel en su composición.

Si la madre se extrae leche por otros motivos, se podrían añadir los cereales en polvo a la leche extraída para dar al niño/a en alguna de las tomas (pero NO sustituir una toma de pecho por leche de fórmula con el único objetivo de dar cereales).

- **FRUTAS:** introducir progresivamente, priorizando el consumo de fruta entera en lugar de zumos. Habrá que tener precaución con algunas frutas por su mayor riesgo de atragantamiento como uvas enteras o frutas duras como la manzana.

- **VERDURAS Y HORTALIZAS.** Se pueden utilizar todo tipo de verduras (que se irán introduciendo poco a poco), excepto las verduras de hoja verde (espinacas, nabo, remolacha, coles o coliflor) por su alto contenido en nitratos, que se darán a partir del año.

No abusar de las zanahorias (dar dos o tres veces en la semana) y nunca crudas por el alto riesgo de atragantamiento. Recomendar que no se utilicen las verduras cocidas y conservadas en nevera más de 48 horas.

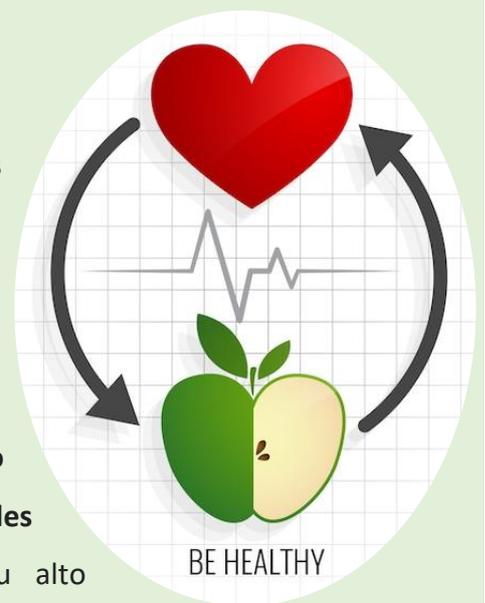
- **ALIMENTOS RICOS EN PROTEÍNAS:** este grupo incluirá las carnes (blancas y rojas), el pescado, el marisco, los huevos y las legumbres. Se ofrecerá diariamente alimentos de este grupo, garantizando la variedad.

En cuanto al pescado, se utilizará el **PESCADO BLANCO** (pescadilla, merluza, dorada...) o **PESCADO AZUL** de pequeño tamaño, posponiendo el **PESCADO AZUL** de grandes dimensiones (atún, emperador, cazón, tiburón, etc.) por su alto contenido en mercurio, hasta los 10 años.

Las **LEGUMBRES** pueden integrarse en la alimentación desde los 6 meses. En antiguas recomendaciones se posponía su introducción por su mayor flatulencia, sin embargo, no se ha demostrado que su introducción más tardía ayude o no a prevenir gases y problemas digestivos.

En cuanto a la **introducción del HUEVO**, si no hay ningún tipo de alergia en los familiares directos, este se puede introducir entero desde el primer momento.

- **YOGUR NATURAL Y QUESOS TIERNOS.** A partir de los 9-10 meses se pueden ofrecer pequeñas cantidades. Sin embargo, si el niño/a hace cuatro o cinco tomas de pecho al día no precisa otras fuentes



de leche o derivados lácteos (se aconseja que al menos tomen entre 400-500 ml de leche al día). **No se debe introducir la leche de vaca antes de los 12 meses de edad.**

○ **Los FRUTOS SECOS ENTEROS quedan prohibidos** (hasta los 5-6 años). Para poder ofrecerlos, deben estar molidos (su prohibición no responde a motivos alimentarios o por prevención de alergias, sino que se realiza por el alto grado de obstrucción de la vía aérea completamente y de forma compleja si se dan enteros).

○ **Evitar dar MIEL CRUDA** (ni siquiera para probar) antes de los 12 meses de edad por el riesgo de botulismo.

IMPORTANTE:

La **introducción** de los alimentos debe de ser **escalonada** dejando un intervalo de 2-5 días entre los alimentos tolerados y los nuevos.

Además, **esta introducción trataremos de que no se realice por la noche o en aquellos periodos en los que no se pueden observar al niño** ya que ante una posible reacción no nos enteraríamos (las reacciones alérgicas pueden ocurrir de forma inmediata tras la ingesta, sin embargo, en otras ocasiones se dan varias horas o días después de tomar el alimento).

Cómo preparar los alimentos: se cocinarán de la forma más sana posible (vapor, hervido, asado, a la plancha, air fryer... aprovechando siempre el caldo desprendido para que no se pierdan vitaminas), ofreciéndose en forma de triturado (pures o cremas), chafados con un tenedor o en pedazo en función de las preferencias del niño/a y de sus padres/cuidadores.



En el caso de que se decida por iniciar la alimentación en forma de **purés**, se recomienda **triturar con el agua de cocción** y se añadirá una cucharadita de **aceite de oliva en crudo**. Se aumentará progresivamente la consistencia de los purés y se comenzará con texturas grumosas y semisólidas lo antes posible, nunca más tarde de los 8-9 meses.

En todo caso, **se recomendará NO añadir sal en la preparación de la comida del bebé hasta el año de vida**, así como tampoco azúcar o edulcorantes con el objetivo de que el niño/a se acostumbre a los sabores naturales. Ha partir de los 12 meses, se pueden añadir estos compuestos de forma moderada, con un máxima de SAL de 1 g al día (menos de 0,4 g de sodio).

IMPORTANTE:

A la hora de dar la comida al bebé **no hay que establecer una cantidad fija de comida que “tiene que tomar”**. La cantidad es variable según las necesidades del bebé y será éste quien decida cuánto come.

Este es el momento de fijar los patrones que el futuro adulto seguirá. Si obligamos a comer, pueden aparecer trastornos de rechazo de determinados alimentos en la edad futura.

Baby-Led Weaning (BLW): mención especial merece esta técnica. El BLW es una forma de ofrecer la AC en la que **al bebé se le permite “dirigir” el proceso desde el principio**. Los padres deciden **qué ofrecen** (siendo su responsabilidad ofrecer comida sana, segura y variada), **pero el bebé coge por sí mismo la comida que se pone a su alcance, decidiendo qué elige comer y cuánta cantidad**.

Los alimentos se ofrecen cocidos, con poca agua para evitar la pérdida de vitaminas y **de forma entera en lugar de triturados**, con tamaño y forma adecuadas para que el propio bebé lo coja con sus manos y lo lleve a la boca en función del apetito y sus preferencias (se recomienda como forma ideal la de “fingers” o palitos que sobresalgan por ambos lados de la mano del bebé).

Condiciones indispensables para llevar a cabo esta técnica:

- Tener alrededor de 6 meses.
- El bebé se mantiene sentado casi sin apoyo.
- Puede tener en la mano un trozo de alimento del tamaño de un dedo y llevárselo a la boca.
- Que haya desaparecido el reflejo de extrusión (movimientos regulares de la lengua realizados de forma refleja por



el RN cuando se le introduce algo en la boca con el objetivo de empujarlo hacia afuera).

Los alimentos que se pueden usar son:

- **Verduras cocinadas al vapor o ligeramente cocidas, asadas o fritas.** Pueden estar enteras (judías verdes, ramitos de brócoli o coliflor) o cortadas en trozos del tamaño de un dedo (calabacín, zanahoria, calabaza, patata, berenjena, etc.).
- **Frutas y verduras crudas, cortadas en forma de “palitos”:** pera, plátano, mango, ciruela, aguacate, pepino... **(OJO, no manzana ni zanahoria cruda por riesgo de atragantamientos).**
- **Carne guisada, cocida o a la plancha, cortada en tiras o con una parte larga para poder agarrarlo:** pollo, ternera, pavo, cordero, cerdo, hamburguesa,...
- **Otros:** tortas de arroz, bolas de arroz o arroz cocinado de cualquier forma, mini sándwiches (las dos partes de pan se pegan con queso de untar, jamón de York...), macarrones, etc.

Ventajas de este sistema frente a la alimentación en purés:



- El bebé come a su ritmo según sus habilidades y adquiere hábitos de alimentación más saludables respetando las señales del cuerpo sobre el hambre y la saciedad.
- Promueve y estimula el desarrollo psicomotor del bebé
- Se evita el paso intermedio por papillas y purés (aunque no es incompatible) y una nueva transición a la alimentación sólida.
- Come al mismo tiempo que la familia, integrándolo en la mesa.
- Se va acostumbrando a las comidas de casa.

Precauciones:

- Garantizar una alimentación **variada y equilibrada.**

- **Tener especial cuidado con los atragantamientos:** evitar los alimentos duros como la zanahoria o la manzana crudas; y pequeños como los frutos secos o las aceitunas.
- **Instruir a los padres cómo actuar ante un posible atragantamiento.**
- **Deben estar supervisados en todo momento** mientras comen.
- **No olvidar que el BLW es un tipo de AC y por lo tanto se deberá hacer una transición progresiva.** Al inicio, la leche seguirá siendo el alimento principal y el resto, será un complemento (**hasta el año de edad, se ofrecerá primero la LM/LA y después los otros alimentos**), progresivamente el niño/a irá disminuyendo la cantidad de leche tomada y aumentará los alimentos que toma y a partir del año, daremos primero la alimentación, manteniendo el consumo de LM o LA como complemento a estos.

PREVENCIÓN DEL RAQUITISMO

En el caso de prescripción por parte del pediatra de vitamina D, tener en cuenta que:

- **La principal fuente de vitamina D es la exposición solar**, sin embargo, los cambios en el estilo de vida hacen que sea más difícil que las madres que amamantan sinteticen la cantidad suficiente de vitamina D para cubrir las necesidades del bebé. Por ello, es necesaria, la suplementación.
- Se recomienda que los lactantes **menores de un año** con lactancia materna exclusiva reciban un **suplemento de 400 UI/día de vitamina D** desde los primeros días de vida hasta el destete.





PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

¿Qué valoramos?

- **Intestinal:**
 - N.º de deposiciones y frecuencia.
 - Consistencia de las heces.
 - Color.
 - Si refiere algún problema: fisuras, fecalomas,...
 - Utilización de ayudas para la defecación: laxantes, estimulación, enemas,...
 - Presencia de ostomías de eliminación.
- **Urinaria:**
 - N.º de micciones: pañales mojados.
 - Características de la orina.
 - Presencia de ostomías urinarias, sondas u otros dispositivos.
- **Eliminación cutánea**
 - Sudoración profusa.

Exploración

- Explorar ano y recto: descartar fístulas, presencia de fisuras,...
- Meato urinario: hipospadias (anomalía congénita donde el nacimiento de la uretra en el pene no está en la punta, sino en la zona inferior de este), epispadias (anomalía congénita que afecta tanto a hombres como mujeres donde la uretra no se forma en un tubo completo en el caso del pene; o en el caso de la mujer, la uretra se encuentra en una zona diferente a la habitual, sin formación completa como tubo),...

Educación para la salud

En este momento, el bebé mojará mínimo cuatro o cinco pañales al día, con una orina de aspecto amarillo pálido. Si la orina es más oscura o escasa de lo normal, puede indicar que el bebé tiene una escasa ingesta de leche/líquidos. Existen ocasiones que pueden disminuir su cantidad, como

puede ser la fiebre o los meses de mucho calor, pero siempre habrá que vigilar el estado general de hidratación del niño/a.

Las **deposiciones** de un bebé **alimentado con LM** de forma exclusiva, suelen ser de un color amarillo, con grumos, generalmente semilíquidas y con escaso olor. Por el contrario, en un bebé **alimentado con LA** suelen ser más espesas, de color marrón amarillento y más olorosas, con un ritmo más constante; habrá que tener en cuenta que en el momento del cambio de la leche tipo 1 a la tipo 2, también cambiará el color de las deposiciones a un color café, pudiendo ser un color verde oscuro si está suplementada con hierro. Finalmente, en el caso de **lactancia mixta**, sus características pueden ser impredecibles, pudiendo ser parecidas a las de LM o a las de LA.

En cuanto al **hábito intestinal del lactante**, puede variar entre ninguna deposición hasta 8 ó 10 deposiciones al día, disminuyendo conforme aumenta su edad y maduración del sistema digestivo. Una **particularidad de la LM** es que los niños pueden disminuir el número de deposiciones, llegando a estar hasta 8 ó 10 días sin realizar deposición, sin embargo, **esto no se considera estreñimiento**, sino que es algo normal (siempre que el niño no esté molesto ni haya otros signos de alarma) y cuando la realiza son muy abundantes, con consistencia normal, blanda y grumosa.



Además, algunos niños hasta los 2 meses de edad aproximadamente, pueden presentar episodios diarios de llanto y encogimiento de piernas que ceden cuando expulsan las deposiciones, siendo éstas de características normales. **Se denomina disquecia del lactante** y se produce por una falta de sincronización entre la apertura del ano y la expulsión de las heces. Este es un problema madurativo que se corrige sin necesidad de tratamiento.

Cuando se empieza a **diversificar la dieta del bebé**, suelen producirse cambios en la frecuencia, aspecto y consistencia de sus deposiciones. Van haciéndose más consistentes y tomando poco a poco un aspecto más parecido a las de los adultos. Es normal que las heces se vuelvan menos blandas, por los nuevos alimentos que se van incluyendo en la dieta del bebé, pero no deben ser secas y duras (para evitar el estreñimiento hay que tener en cuenta dos cosas importantes: una dieta equilibrada rica en residuos y suficiente aporte de líquidos). Es normal que puedan aparecer

trocitos de alimentos en la caca, fundamentalmente si realizan **BLW (Baby-led weaning)**, o toman alimentos no triturados.

En cuanto a la **frecuencia** lo ideal es que al llegar a los 9-12 meses, el bebé al menos haga una o dos deposiciones diarias o máximo cada dos días, pero de consistencia pastosa o más formada.

IMPORTANTE:

No es conveniente realizar estimulaciones anales con el termómetro o cualquier otro objeto para que el niño/a haga caca con más frecuencia (cerillas, tallo de geranio, etc.). Se deberá consultar con el pediatra si aparece:

- Heces duras y secas con dificultad para su expulsión.
- Heces de color blanco-grisáceo, junto con piel amarilla del niño/a (ictericia).
- Heces con sangre.

CÓLICO DEL LACTANTE



Son **episodios de llanto excesivo, persistente** (desde minutos hasta horas), **inconsolable, más frecuente durante la tarde-noche** que aparecen a partir de la segunda semana de vida en lactantes aparentemente sanos (mantienen buen apetito, reflejo de succión normal, heces normales y su crecimiento y desarrollo no se ven alterados), sin encontrar ningún factor desencadenante, y **acaban a los tres o cuatro meses de vida del bebé**. Suele ir acompañado de enrojecimiento facial, flexión de las piernas, barriga algo hinchada, puños apretados, pataleo,... y suele cumplir un patrón que se denomina “la regla del tres”: al menos 3 horas al día, 3 días a la semana y durante 3 semanas.

No existen remedios universales para los cólicos del lactante. Es importante entender que es un **trastorno benigno que acaba desapareciendo por sí solo con el tiempo** y en el que la familia debe armarse de paciencia.

Algunas **medidas que ayudan a aliviarlo**, aparte de mantener la calma y favorecer un ambiente tranquilo, son:

- Medidas posturales como es ponerle boca abajo sobre el brazo con la cabeza apoyada en la flexura del codo de tal manera que la barriguita descansa en el antebrazo.
- Masajes en el abdomen, siguiendo el sentido de las agujas del reloj, elevando y estirando las piernas.
- Cogerlo en brazos, tranquilizarlo, acariciarle la espalda y mecerlo.





PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO

¿Qué valoramos?

- **Tablas de desarrollo: Tabla Haizea –Llevant / Test de Denver (Anexo 2):** instrumentos que permiten evaluar, de una manera sencilla, sistemática y eficaz, el estado del desarrollo cognitivo, social y motor del niño/a durante las primeras etapas de su crecimiento y detectar precozmente aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada (no olvidar que estas tablas no son diagnósticas) así como poder determinar la necesidad o no de estrategias y procedimientos de estimulación del desarrollo psicomotor. Aunque no hay que olvidar que cada niño/a tiene un ritmo de desarrollo propio.

Nota aclaratoria: aunque ambas tablas evalúan el correcto desarrollo neurológico del niño/a, por motivos didácticos los autores hemos desglosado su aplicación en el presente apartado lo relacionado con el desarrollo postural y de la movilidad tanto fina como gruesa; dejando para más adelante el desarrollo de las habilidades puramente cognitivas.

¿Cómo se utilizan?

Para realizar estos test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño/a atravesando las áreas de desarrollo. Preguntaremos a la familia y comprobaremos en la consulta si el niño realiza los elementos a evaluar situados a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa. El examinador valorará la falta de adquisición de elementos en todas o algunas de las áreas de desarrollo, si aún está dentro del tiempo de poder ejecutar dicho elemento o tarea, la presencia de señales de alarma o la necesidad de otros estudios diagnósticos.

Los **hitos del desarrollo en el ámbito postural y motor** que deberá haber conseguido el niño/a son (preguntar a los padres/cuidadores y observar en la consulta):

2 Meses:

- En prono, levanta la cabeza a 45º y la parte superior del tórax con apoyo en los antebrazos.
- Al sostenerlo erguido, es capaz de sujetar la cabeza de forma inconstante (durante pequeños periodos de tiempo).

- Coordinación mano-mano, realizando movimientos simétricos.
- Sigue objetos grandes o personas a 180°.

SIGNOS DE ALARMA 2 MESES:

- Irritabilidad permanente.
- Sobresalto exagerado.
- Hipotonía o hipertonía excesiva de extremidades.
- Mantiene una aducción de pulgares permanente (pulgares flexionados hacia el centro de la palma).

4 Meses:

- En prono, levanta la cabeza a 90°; y el tórax con apoyo en las manos y las caderas extendidas.
- En supino, presenta la cabeza en la línea media y se lleva las manos a las rodillas.
- Al traccionar de supino a sentado, la cabeza está alineada con el tronco.
- Control cefálico a partir de los 3 meses.
- Puede girar de prono a supino.
- Abre las manos y es capaz de coger un sonajero (o similar).
- Extiende el brazo para coger objetos de gran tamaño con prensión palmar y se lo lleva a la boca.
- Juega con un objeto, pero si lo tira no puede cogerlo.
- Mira inmediatamente objetos móviles.



SIGNOS DE ALARMA 4 MESES:

- Persisten reflejos arcaicos que deberían haber desaparecido para su edad.
- Pasividad excesiva y falta de interés por el medio que le rodea.
- Asimetría en la movilidad de las manos.
- Hipotonía o hipertonía excesiva de las extremidades.
- No dirige voluntariamente la mano hacia los objetos cercanos.
- Falta de sonrisa de respuesta a partir de los 3 meses.

6 Meses:

- En decúbito prono, mantiene el peso sobre las manos.
- En decúbito supino, se agarra los pies.
- Al traccionar de supino a sentado, se anticipa alzando la cabeza y brazos.
- Se mantiene sentado con apoyo.
- Al sentarse la cabeza no cuelga.
- Realiza flexión cefálica.
- Apoya parte de su peso sobre las piernas.
- Realiza giros de supino a prono.



- Dirige las manos hacia el objeto que quiere coger.
 - Es capaz de buscar un objeto si se le ha caído.
 - Coge objetos pequeños con pinza palmar (entre los dedos y la palma de la mano, sin realizar prensión con el dedo pulgar).
 - Transfiere objetos de una mano a otra.
 - Se coge los pies con las manos.
 - Ya no se mira las manos.

SIGNOS DE ALARMA 6 MESES:

- Persisten reflejos arcaicos que deberían haber desaparecido a esta edad.
- Pasividad excesiva y falta de interés por el medio que le rodea.
- Asimetría en la movilidad de las manos.
- Hipotonía o hipertonia de extremidades.
- No dirige voluntariamente la mano hacia los objetos.

9 Meses:

- Sabe sentarse solo, sin apoyos, manteniéndose estable. Gira el tronco y es capaz de inclinarse hacia delante sin perder el equilibrio (no hacia los lados).
- Se desplaza para coger objetos.
- Es capaz de gatear hacia atrás (difícil valorar ya que algunos niños empiezan a caminar sin gatear, siendo esto normal).

- Se desplaza rodando sobre sí mismo.
- Hace fuerza para ponerse de pie y se mantiene de pie agarrado a los muebles.
- Comienzo de la pinza manual índice-pulgar, agarrando cada vez objetos más pequeños.
- Empieza a señalar objetos con el dedo índice.
- Juega con los objetos golpeándolos entre sí, se los lleva a la boca y los deja caer.

12 meses:

- Se mantiene de pie solo.
- Se sienta solo.
- Camina agarrado de una mano y es capaz de dar unos pocos pasos solo.
- Es capaz de desplazarse gateando o arrastrando las nalgas.
- Deja de llevarse los objetos a la boca y empieza a tirarlos al suelo.
- Pinza manual índice-pulgar precisa, agarrando objetos de pequeño tamaño.
- Coge 2 cubos en las manos y los golpea.
- Señala con el dedo índice.
- Busca con la mirada objetos caídos u ocultos.



SIGNOS DE ALARMA 9-12 MESES:

- Patrón de conducta repetitivo.
- Ausencia de desplazamiento autónomo.
- No se mantiene sentado sin apoyo.
- Ausencia de pinza digital y manipulación de objetos.
- Persiste en llevarse objetos a la boca.

Exploración

- **Movimientos espontáneos:** estar atentos a posible asimetría de movilidad en miembros superiores con motivo de lesión del plexo braquial, u otras patologías.

- **Postura y tono muscular:** se efectuarán movimientos de extremidades, cuello y tronco para apreciar su normalidad. Para su exploración realizaremos los siguientes movimientos:

- **Reflejo de la columna vertebral o de Galant:** con el bebé elevado en decúbito prono, cogiéndolo por el tórax, se presionará la piel de arriba abajo paralelo a la columna vertebral, lo que producirá la incurvación del cuerpo hacia el lado estimulado. **Desaparecerá en torno a los 4 meses.**

- **Tono pasivo:** al contrario que en la etapa anterior, habrá una disminución progresiva del patrón flexor, siendo capaz de extender las extremidades con frecuencia.

- **Reflejos del RN, arcaicos o primarios:** recuerdo del instinto de supervivencia de épocas pasadas y que en la actualidad van a ayudar a su adaptación al nuevo medio, dándonos información sobre su estado neurológico. Desaparecerán con el paso de los meses.

Existen muchos, siendo algunos de ellos:

- **Reflejo de succión:** vital para la alimentación. Al introducir un objeto dentro de la boca (dedo, chupete, pezón o similar), empezará a succionar con fuerza. **En torno a los dos meses desaparecerá este reflejo y la succión pasará a ser una acción voluntaria.**

- **Reflejo de marcha:** al colocar al bebé en posición vertical agarrándole por debajo de las axilas, tocando los pies superficie plana, levantará las piernas como queriendo dar pasos. **Este reflejo desaparecerá en torno a los dos meses de vida.**



- **Reflejo de búsqueda o de los puntos cardinales:** su presencia es vital para la supervivencia puesto que va a facilitar la alimentación. Aparece al tocar suavemente la mejilla y labios del bebé, éste moverá la cabeza hacia el lado estimulado con la boca abierta buscando el pezón. **Desaparecerá alrededor del cuarto mes.**

- **Reflejo de moro:** movimiento de extensión de brazos, piernas y dedos, seguido de movimiento de “abrazo”, cierre de manos y extensión de la cabeza al cambiar el plano del tronco del bebé hacia atrás (con el bebé tumbado en decúbito supino, elevar el tronco con la mano hasta unos 45º, a continuación, disminuir este ángulo como simulando una “caída” para desencadenar el reflejo). Este reflejo, **comenzará a debilitarse en torno al tercer mes hasta su desaparición en torno al cuarto mes.**

- **Reflejo tónico del cuello o del espadachín:** estando el niño/a en posición de decúbito supino, si giramos su cabeza hacia un lado, extenderá y separará del cuerpo el brazo del lado hacia el que mira la cabeza y flexionará el contrario como si jugara a la esgrima. Este reflejo, **aparece a lo largo de los dos primeros meses de vida y desaparecerá en torno al cuarto mes.**



- **Reflejo de presión palmar y plantar:** al colocar nuestro dedo en la palma de la mano del bebé, este cerrará su mano con fuerza atrapando nuestro dedo. En el caso del pie, si hacemos presión en la parte anterior de la planta, flexionará con fuerza los dedos. **A partir del cuarto mes, comenzará a debilitarse el reflejo de presión palmar hasta su desaparición aproximadamente en torno al quinto mes. En el caso de la presión plantar, desaparecerá entre los 9-12 meses de vida.**

- **Reflejo de Babinski:** al pasar un objeto romo por la parte interna del pie desde el talón al dedo gordo, el bebé levantará los dedos y volteará el pie hacia dentro. **Este reflejo es normal en niños hasta los 2 años de edad** y desaparece a medida que crece, pudiendo haber desaparecido en algunos casos ya a los 12 meses.

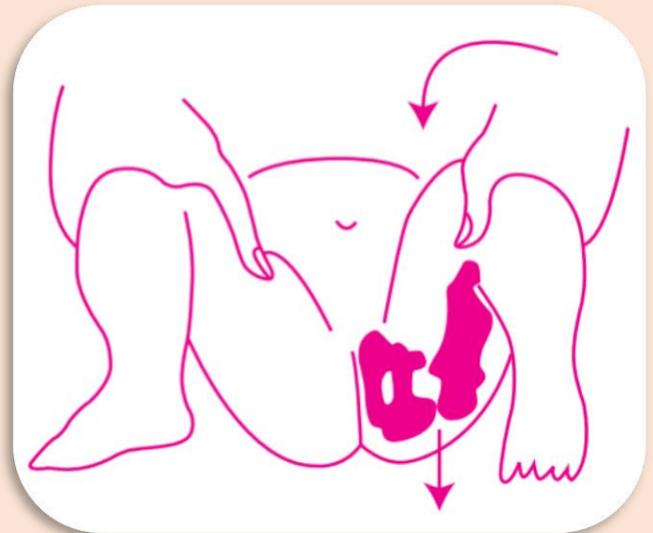
IMPORTANTE:

En la consulta, debemos explorar estos movimientos y la relación de las extremidades con respecto del cuerpo para poder detectar problemas de hipertonía (flexión excesiva de las extremidades), hipotonía (posición de libro abierto), asimetría de movimientos, alteraciones de la deglución o ausencia de reflejos arcaicos ya que nos pondrán en la pista de posibles alteraciones del desarrollo del sistema nervioso central.

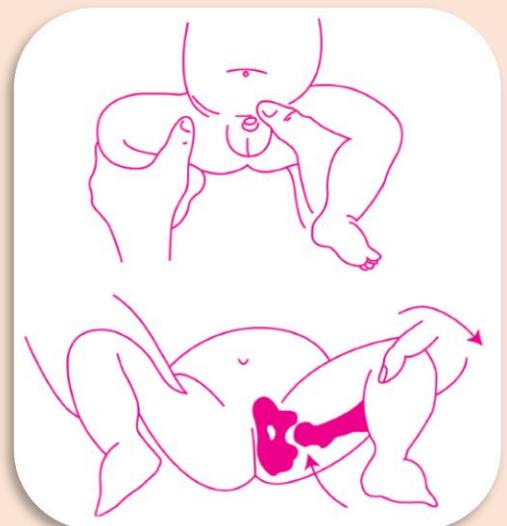
- **Displasia evolutiva de cadera:** alteración de la articulación de la cadera que da lugar a una deformidad en la que la cabeza del fémur está total o parcialmente fuera del acetábulo de forma temporal o permanente. Se deberá explorar hasta que la deambulación esté bien establecida. Para ello se utilizará:

- **Ver simetría de pliegues:** la asimetría en los pliegues del muslo, ingle y poplíteos puede ser considerada como signo indirecto de que la cabeza del fémur no se encuentra en su sitio (luxación).

- **Maniobra de BARLOW:** pretende comprobar la luxabilidad de la cadera durante los **2 primeros meses de vida** del bebé. Con el bebé en decúbito supino con las caderas en posición de M, mantenemos fija una cadera con una de nuestras manos y con la otra colocamos el pulgar en la parte interna del muslo y los dedos índice y corazón en la parte externa, se hará un movimiento de cerrar la pierna, empujando el cuello del fémur hacia abajo y afuera (presionando ligeramente la rodilla). Si es **positivo**, se palpará un chasquido resultante de la salida de la cabeza del fémur del acetábulo.



- **Maniobra de ORTOLANI:** pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada, durante los **2 primeros meses de vida**. Con el bebé en decúbito supino y relajado, con la mano se estabiliza una cadera, se flexiona la rodilla y cadera a 90º, con el pulgar en la parte interior del muslo y el dedo índice y medio en la parte externa. De forma suave, se realiza apertura del muslo con el pulgar a la vez que se empuja el trocánter mayor hacia dentro y arriba. Será **positivo** si se nota "cloc" de entrada.



- **Signo de KLISIC:** colocar al bebé en decúbito supino, se trazará una línea imaginaria desde el trocánter mayor a la espina iliaca antero-superior. En condiciones normales esta línea debe dirigirse hacia el ombligo.
- **Signo de Galeazzi:** colocar al bebé en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas a 90º con tibias y tobillos juntos. En caso de luxación, se aprecia una diferencia de longitud de los muslos y se considera positivo.
- **Limitación de la abducción** (movimiento consistente en alejar los miembros inferiores de la línea media corporal): signo directo donde en caso de luxación, el ángulo de movimiento será inferior a 60º (se considerar normal una abducción de al menos 75º).

Educación para la salud

ACTIVIDAD Y MOVILIDAD DEL BEBÉ



Al inicio de este periodo, las horas de sueño ocupan la mayor parte del día, sin embargo, **progresivamente van aumentando los periodos de actividad del lactante, disminuyendo los movimientos “reflejos” y aumentando los voluntarios.**

Por ello, para el correcto desarrollo de la motricidad gruesa y fina del bebé debe acompañarse su desarrollo de estimulación por parte de los padres/cuidadores a través de caricias, juegos,..., procurándole un entorno seguro.

Al final de esta etapa, se deberá fomentar la actividad física del lactante (evitando sistemas de retención, pantallas,...) como base para la prevención del sedentarismo y fomentando su desplazamiento y juego en el suelo.



PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

¿Qué valoramos?

- Patrón de sueño del lactante.
- Vivencias, expectativas y temores de los padres.
- Lugar elegido para el descanso.
- Rutinas establecidas para favorecer el descanso.
- Riesgo para el desarrollo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

Educación para la salud

El patrón de sueño del lactante se va desarrollando a lo largo del paso de los meses.

A los 2 meses, el lactante no tendrá un ritmo regular del sueño, durmiendo entre 16-19 horas y progresivamente a partir del tercer mes habrá una mayor regulación en los mecanismos de melatonina, cortisol y temperatura que harán que el lactante comience a organizar su sueño en función de las rutinas diarias (paseo, baño y comidas), sin embargo, **no adquirirá un ritmo regular hasta los 6 meses** de vida. En este momento, el bebé suele dormir entre 13-15 horas, haciendo entre 2 y 3 siestas durante el día con un patrón de mayor facilidad para conciliar el sueño y un aumento en la duración de la fase REM en comparación con el adulto debido a la mayor necesidad del bebé de asimilar los nuevos conocimientos.

En todo este periodo, **los despertares nocturnos son normales y habituales**, aunque a partir de los 4 meses ya será capaz de dormir 5 horas seguidas o más. Habrá que tener en cuenta que la ansiedad por separación de los padres/cuidadores, el comienzo de la erupción de la dentición de leche o la aparición de sueños/pesadillas, pueden dificultar la conciliación del sueño y favorecer los despertares nocturnos. Del mismo modo, habrá que tener en cuenta que los lactantes alimentados con LM tienen más despertares durante la noche que los alimentados con leche de fórmula.

Durante la alimentación el bebé debe estar despierto para que comience a asociar comida y vigilia y aunque es frecuente que tienda a quedarse dormido, habrá que estimularlo suavemente

(hablándoles, con caricias...) para que mantenga cierta vigilia. Sin embargo, durante las tomas nocturnas, es recomendable que se hagan estimulando lo menos posible y manteniendo una luz tenue.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte súbita de un lactante de menos de un año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación del caso que incluya autopsia completa, examen del lugar de fallecimiento y revisión de la historia clínica. Se trata de un diagnóstico sindrómico al que se llega por exclusión y que es probable que tenga diferentes etiologías.

Según el grupo de prevención en la infancia y adolescencia (Previnfad) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), destacan los siguientes factores de riesgo y actividades preventivas:

a) Factores relacionados con la madre:

- **Cuidados prenatales:** Recibir un seguimiento adecuado de la gestación y del periodo perinatal se asocia a una disminución del riesgo de SMSL.
- **Lactancia materna:** existe asociación de la **LM como factor protector**, debiéndose prolongar al menos hasta los seis meses de edad.
- **Cohabitación:** compartir habitación sin compartir cama, disminuye el riesgo de SMSL. Consistiría en la colocación de la cuna del bebé en la habitación de los padres, cerca de la cama de estos. Otra opción que eligen algunas familias es colocar una cuna tipo “sidecar” adosada a la cama de los padres.
- **Compartir cama (colecho):** varios estudios han mostrado una asociación entre el riesgo de SMSL y compartir cama con los padres.

Sin embargo, hay situaciones en las que el riesgo al compartir cama aumenta como hacerlo con personas que consuman habitualmente tabaco, alcohol, drogas o ciertos medicamentos antidepresivos o ansiolíticos; compartir cama con uno o dos progenitores en situación de extremo cansancio; progenitores menores de 20 años; compartir cama



con personas distintas a los progenitores (hermanos, por ejemplo); o realizarlo en lugares distintos de la cama como sofás o sillones.

Por todo lo anterior, se recomendará no realizar colecho en caso de factores de riesgo asociados. En los casos de LM, el colecho se ha asociado a un aumento de las tasas de su mantenimiento (factor protector), por ello se informará de que no existe evidencia para desaconsejar el colecho, ya que no hay pruebas suficientes de que esté asociado a un aumento del riesgo de SMSL cuando la madre amamanta y no hay otros factores de riesgo asociados.

La realización o no de colecho, es un punto controvertido con partidarios y detractores, correspondiendo a los profesionales de la salud asesorar (de forma individualizada) e informar (basándose en la evidencia disponible) para evitar las situaciones de riesgo pero teniendo en cuenta que la decisión última sobre su práctica corresponde a las madres y padres.

- **Exposición prenatal y postnatal a alcohol o drogas:** supone un riesgo incrementado. Se recomendará evitar el consumo pre y postnatal de alcohol y drogas.
- **Tabaquismo materno:** existe evidencia de que evitar el tabaquismo materno y paterno (pasivo) produce beneficios para la prevención del SMSL. Aunque no se conoce el beneficio neto del consejo antitabáquico, sí hay estudios que demuestran que este consejo sirvió para reducir el tabaquismo pasivo en el RN.
- **Factores socioeconómicos y demográficos:** se relaciona el SMSL con el bajo nivel socioeconómico y educativo, madres adolescentes o menores de 20 años y paridad superior a tres.



b) Factores relacionados con el niño:

- **Hermano fallecido por SMSL:** supone un riesgo de entre 2 y 10 veces superior en hijos posteriores.
- **Prematuridad y bajo peso al nacer:** relación inversa entre el SMSL y el peso al nacer, sobre todo por debajo de 2500g.

c) **Factores ambientales:**

- **Postura del lactante en la cama:** el decúbito prono se ha asociado fuertemente con el SMSL. Por ello, se recomendará evitar la posición prona durante el sueño hasta el año de vida, pero especialmente hasta los seis meses de edad.

La posición más segura para dormir el lactante es el DECÚBITO SUPINO, sólo en casos de patologías que predispongan a la aspiración de reflujo o problemas relacionados con esta posición se recomendará dormir en decúbito lateral.



- **Ambiente del dormitorio:** las superficies de descanso blandas constituyen un factor de riesgo para el SMSL mostrando un aumento de entre 5 y 21 veces el riesgo frente a superficies firmes. Por ello, se recomendará el empleo de superficies firmes, sin espacios entre el colchón y la barandilla de la cuna o pared, evitando los materiales acolchados y deformables.

El arropamiento excesivo y el sobrecalentamiento en la cuna se asocia con mayor riesgo, especialmente si la cabeza queda cubierta. Para evitar que la cabeza se cubra, se recomendará colocar al lactante a los pies de la cama y colocar la manta/sabana remetida cubriendo solo hasta el pecho.

Se aconseja una temperatura ambiente de 20-22°C.

- **Uso del chupete para dormir:** efecto protector, ofreciéndoselo en todos los episodios de sueño durante el primer año. Recomendar:
 - Ofrecerlo para dormir, en decúbito supino y no reintroducirlo una vez el niño/a se haya dormido. Si no lo quiere, no forzarlo.
 - No mojar el chupete en ninguna sustancia dulce.
 - Limpiar el chupete y sustituirlo con frecuencia.

En el caso de lactantes alimentados al pecho, retrasar su introducción al mes de vida, cuando la LM ya está establecida.

- **Inmunización y calendario vacunal:** aunque no existen datos concluyentes sobre la relación directa de las vacunaciones con el SMSL, se recomendará cumplir el calendario vacunal vigente.



PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Qué valoramos?

- **Observar la relación de madre/padre con su hijo/a.**
- **Tabla Haizea-Llevant / Test de Denver:** ([Anexo 2](#)) adquisición de hitos del desarrollo en el ámbito cognitivo, sensorial y de socialización. Para realizar estos test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño/a atravesando las áreas de desarrollo. Preguntaremos a la familia y comprobaremos (mediante nuestra observación) si el niño/a realiza los elementos a evaluar situados a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa.

Nota aclaratoria: aunque ambas tablas evalúan el correcto desarrollo neurológico del niño/a, por motivos didácticos los autores hemos desglosado su aplicación en el presente apartado lo relacionado con el desarrollo puramente cognitivo y de socialización; dejando para patrones previos lo relacionado con el ámbito postural y de desarrollo de la motricidad.

El niño/a deberá haber conseguido los siguientes (preguntar a los padres/cuidadores y observar al niño/a en la consulta):

2 Meses:

- Sonríe y vocaliza cuando le hablan.
- Muestra interés por estímulos visuales y auditivos.
- Disfruta al interactuar con los adultos.
- Balbucea y realiza vocalizaciones cuando le hablan (“e”; “a”; “o”).
- Llantos diferenciados en función de lo que requiere (hambre, incomodidad,...).

SIGNOS DE ALARMA – 2 MESES:

- Irritabilidad permanente.
- Sobresalto exagerado.
- Falta de sonrisa.

4 Meses:

- Balbucea combinando sonidos y expresa monosílabos (le, be, pa,...).
- Hace pedorretas.
- Gira la cabeza hacia el sonido.
- Ríe a carcajadas.
- Grita.

SIGNOS DE ALARMA – 4 MESES:

- Pasividad excesiva.
- Desinterés por el medio que le rodea.
- Falta de sonrisa de respuesta a partir del 3º mes.

6 meses:

- Balbucea uniendo sonidos y emitiendo sílabas (da-da, ba-ba,...).
- Se gira hacia un sonido generado a 40-50 cm de él.
- Reconoce a sus padres. Además, puede comenzar a mostrar ansiedad ante extraños.
- Sabe dormirse solo.
- Puede masticar.
- Ríe al esconderle la cabeza con un trapo.

SIGNOS DE ALARMA – 6 MESES:

- Contemplación excesiva de sus propias manos.
- Falta de balbuceos.
- Sonidos guturales.



9 Meses:

- Emite bisílabos no referenciales (papá, mamá).
- Es capaz de combinar sonidos y pueden aparecer las primeras palabras al reforzarlo.
- Entienden unas pocas palabras como “no” o “adiós”.
- Localiza sonidos a un metro de distancia por encima o por debajo de su nivel.
- Responde a su nombre.
- Es capaz de sujetar el biberón o una botella.
- Come con los dedos.
- Puede mostrar ansiedad ante extraños.
- Da palmaditas y/o dice adiós.
- Juega al escondite con un pañuelo.

SIGNOS DE ALARMA – 9 MESES:

- Patrón de conducta repetitivo.
- Pérdida de balbuceo.

12 Meses:

- Vocaliza de 2-3 palabras con significado (además de papá y mamá).
- Sabe el significado de más palabras.
- Da un beso sin que se lo pidan.
- Sabe dónde tiene el zapato.
- Come solo y es capaz de beber de un vaso.
- Pasa los brazos por las mangas con ayuda a la hora de vestirse.



SIGNOS DE ALARMA – 12 MESES:

- Pérdida de balbuceo.
- Falta de silabeo.

- **Ojos /Visión:**

- **Inspección** de ojos, párpados, existencia de epífora (lagrimeo excesivo), presencia de Nistagmus, estado de la pupila,...

- **Reflejo fotomotor** (contracción de la pupila en respuesta a la luz) **y sensibilidad a la luz.**

- **Test del Reflejo rojo o test de Brückner:** Se realiza utilizando la luz del oftalmoscopio enfocado a las partes normalmente transparentes del ojo hasta la retina. Esta luz en condiciones normales, se refleja generando un reflejo rojo. El oftalmoscopio debe estar ajustado a dioptrías 0 y con la luz circular más grande. Se enfocará a una distancia de 50-75 cm (aproximadamente la longitud del brazo del explorador), y con la habitación en penumbra.

- **Transparencia de córnea y cristalino.**

- **Se fija en objetos y en las personas** de su entorno.

- **Sigue el movimiento** de personas y objetos grandes hasta 180°.

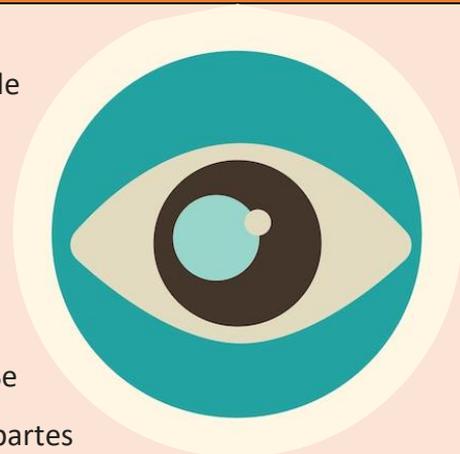
- **Fijación de la mirada.**

- **Alineamiento ocular:** el estrabismo es el mal alineamiento de los ojos. En los primeros 6 meses puede ser normal que el niño/a a veces “tuerza” los ojos hacia dentro generalmente debido a hipertelorismo, epicanto o puente nasal ancho. Sin embargo, en la exploración de estos casos, el reflejo luminoso corneal está centrado en la pupila y es simétrico.

Pruebas a utilizar:

- **Test de Hirschberg.** consiste en la observación del reflejo luminoso corneal en ambos ojos procedente de un foco de luz (linterna) situado a unos 40 cm de la cara del niño; los reflejos luminosos deben quedar simétricamente centrados en ambas pupilas. Si en un ojo está bien centrado y en el otro ojo está desviado, existe un estrabismo.

- **Alineamiento ocular: Cover test:** es una prueba que está basada en el movimiento reflejo que realiza el ojo cuando está fijándose en un objeto.



La prueba consiste, en ocluir un ojo durante unos 5 segundos aproximadamente, y destaparlo para ver si hubo movimiento del ojo al volver a ver el objeto. El niño/a fija su mirada en un objeto situado a unos 40 cm. Le tapamos un ojo con la mano y observamos el otro ojo. Si éste cambia de posición para enfocar el objeto, el test es positivo (indica estrabismo). Si al destapar el ojo éste se mueve para enfocar, el test es positivo para este ojo. Esta prueba requiere colaboración por parte del niño/a y puede ser difícil de realizar por debajo de los 2-3 años. Detecta forias (falso estrabismo) o estrabismo latente u oculto.



- **Oído/audición:**

- Explorar oreja y oído (presencia de apéndices periauriculares no ha demostrado su asociación con presencia de problemas renales ocultos).
- Respuesta a los sonidos: gira la cabeza hacia el ruido,...
- Reacción a la voz: distingue a su madre, atiende a una conversación, la voz de sus padres le tranquiliza,...

Educación para la salud

ESTIMULACIÓN SENSORIAL DEL BEBÉ

Para favorecer un buen desarrollo psicomotor del niño/a es importante acariciarlo, hablarle suavemente, cogerlo, cantarle,... ya que de esta manera se estimularán los sentidos.

Recomendaciones:

- Garantizar la seguridad del niño/a al explorar su medio.
- Utilizar objetos grandes, sonoros y coloridos para llamar la atención del niño/a.
- Jugar con el niño/a dejando que explore lo que hay a su alrededor.
- Hablarle repitiendo sonidos y nombres de forma clara, correcta, con términos sencillos.
- Leerle libros con figuras de animales, elementos cotidianos, colores,...

- Ofrecerle cubos o bloques para apilar.
- Darle órdenes simples para ver que el niño/a las lleva a cabo (“decir adiós”).
- Enseñarle las partes de su cuerpo cuando se bañe, se vista,...
- Utilizar canciones o música en el juego del niño/a.

EPÍFORA

A veces se observa un lagrimeo excesivo del ojo del bebé, lo cual se denomina epífora.

La causa más frecuente es la **obstrucción del drenaje del conducto lagrimal**. Este síntoma suele comenzar alrededor del 10-12º día de vida y casi siempre se soluciona en los primeros meses de vida.

Se recomendará realizar masajes manuales del saco lagrimal.





PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

¿Qué valoramos?

- Embarazo deseado / no deseado.
- Percepción de los padres sobre la nueva situación de ampliación del núcleo familiar.
- Actitud de los padres ante la crianza y los nuevos cambios.
- Presencia de sentimientos negativos reiterados de los padres/cuidadores hacia el niño.

Educación para la salud

La formación de la **personalidad** se produce desde el nacimiento y se va modelando a medida que el individuo adquiere experiencias vitales. En este momento, aún no se ha marcado, pero con el paso de los meses podemos ir apreciando un patrón (niño/a que llora mucho, o poco, respuestas con miedo o con curiosidad,...).

Para su desarrollo **es muy importante un ambiente adecuado** basado en la **Parentalidad Positiva** (comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño/a, que cuida y desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación hacia el niño/a, además de incluir el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño/a).

Este ambiente debe estar basado en:

- Vínculos afectivos cálidos.
- Entorno estructurado.
- Estimulación y apoyo.
- Reconocimiento.
- Capacitación de los hijos como agentes activos de la familia.
- Educación sin violencia.



Un hogar en el que predominan los sentimientos negativos hacia el recién llegado, desencadenará en edades futuras en problemas de falta de autoconfianza y autoestima, trastornos de la imagen corporal,...



PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

¿Qué valoramos?

- Estructura familiar: miembros que componen el domicilio, presencia de hermanos,...
- Convivencia en el domicilio y cómo son las relaciones familiares.
- Presencia de problemas en la familia.
- Cuidador principal.
- Apoyo familiar.

Exploración

- Genograma (representación gráfica de la familia, sus relaciones, su problemática y su historial médico).
- Apgar familiar.

Educación para la salud

La llegada del primer hijo supone un proceso de adaptación, convirtiendo la pareja en familia. Además, con la llegada de un hermano, el hijo mayor debe asumir roles que antes no tenía, compartiendo la atención que antes tenía para sí mismo.

RELACIÓN CON EL HERMANO MAYOR: ante la llegada del bebé a casa, es normal la aparición de celos por parte del hermano mayor, para ello es necesario:

- Aumentar la atención en el primer hijo, para que éste no se sienta desplazado.
- Motivarle para que ayude a sus padres en las tareas del cuidado del RN (por ejemplo: la elección de la habitación, la ropa...).
- Si las visitas sólo se acuerdan de obsequiar al RN, el hermano mayor puede abrir el regalo, decidir dónde lo pueden colocar y dar su opinión sobre si le gustará o no.
- Mantener en la medida de lo posible, aquellas actividades o rutinas que se hacían antes de la llegada del RN a casa (salida al parque, cuento antes de dormir, etc.).

- Pueden tener conductas regresivas como llamadas de atención, por lo que habrá que reforzar las conductas ya aprendidas y hacerle ver que debe ser un ejemplo a seguir para su nuevo hermano/a.
- Un niño que no expresa ningún tipo de celo, por pequeño que sea, puede que esté escondiendo algún otro problema.

RELACIÓN DE PAREJA: la estructura de la pareja se ve modificada con la llegada del nuevo miembro al hogar, adquiriendo nuevos roles como son el ser padre y madre.

Las primeras semanas suponen un estrés y cansancio ya que todas las energías están centradas en suplir los requerimientos del nuevo miembro de la familia, sin embargo, es necesario buscar y encontrar un tiempo para estar juntos, compartiendo el cuidado del bebé y evitando el excesivo cansancio de la madre cuando pretende asumir todos los roles.

DEPRESIÓN POSTPARTO: tras el parto, los cambios hormonales, las exigencias por satisfacer las necesidades del bebé, el cansancio por la falta de horas de sueño y cambios en la imagen corporal entre otros, pueden hacer que la madre pueda desarrollar depresión postparto.

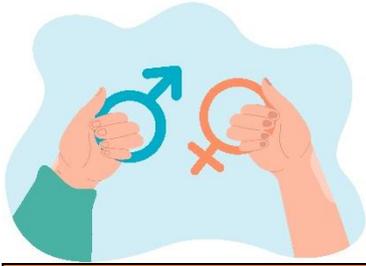
La madre puede presentar síntomas como: agitación, ansiedad e irritabilidad, sentimientos negativos hacia el bebé, sintiéndose incapaz de cuidarlo, anorexia, apatía, astenia, insomnio o pérdida de memoria.

Por ello, es aconsejable que se apoye en su pareja, otros familiares o amigos, para favorecer que exprese sus temores, dudas, preocupaciones y ansiedades. Acudir a profesionales de la Salud Mental.



IMPORTANTE:

Ante el inicio de cualquiera de los síntomas de depresión posparto (agitación, ansiedad, irritabilidad, sentimientos negativos hacia el bebé, sentimiento de incapacidad de cuidarlo, anorexia, apatía, astenia, insomnio o pérdida de memoria), es necesario establecer medidas que ayuden al tratamiento y desaparición de los mismos.



PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Exploración

- **Niño:**
 - Descartar alteraciones visibles en órganos genitales.
 - Pene: tamaño ($\geq 2\text{cm}$) y morfología.
 - Escroto: coloración, tamaño, hidrocele, situación de los testículos, descartando la posibilidad de criptorquidia (testículos no descendidos al escroto),...
- **Niña:**
 - Descartar alteraciones visibles en órganos genitales.
 - Sinequias vulvares (adherencia de los labios menores).
 - Hipertrofia de clítoris.

Educación para la salud

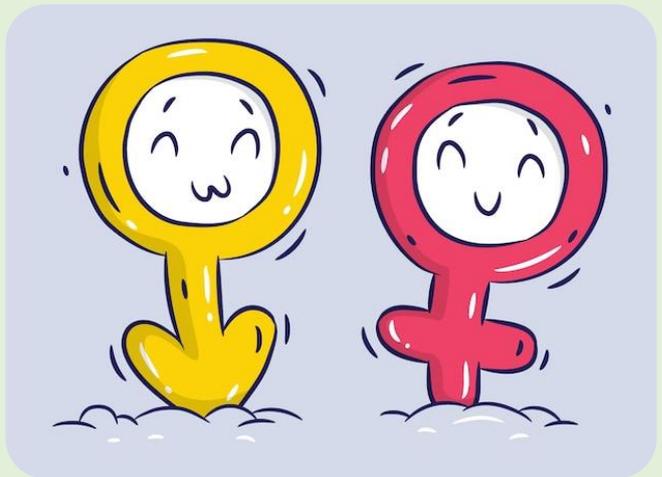
En los **niños** es normal que exista **fimosis** y adherencias balanoprepuciales, que no requiere ningún tipo de intervención, siendo desaconsejable la realización de retracciones forzadas de la piel.

En las **niñas** la presencia de **sinequias vulvares**, se resolverá espontáneamente con medidas higiénicas sin requerir ningún tipo de tratamiento. Sin embargo, un pequeño porcentaje de casos presenta adherencias firmes y fibrosas que requerirán su liberación mediante la utilización de cremas de estrógenos o tratamiento quirúrgico.

A partir de los 6 meses aproximadamente, el niño muestra **curiosidad** sobre las cosas y empieza a ser capaz de agarrar objetos, por lo que es normal que inspeccione y toque sus genitales llegando a experimentar cierta excitación.

Sin embargo, la **sexualidad infantil** tiene una dimensión sexual-afectivo-social más que genital, y responde a necesidades de conocimiento, imitación y curiosidad. Las sensaciones de placer no han adquirido un significado específico y no tiene un significado sexual.

La sexualidad infantil será la base de la sexualidad adulta, por ello, es de vital importancia para la vida futura de ese bebé establecer un vínculo afectivo satisfactorio con alguna persona adulta de su entorno (por lo general con sus padres). Se deberá proporcionar seguridad al bebé, contacto físico, juegos y caricias, sin reprimir ni castigar sus comportamientos de exploración.



Dentro de este apartado, también se incluye el deber de contribuir a que los genitales sean una parte aceptada de un cuerpo aceptado y para ello, es preciso que tengan su nombre y que estos no sean despectivos y ayuden a distinguir cada una de las partes. Aunque en este momento el lactante no tiene conocimiento completo de su propio cuerpo sentará la base para la posterior asociación de nombre y parte del cuerpo.



PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Qué valoramos?

- Adaptación del núcleo familiar (padres, bebé, hermanos,...) a la nueva realidad.
- Patrón del bebé de adaptación a estímulos estresantes (lloro, rabieta,...).
- **Signos de mala adaptación familiar** que pueden aparecer en cualquiera de sus miembros:
 - Sentimiento de tristeza y desesperanza.
 - Evitación de todo lo relacionado con el bebé.
 - Tendencia al llanto.
 - Alteraciones del apetito y del sueño.
 - Sensación de tensión/ansiedad ante situaciones relacionadas con el lactante.
 - Alteraciones de la conducta: agresividad, aislamiento social.
 - En caso de los **padres**: hiper/hipo frecuentación de los servicios sanitarios con el bebé.
 - En caso de los **hermanos**, presencia de celos, conductas regresivas o llamadas de atención continuas.
 - En el caso del **bebé**, presencia de irritabilidad, llanto frecuente o rabieta.

Exploración

Observar la aparición de signos de sospecha de maltrato a nivel relacional entre el núcleo familiar.

Educación para la salud

Una forma de ayudar a la adaptación a los nuevos roles familiares, es a través de la **Educación Sanitaria** enseñando a los padres **estrategias para el cuidado** del nuevo hijo y cómo afrontar los posibles problemas que puedan surgir. Es clave **mostrarnos accesibles** para que expongan cualquier duda que puedan tener y las veces que necesiten, aunque creamos que no es importante, si a ellos les genera dudas, hay que resolverlas.

También es muy importante **no juzgar y no culpabilizar**. Hay muchas formas de cuidar al hijo que pueden ser igual de válidas (por ejemplo, lactancia materna o artificial).

Por nuestra parte, intentaremos **modificar aquellas conductas que pongan en riesgo la salud del niño/a** o que afecten a su salud (como el tabaquismo pasivo) a través de la escucha activa y el consejo basado en hechos científicos, evitando los juicios de valor (no debemos juzgar a los padres como peores porque su forma de pensar no sea igual a la nuestra como profesionales ya que solamente creará conflicto y estrés).





PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

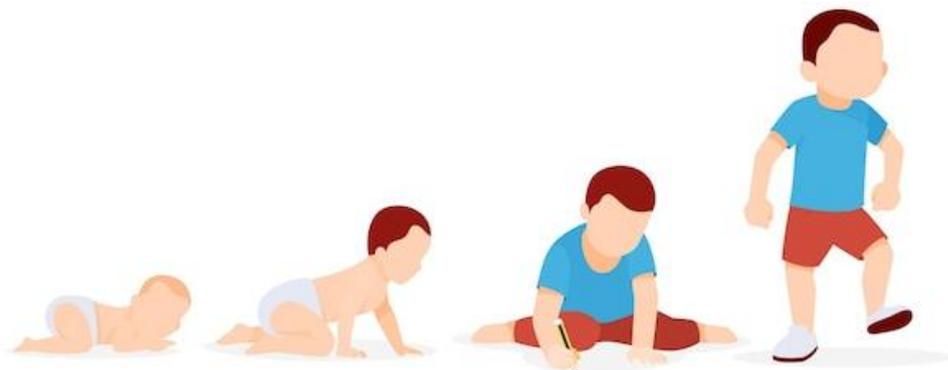
¿Qué valoramos?

- Creencias familiares (religión y valores).
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o la enfermedad.
- Valores respecto al cuidado/educación de los hijos.
- Actitud-percepción ante la vida.

Consejos para profesionales

La actuación en nuestras consultas debe estar basada en:

- **No juzgar** la religión o los valores familiares siempre y cuando no afecte a la salud del bebé; y en el caso de que influyan, argumentaremos los efectos de esas conductas de riesgo.
- **Adaptación a las creencias familiares.**
- **Buscar alternativas** posibles que no entren en conflicto con los valores de los padres y no perjudiquen a la salud del lactante.
- Aconsejar **recursos de la comunidad** acorde a sus creencias y valores para favorecer la formación de una red de apoyo familiar, social y comunitario.



LACTANTE MAYOR (1 – 2 años)



ETAPA DE LACTANTE MAYOR

Contempla el segundo año de vida del niño/a (desde los 13 a los 24 meses de vida del bebé). En este periodo, el niño/a mostrará una gran curiosidad por el mundo y aumentará sus habilidades tanto para desplazarse como para comunicarse, jugando un papel muy importante la imitación.

Gracias a la imitación, aprenderá muchas conductas, base para su personalidad y desarrollo futuro. Las principales figuras a imitar son los padres y la familia más cercana, por lo cual se deberá implicar a toda ella para la adquisición de conductas saludables.

En cuanto al crecimiento, la gráfica mostrará una desaceleración, ganando mucho menos peso y talla que en el primer año, puesto que comerán un menor volumen de comida y calorías en proporción a su peso y tendrán un mayor gasto energético debido a su creciente actividad física.

Hasta este momento, las visitas de la familia al centro de salud han sido muy seguidas, sin embargo, a partir de ahora, se empezarán a espaciar puesto que los cambios y el crecimiento en el bebé se ralentizan. En este periodo se incluirán, en principio, dos revisiones (a los 18 meses y a los 2 años), aunque si existe alguna sospecha de problemas del desarrollo se podrán programar con una mayor frecuencia a fin de monitorizarlas.



PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Qué valoramos?

- Cómo valoran los padres la salud de su hijo/a y existencia de alguna preocupación al respecto.
- Revisiones previas y cambios sucedidos desde ese momento.
- Estructura del núcleo familiar (y cambios que se hayan producido desde la revisión anterior).
- Cuidadores principales y sus apoyos, así como sus conocimientos sobre la atención al niño/a.
- Asistencia a guardería.
- Antecedentes personales del niño/a: enfermedades, ingresos hospitalarios, alergias, fármacos que tome,...
- Sistema de Salud alternativo (seguros privados).
- Conductas de riesgo del entorno que puedan influir en la salud del lactante (por ejemplo, tabaquismo paterno o materno).
- Hábitos de higiene.
- Medidas de prevención de accidentes. Conocer qué medidas adopta el núcleo familiar para la prevención de accidentes.
- Historia de vacunación previa.
- Opinión de los padres sobre la vacunación y su aceptación o no.
- Adherencia a tratamientos y controles de salud.

Exploración

- Estado higiénico del bebé.

Educación para la Salud

BAÑO

En este momento, el niño/a comenzará a participar en su higiene, además de continuar siendo un momento de juego y exploración del mundo que le rodea y de su propio cuerpo (podemos utilizar este momento para que el niño/a aprenda conductas como el uso de la esponja, las partes del cuerpo vestirse, desvestirse,... que fomentarán su propia autonomía).

Por otro lado, cuando el niño/a inicia la deambulaci3n (gatear o caminar) y la alimentaci3n por s3 solo, es frecuente que el ni1o/a se manche m3s y necesite ba1arse a diario (aunque habr3 que adaptarlo a las preferencias de padres y ni1o/a, garantizando una correcta higiene).

En este momento ya no solamente van a valer las preferencias de los padres/cuidadores, si no que habr3 que tener en cuenta las del ni1o/a en cuanto a frecuencias, duraci3n, temperaturas, ...

Caracter3sticas:

- **Temperatura del agua:** recomendar **entre 36 y 38°C** para evitar una excesiva p3rdida de calor del lactante, comprob3ndola siempre antes de introducirlo para evitar quemaduras.
- **Temperatura de la habitaci3n:** mantenerse c3lida, entre **20 y 24 °C** para evitar la p3rdida de calor excesiva.
- **Duraci3n:** depender3 de las preferencias de padres y ni1o/a, puesto que adem3s del factor higi3nico, el ba1o se aprovechar3 para favorecer su autonom3a y juego. No obstante, deber3 evitarse el enfriamiento del agua.
- **Modo:** usar **ba1era**, sentar al ni1o/a y realizar el lavado con o sin esponja dejando que el propio ni1o/a participe. Puede usarse ducha con el beb3 de pie, aunque existe un mayor enfriamiento.

IMPORTANTE:

NUNCA DEJAR SIN SUPERVISI3N AL NI1O/A EN LA BA1ERA / DUCHA.

- **Productos:** recomendar el uso de **jab3n** suave con **pH neutro**; el **pelo** se limpiar3 durante el ba1o con **agua y jab3n/champ3 suave**. Usar peines de tipo **cepillo de cerdas suaves**. **Secar** con toalla suave haciendo hincapi3 en los pliegues para evitar la humedad y su irritaci3n. Para la **limpieza de los o3dos**, **NO USAR NUNCA BASTONCILLOS** porque impactar3n la cera presente y pueden producirse da1os en el t3mpano y canal auditivo, se limpiar3n con una **toalla h3meda**. En el caso de utilizar colonias, se recomendar3 evitar su uso sobre la piel o cabello debido a que pueden producir irritaci3n, siendo mejor usarla en la ropa y con olores suaves.



CUIDADO DE LAS UÑAS

Se puede emplear una lima fina especial para uñas, cortaúñas o tijeras de punta roma, con especial cuidado para evitar cortes y heridas.

CUIDADOS DE LA PIEL

Tras el baño, lo mejor es **hidratar** la piel con cremas para bebé sin perfumes ni sustancias irritantes; o aceites vegetales (como almendras o caléndulas), utilizándolas una o dos veces al día en cantidades adecuadas.



La **zona del pañal** no necesita cuidados especiales, solamente, mantenerla limpia y seca haciendo un cambio de pañal con una frecuencia adecuada. En caso de irritación, se pueden recomendar cremas protectoras (pasta al agua) para aislar esa piel dañada de la humedad.

CUIDADO DE LA BOCA Y LOS DIENTES

La **dentición de leche o temporal**, se encuentra en proceso de erupción y se completará en torno a los dos años y medio.

A los **18 meses**, habrán salido los cuatro **incisivos superiores e inferiores**; entre los **12 y 18 meses** aparecerán los **premolares** en la parte posterior de la encía; y entre los **18 y 24 meses** evolucionarán los **colmillos**.

Generalmente la erupción de los dientes de leche no produce dolor. A veces los niños están muy inquietos e irritables coincidiendo con la erupción de nuevas piezas. Se podrá aliviar dando un masaje en la encía inflamada, aplicando frío y si persiste se puede administrar el analgésico pautado por el pediatra en función del peso del bebé.

La **higiene de los dientes** debería de haber comenzado con la erupción del primer diente temporal o “de leche” – que suele darse alrededor de los 6 meses de edad –, realizándola dos veces al día, en la mañana y, sobre todo, por la noche, utilizando una gasa, un dedal de silicona o un cepillo

dental de lactantes con pasta dental de 1000 ppm (partes por millón) de ion flúor en cantidad mínima (como un grano de arroz o “mancha”) (recomendación de la sociedad española de odontopediatría).

A partir de los 3 años de edad (y hasta los 5 años), el niño/a usará pasta dental de 1.000 ppm de ion flúor, con una cantidad equivalente a un guisante, recomendando no mojar el cepillo en agua previo al lavado y no enjuagar la boca tras el cepillado.



Una vez que hayan salido los molares temporales, se puede iniciar el uso de hilo dental con cera en las zonas de contacto entre los molares antes de ir a dormir.

Se recomienda dejar que el niño/a se lave los dientes-juegue durante un minuto y sea el adulto quien realice la higiene durante otro minuto hasta que el niño/a posea la habilidad motora adecuada (aproximadamente hasta los 8 años). **En este momento, los niños aprenden por imitación, así que recomendaremos a los padres educar con el ejemplo.**

El **chupete** es un objeto tranquilizador para los bebés. No sólo puede calmar el llanto o ayudarles a dormir, sino que además le reconforta gracias al efecto de succión que produce, sin embargo, si el niño aún utiliza el chupete, a partir de los 18-24 meses, debería empezar a habituarse a dejar de usarlo (ya que se asocia a malformaciones de paladar, mandíbula y dentición). Al principio le resultará un poco difícil, por lo que lo ideal es acostumbrarle gradualmente y de forma no traumática.

Una estrategia para ello, consiste en **evitar llevarlo en sitio visible**. Se pondrá al niño/a en esos momentos en los que lo pida insistentemente o cuando precise ese efecto de consuelo, pero evitando que lo vea como un juguete.



ROPA

Se recomienda que sea amplia, fácil de poner y quitar y **ACORDE CON LA TEMPERATURA Y ÉPOCA DEL AÑO** (el niño/a necesita la misma cantidad de ropa que el adulto, por eso no hay que sobreabrigar con muchas capas al bebé), preferiblemente de algodón.

Para su cuidado, se lavará la ropa del bebé de forma independiente a la del resto de la familia, evitando jabones abrasivos, suavizantes, lejía y productos de olores fuertes, aclarándolo bien después.

Recomendar firmemente a los **padres NO PONER ANILLOS, PULSERAS, COLGANTES, ...** porque por un lado pueden salirse adornos y ser tragados produciendo **atragantamientos**; mientras que por otro, las cadenas o pulseras pueden engancharse y los niños ante esta situación reaccionarán tirando, lo cual puede producir **cortes o heridas graves**.

PASEO



El nivel de actividad del niño/a en este momento es alto a lo largo del día. **El paseo dejará de ser algo pasivo**, donde el niño/a está sentado en la silla, carrito o porteo, **pasando a ser también un momento de ocio en el que jugar y relacionarse con otros niños**.

Es recomendable que se haga **paseo diario**, al menos una vez al día, al aire libre, realizando juego en el suelo en entornos seguros con una duración de al menos 3 horas al día de actividad y juego (tanto exterior como en el interior), con el objetivo de prevenir el sedentarismo y la obesidad infantil.

El sol favorece la producción de vitamina D, necesaria para la salud del bebé. **EVITAR LAS HORAS DE MÁXIMO CALOR O FRIO** ya que la piel es muy fina y sensible.

IMPORTANTE:

Al realizar el paseo, **USAR LAS MEDIDAS DE SUJECIÓN DE LOS CARRITOS** con el fin de evitar posibles accidentes. Es poco común pensar en ello, pero al ir paseando, un tropiezo puede hacer palanca del carrito y suponer que el niño/a salga disparado al suelo si no va sujeto.

En el caso de realizar **PORTEO**, no existe límite de edad para realizarlo, sin embargo, hay que tener en cuenta el peso creciente del niño/a y la necesidad de utilizar materiales adecuados para conseguir la máxima seguridad tanto del niño/a como del porteador.

De forma general, en torno a los 18-24 meses, la talla del niño/a ha aumentado de tal forma que dificulta su porteo en posición anterior (aunque dependerá de las preferencias de padres y niño/a) y es preferible su colocación en la espalda con sistemas adecuados que tengan un buen soporte para el peso del bebé, repartiéndolo de manera equilibrada en el porteador y garantice una postura cómoda y segura, con la cara del niño/a siempre hacia el portador (independientemente de la posición), sujetando suficientemente la espalda del niño/a y cubra en la medida de lo posible desde el hueco poplíteo del niño/a para asegurar la posición en forma de C de la espalda y de M de las piernas.



Consejos de fotoprotección:

La exposición excesiva al sol es un factor de riesgo para la salud por su asociación con la producción de distintos tipos de cáncer de piel.

Para prevenir estos efectos, se deberá evitar la exposición directa al sol de los lactantes menores de 3 años y se seguirán las siguientes recomendaciones:

- **Evitar la exposición solar en las horas de mayor calor** (especialmente entre las 11 y 16h.).
- **Evitar la exposición solar prolongada.**
- **Utilización de protección física** como ropa, sombrillas, gorros o gafas (estas, deberán ser del tamaño adecuado al bebé, estando realizadas en materiales resistentes pero flexibles, ligeros y seguros; en cuanto a los cristales, deberán tener filtros adecuados [categoría 3] para bloquear la mayor parte de la radiación solar).

- **Utilización adecuada de filtros solares.** Sustancias químicas con efecto pantalla frente a la radiación solar. Pueden ser:

- **Físicos o inorgánicos:** compuestos por sustancias como el dióxido de titanio y el óxido de zinc. Actúan reflejando la luz solar.
- **Químicos u orgánicos:** formados por sustancias que absorben la radiación ultravioleta de la luz solar.
- **Mixtos** (combinan filtros físicos y químicos).

Por otro lado, el factor de protección solar (FPS), nos dará información sobre la protección de estos preparados frente a las radiaciones ultravioleta B (responsables de quemaduras e implicadas en la mayor parte de los efectos cancerígenos de la radiación solar). El valor indicado, significará el número de veces que el preparado aumenta la capacidad defensiva de la piel frente al envejecimiento cutáneo previo a una quemadura.

Para su correcta utilización, se elegirán **cremas con FPS por encima de 30** (preferentemente de FPS 50), que se deberán aplicar **15-30 minutos antes de la exposición** sobre la piel seca y **repetir cada dos horas aproximadamente o tras el baño** tanto en días soleados como nublados (la radiación ultravioleta atraviesa las nubes y se refleja en agua, arena, hierba o nieve).

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

El **humo del tabaco contiene miles de sustancias químicas**, de ellas, se sabe que **al menos setenta causan cáncer**, además de enfermedades cardíacas y pulmonares entre otras.

En el caso de los **niños fumadores pasivos**, se asocia con un mayor riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante; irritación de ojos, mucosas nasales y garganta; mayor frecuencia de problemas respiratorios infantiles como laringitis, ataques de asma, bronquiolitis,...; disminución de la función pulmonar; aumento de la reacción pulmonar ante alérgenos;...

Se recomienda no fumar en la misma habitación o espacios (como el coche) en los que esté o vaya a estar el niño/a con el fin de evitar los efectos perjudiciales del tabaco, pero no hay que olvidar que dichas sustancias perjudiciales permanecen en la piel, ropa, cortinas,...

Aunque los **cigarrillos electrónicos y vapeadores** se venden en muchas ocasiones como productos no nocivos, están asociados a un elevado número de casos de cáncer por el alto contenido en sustancias químicas como nitrosaminas, benzo-[a]-pireno, hidrocarburos aromáticos policíclicos, saborizantes, ... Por este motivo, se recomienda que se evite su consumo en espacios con niños.

Puede ser un buen momento y una buena motivación para abandonar definitivamente este hábito.



USO DE PANTALLAS EN LA INFANCIA

El uso de las nuevas tecnologías ha supuesto un gran avance en nuestros días, sin embargo, también puede conllevar ciertos riesgos:

- Menor número de horas de sueño. Se asocia con retraso en la hora de acostarse y a mayor tiempo de latencia del inicio del sueño.
- Aumento de la somnolencia diurna y disminución de la somnolencia nocturna (cambio del reloj circadiano).
- Menor secreción de melatonina.
- Disminución y retraso del sueño REM.
- Dieta menos saludable y aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad.
- Favorece el sedentarismo.
- Aumento del riesgo de desarrollar síndrome metabólico (por su asociación a menor ejercicio físico y hábitos dietéticos menos saludables).
- Mayor fatiga visual. Se asocia a patología como ojo seco, picazón ocular, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño o visión borrosa.
- Favorece el desarrollo de miopía progresiva y estrabismo agudo en la infancia y adolescencia.
- Dolor osteoarticular a nivel de la columna cervical y lumbar.
- Fatiga general y cefalea.
- Favorece el estado de ánimo depresivo, las alteraciones conductuales y la disminución de la autoestima.
- Favorece la alteración del desarrollo cerebral. La evidencia científica apunta a una disminución del espesor de la corteza cerebral de varias regiones debido al uso excesivo de pantallas a lo largo de la vida.



Estas primeras etapas de la vida, serán la base sobre las que se desarrollará la relación futura del niño/a con la tecnología (los padres, no deben olvidar educar con el ejemplo).

Por todas las alteraciones citadas anteriormente, las asociaciones de expertos han llegado a la conclusión de que es necesario retrasar la edad de inicio de uso de las nuevas tecnologías hasta los 6 años de edad.

Entre los 0 y 6 años, **no existe cantidad segura de exposición a las pantallas**. Como excepción, se podría utilizar con fines concretos de contacto social (videollamada, cuento, canción,...), pero siempre acompañado/a de un adulto y de forma muy limitada en el tiempo.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS

La curiosidad por descubrir el mundo que le rodea y la capacidad de desplazarse por sí mismo, hacen surgir un gran número de peligros.

Recomendaciones:

- **No dejar nunca solo al bebé sobre la cama, cambiador, mesa,...** porque al intentar bajarse de estas superficies elevadas, puede caerse. Aún hay algunos movimientos que no controla en su totalidad.
- **Precaución con los objetos que el niño/a tiene a su alcance.** En este momento es capaz de coger objetos grandes (coches, pelotas, cubos,...) y otros de pequeño tamaño (monedas, piedras, frutos secos,...) y puede jugar con ellos en su afán por explorar el mundo exterior que le rodea y llevarlos a la boca, existiendo riesgo de asfixia con ellos.
- **Evitar peligros:** el niño se desplaza de forma autónoma y tiene a su alcance enchufes, armarios con productos químicos, piscinas,... por este motivo es recomendable anticiparse a los posibles peligros y adaptar el hogar y el mundo que rodea al niño/a para evitarlos.
- **Evitar que el niño/a juegue en la cocina mientras se está cocinando:** mientras juega, puede agarrar objetos calientes, derramarse agua o aceite caliente,... que produzcan quemaduras graves.



SEGURIDAD EN EL COCHE

Recordar la **obligatoriedad de utilizar sistemas de retención infantil homologados** para cada edad. El uso de sistemas de retención infantil se ha comprobado que reduce un 75% las muertes y en un 90% las lesiones en caso de accidente.



En bebés de 18 meses y en adelante, se podrá usar el **GRUPO 0+** (hasta los 13 kg – 18 meses aprox.) y el **GRUPO 1** (de 9-18 kg – 1-4 años aprox.).

A partir de los 3 años, se podrán utilizar los sistemas del **GRUPO 2** (de 15-25 kg, 3-6 años aprox.).

En el caso del **grupo 0+**, tendrá sujeción del bebé mediante arnés de 5 puntos, que se colocará en los **ASIENTOS TRASEROS** (solo se colocará en el asiento delantero en caso de no poder instalarse en los traseros y desconectando siempre airbag del copiloto) y en el **SENTIDO CONTRARIO A LA MARCHA** (ofrece mayor protección de cabeza, cuello y columna).

Cuando el niño supere los 13 kg o su cabeza sobresalga del respaldo del grupo 0+, se cambiará por el **grupo 1**, formado por una silla con arnés de 5 puntos que miran hacia adelante, debiendo ajustar bien el arnés al cuerpo para que sea efectivo. Se colocará como norma general en los asientos traseros (solamente se colocará como excepción en los delanteros si no se puede colocar en los traseros y desconectando igualmente el airbag del copiloto).

En el caso del **grupo 2** estará formado por asientos elevadores, colocados mirando hacia adelante y sujetos por el propio cinturón del vehículo.

IMPORTANTE:

Si el niño/a llora durante el viaje, **NUNCA COGER EN BRAZOS con el vehículo en marcha** (ante un accidente, todo lo que llevemos en brazos saldrá disparado). Lo correcto sería estacionar en un lugar seguro y cogerlo hasta calmarlo, colocarlo nuevamente en el sistema de seguridad y reanudar la marcha.

VACUNACIÓN

Informaremos a los padres del **calendario vacunal vigente**, así como de aquellas **vacunas no financiadas disponibles**. Revisaremos el calendario de vacunas administradas, en busca de inmunizaciones pendientes/retrasadas, aprovechando cada oportunidad para ponerlo al día.

Ante una **actitud negativa** de los padres frente al proceso vacunal, no debemos enfadarnos y excluirlos (la vacunación en nuestro país es recomendable pero no obligatoria).

Como profesionales, valoraremos las creencias y valores de por qué no desean vacunar a sus hijos (siempre desde el respeto), ofreceremos una información veraz de la importancia de la vacunación de los niños y nos mostraremos dispuestos a ofrecer una respuesta individual y diferenciada para atender las necesidades de cada niño/a.





PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

¿Qué valoramos?

- Adaptación a la alimentación complementaria y dificultades encontradas.
- Mantenimiento de la lactancia, su tipo y dificultades encontradas:
 - Lactancia materna: número de tomas, técnica y dificultades.
 - Lactancia artificial o mixta: número de tomas, tipo de leche artificial empleada, método de alimentación (biberón, cuchara, vasito, etc.), técnica de preparación de los biberones (en caso de utilizarse) y dificultades.
- Problemas relacionados con la alimentación: vómitos, regurgitaciones, presencia de reflujo...
- Uso o no de chupete.
- Problemas de la piel y/o cicatrización.

Exploración

- **Somatometría y curvas de crecimiento:** incluirá:
 - **Peso:** se utilizarán básculas de precisión, colocadas en superficies planas y sólidas, pudiendo ser electrónicas (aconsejadas en los lactantes más pequeños) o mecánicas.

Los niños **se pesarán desnudos y sin pañal**. Esperar a que la balanza esté en 0.0 y colocar al bebé en **decúbito supino, en el centro de la balanza y evitando que salgan partes corporales** fuera de la misma. A medida que el bebé crece y mantiene la sedestación sin apoyo, se puede colocar **sentado**, teniendo en cuenta que no sobresalgan partes del cuerpo que rocen con paredes, mesa u otras superficies.

A partir de los 2 años, se pesará al niño/a con básculas de plataforma. Para ello, se colocará la plataforma a 0 (sea eléctrica o con pesas); a continuación, se colocará al niño/a en el centro de la plataforma con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, sin tocar ningún elemento externo que nos pueda distorsionar la medida.



En el caso en el que no se pueda dejar al bebé solo en la báscula, se podrá calcular el peso haciendo la resta entre el peso total del padre o madre con el bebé encima, menos el peso del padre o madre.

- **Longitud:** indicador del tamaño corporal y longitud de los huesos, **utilizado hasta los 2 años** del bebé. Colocaremos al niño/a en **decúbito supino** sobre el medidor fijo (infantómetro), con los brazos a ambos lados del tronco y los hombros y la cadera en contacto con el plano horizontal.

La coronilla de la cabeza será sujeta por una persona y debe tocar la base fija superior del infantómetro, alineada perpendicularmente con el plano horizontal. Otra persona, extenderá las piernas (sin que las rodillas estén flexionadas) hasta que el talón toque la base inferior formando un ángulo de 90°. Será suficiente con conseguir la extensión completa de una pierna.



- **Talla:** indicador del tamaño corporal y longitud de los huesos, utilizado en **niños mayores de 2 años de edad**. Para su realización se utilizará tallímetro, colocando al niño/a en una posición recta, con las rodillas extendidas y las escápulas, glúteos y talones en el mismo plano vertical; la cabeza se colocará en posición neutra (posición de mirada al infinito con la línea de visión paralela al plano del suelo). Se hará inspirar al niño, traccionando ligeramente la cabeza contra el soporte móvil del tallímetro.

- **Perímetro cefálico:** indicador del desarrollo neurológico indirecto a partir de la masa cerebral.

Utilizaremos una **cinta métrica** de teflón. Esta debe ser colocada en el **perímetro máximo de la cabeza, utilizando como referencia el punto máximo entre el occipucio y la eminencia frontal.**

Situaremos la cinta en el plano horizontal, de manera tal que se encuentre a la misma altura de ambos lados de la cabeza. El inicio de la cinta (donde se ubica el cero) debe coincidir con la parte frontal de la cabeza y es ahí donde se realiza la lectura.



- **Fontanelas:** membranas fibrosas que cubren las cavidades que se encuentran entre la unión de los huesos craneales del RN.

En la etapa neonatal hay **seis fontanelas**, una anterior (fontanela mayor), una posterior (fontanela menor), dos anterolaterales (esfenoideas) y dos posterolaterales (mastoideas). Estas últimas (esfenoideas y mastoideas) son pequeñas e irregulares y se cierran entre los dos o tres meses de edad y en general se hallan recubiertas de grasa corporal y sin importancia clínica.

La **fontanela anterior, mayor o Bregmática**, es la única palpable en esta época y se cerrará habitualmente entre los 15 y 24 meses de vida del bebé.

Estos parámetros se compararán con las gráficas de crecimiento, en función del sexo y la edad, considerándose normal todo aquello comprendido entre el percentil 3 y el 97 ([Anexo 1](#)).

- **Estado de piel y mucosas:** exploración en busca de:
 - **Boca:** frenillo, labio leporino, fisura palatina, muguet...
 - **Estado de la piel:** algunas cosas normales que pueden aparecer en la piel y que suelen preocupar a los padres son:
 - ✓ **Mancha en la espalda de color morado sin relieve** (mancha parda o mongólica). Desaparecerá por sí misma unas semanas o meses después del nacimiento. No se asocia a patología.
 - ✓ **Angiomas o “antojos”** (manchas rojas que desaparecen momentáneamente al apretar con la mano y reaparecen al cesar la presión). Son producidos por el

crecimiento de capilares que suelen desaparecer espontáneamente, aunque una pequeña proporción se mantienen.

- ✓ **Manchas amarillentas en las aletas de la nariz y cara en forma de puntos nacarados (Miliun).** Se producen por la acumulación de la secreción de las glándulas y **NO DEBEN EXPRIMIRSE** porque pueden ocasionar su infección.
- ✓ **Lunares:** es normal que el niño/a tenga lunares, sin embargo, habrá que vigilar su forma, crecimiento o aparición de características anómalas.

- **Signos cutáneos de maltrato infantil.**

- **Valoración del agarre y succión del RN al pecho: escala de LATCH.** Herramienta para evaluar la lactancia materna, identificar dificultades en el proceso de amamantamiento y determinar el tipo de apoyo que necesita la madre y el bebé respecto de la lactancia.

PARÁMETROS	ESCALA DE Puntuación LATCH		
	0 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	1 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	2 SE CUMPLEN TODOS LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN
(L - LATCH) FORMA EN LA QUE EL BEBÉ SE ENGANCHA AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Demasiado dormido ○ No se coge al pecho 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Repetidos intentos de colocarse ○ Mantiene el pezón en la boca ○ Llega a succionar 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Agarra al pecho ○ Lengua debajo ○ Boca ajustada ○ Succión rítmica
(A - AUDIBLE SWALLOWING) CANTIDAD DE LA DEGLUCIÓN AUDIBLE	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Ninguno 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Espontáneo e intermitente < 24 horas de vida ○ Espontáneo y frecuente > 24 horas de vida
(T - TYPE OF NIPPLE) TIPOLOGÍA/ FORMA DE PEZÓN	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Invertidos 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Planos 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Evertidos tras estimulación
(C - CONFORT) COMODIDAD DE LA MADRE	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas ingurgitadas ○ Grietas ○ Dolor severo 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas llenas ○ Pezón lesionado ○ Daño medio 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamas blandas ○ No hay dolor
(H - HOLD POSITIONING) NIVEL DE AYUDA PARA MANTENER LA POSICIÓN AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado en el pecho) 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ Minimiza la ayuda (colocar almohada) ○ El profesional se coloca de un lado y la madre del otro ○ El profesional lo coloca y luego la madre continúa 	 <ul style="list-style-type: none"> ○ No necesita ayuda ○ La madre es capaz de mantener al niño colocado

Interpretación:

- 0-3 Puntos: Dificultad **IMPORTANTE**.
- 4-8 Puntos: Dificultad **MODERADA**.
- 9-10 Puntos: **SIN DIFICULTAD – SITUACIÓN ÓPTIMA**.

Puntuaciones bajas, indican la necesidad de intervención activa, soporte y seguimiento.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, fomentaremos la **lactancia materna (LM) hasta los 2 años de edad (y posteriormente si es posible y se desea)**, respetando siempre la elección de la madre y explicando sus beneficios tanto para el bebé como para la madre; además de complementarse con una alimentación saludable y equilibrada.

LACTANCIA MATERNA (LM)

○ Beneficios de la LM para la madre:

- Favorece la recuperación tras el parto, volviendo antes al peso habitual.
- Disminuye el riesgo de hemorragia y anemia.
- Disminuye el riesgo de osteoporosis tras la menopausia.
- Reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario.

○ Beneficios de la LM para el Lactante

- Mejor tolerancia gastrointestinal en comparación con la lactancia artificial.
- Disminuye el riesgo de infecciones intestinales, eccemas atópicos y alergias.
- Menor número de infecciones respiratorias y enterocolitis necrotizante.

○ Características particulares de la LM:



- **La leche materna es totalmente madura**, con aspecto más líquido, rica en proteínas, vitaminas, minerales y azúcares, así como un gran número de componentes bioactivos como hormonas, factores de crecimiento, enzimas y células vivas que ayudarán al crecimiento y desarrollo del bebé.
- La **producción de leche está regulada por la succión del lactante** y el vaciado eficaz de las mamas (generalmente, el lactante en este momento tiene mayor fuerza de succión, obteniendo una gran cantidad en poco tiempo por lo que es normal que se reduzca el tiempo de las tomas).

- **Postura para amamantar:** existen diversas opciones a la hora de dar el pecho, sin embargo a medida que avanza la lactancia la posición pierde su importancia puesto que madre y niño/a pueden colocarse en formas distintas a las habituales, siendo igualmente de efectivas (**si la LM se ha mantenido de forma eficaz hasta este momento, NO sería necesario modificarla en busca de la postura “perfecta”**).



- **Tomas:** serán **a demanda**, sin horarios establecidos, ni intervalos fijos entre toma y toma. De forma general, en este momento se dará la alimentación primero, dejando la LM como “postre” o “tentempié”, el momento de antes de dormir o momentos de consuelo.
- **Extracción de la leche:** existen diversas situaciones en las que es necesario la extracción de la leche materna y su posterior administración. Para ello es necesario que las madres sepan como realizar una **extracción adecuada, manual** o con **sacaleches electrónicos**.



De forma general, **antes de realizar la extracción, independientemente de la técnica**, recomendar lavado de manos con agua y jabón, adoptar una posición cómoda y lugar tranquilo, en contacto piel con piel o usando fotos del bebé o prendas que huelan a él, ya que se ha comprobado que facilitan la salida de la leche.

A continuación, se realizará la **preparación del pecho** para favorecer el reflejo de bajada de la leche mediante tres técnicas:



MASAJEAR

Realizar movimientos circulares con la punta de los dedos, oprimiendo firmemente hacia las costillas, sin deslizarlos sobre la piel



FROTAR

Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte externa del pecho hacia el pezón de forma que produzca cosquilleo



SACUDIR

Sacudir ambos pechos suavemente inclinandose hacia adelante

En el caso de la **extracción manual (técnica de Marmet)**, colocar la mano en forma de "C", con los dedos a 3-4cm del pezón y empujar hacia las costillas, a continuación, comprimir el pecho entre los dedos, rotando la mano e intercalando ambas manos para vaciar los depósitos de todo el pecho.



Realizar **5-10 minutos de técnica de extracción** (hasta que el flujo se haga más lento).

Repetir 2-3 veces el proceso completo de estimulación de la bajada de la leche y extracción, teniendo en cuenta una **duración total de 20-30 minutos.**

EVITAR



Exprimir



Resbalar las manos



Estirar el pezón

En el caso de la **extracción mecánica**, se puede emplear **sacaleches manual o eléctrico**, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

EXTRACCIÓN MECÁNICA

MANUAL



Inicio: Aspiraciones cortas y rápidas

Empieza a fluir la leche:
Aspiraciones más largas y lentas

ELÉCTRICO



¡¡IMPORTANTE!!

Regulación de la aspiración

Inicio: nivel mínimo de aspiración

Subir aspiración según comodidad para que la leche fluya sin dolor

Recomendar **alternar ambos pechos** (salvo uso de sacaleches de doble campana) para conseguir el vaciado de ambos.

Realizar la extracción hasta que disminuye el flujo de leche. **Repetiremos el proceso** de estimulación de la bajada de la leche y extracción **2-3 veces**, con una **duración total** aproximada de **20-30 minutos**.

- **Conservación de la leche materna:** recomendaciones:
 - **Mejor emplear leche fresca que congelada.** Pero aún así sigue siendo mejor y más beneficioso ofrecer leche congelada que leche artificial.
 - **Si no se va a utilizar la leche, congelar** lo antes posible.
 - **Guardar en pequeñas cantidades** (50-100cc) para descongelar solo lo que el niño/a vaya a tomar.
 - Utilizar **envases de cristal o plástico autorizados para uso alimenticio.**
 - **Se pueden mezclar leches extraídas el mismo día** antes de congelarlas, siempre que se conserven hasta entonces en la nevera.
 - **Etiquetar los recipientes** con la fecha de extracción (usar etiquetas de papel, no escribir en el plástico).
 - En caso de tener que **transportar la leche**, usar nevera portatil con acumuladores de hielo para mantener una temperatura adecuada el mayor tiempo posible.

- **Tiempos de almacenamiento** según el lugar de conservación:



- **Descongelar la leche más antigua** para evitar que permanezcan tiempo excesivo en el congelador.
- **Una vez descongelada, no volver a congelar.**
- Para la **descongelación** de la leche, existen dos procedimientos. El primero consiste en sacar el recipiente del congelador y **dejarlo en el frigorífico** para que se descongele lentamente; el segundo consiste en **colocar el recipiente con la leche dentro de otro recipiente con agua tibia**. No se recomienda descongelar “al baño maría” o en el microondas y por supuesto, **NUNCA HERVIR**.
- Una vez descongelada, hay **que tener en cuenta** que hay que agitar para que se mezclen las capas, aunque estas se hayan separado, no significa que se haya estropeado; de igual manera, al descongelar la leche materna puede cambiar su olor, sin embargo, esto no afecta a su calidad.

RECOMENDACIONES MATERNAS DURANTE LA LM

- **Higiene materna:** no es necesario ningún lavado especial del pezón ni areolas, ya que la leche materna contiene propiedades que favorecen la higiene, esterilización y cicatrización del pezón. Por lo tanto, con la **ducha diaria** y el **secado del pezón** tras la tetada es suficiente.

Lo que si es importante es que antes de ofrecer el pecho o realizar extracción de leche, deberá lavarse bien las manos con agua y jabón.

- **Alimentación materna durante la LM:** La alimentación debe ser **variada y equilibrada**, evitando aditivos y contaminantes.



No precisa seguir ninguna dieta especial de tal forma que **NO existen alimentos obligados ni prohibidos**, sin embargo, hay que tener en cuenta que el aroma de los alimentos pasa a la leche y puede hacer cambiar su olor y su sabor.

Sólo en el caso de observar de forma repetida que tras haber comido la madre un determinado alimento, el bebé muestra algún tipo de molestias (vómitos, diarreas, erupciones, malestar o rechazo de la leche), puede ser necesario retirarlo de la dieta materna.

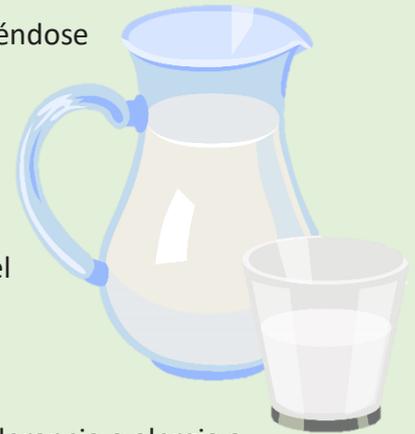
Consejos:

- Toma de **suplementos de yodo** 200-300mcg/día durante todo el embarazo y lactancia, además de cocinar sus alimentos con sal yodada y comer pescado.
- **Evitar el consumo en exceso de bebidas con cafeína o teína**, aumentarán la excitabilidad del bebé.
- No utilizar **plantas medicinales** puesto que contienen principios activos que en muchas ocasiones no están estandarizados (no se sabe cuáles ni cuánto) y pueden ocasionar toxicidad al bebé que toma pecho.
- Las últimas recomendaciones aconsejan que las embarazadas y las madres que dan lactancia no tomen alcohol, siendo consideradas grupo de riesgo, puesto que se desconoce qué nivel de consumo materno es seguro para el lactante.

LACTANCIA ARTIFICIAL (LA)

Existen diversas ocasiones en las que no se lleva a cabo la lactancia materna, ya sea por la libre elección de la madre o ante la imposibilidad o contraindicación de iniciarla. En estos casos se opta por la lactancia artificial o adaptada, siendo ésta un derivado de la leche de vaca.

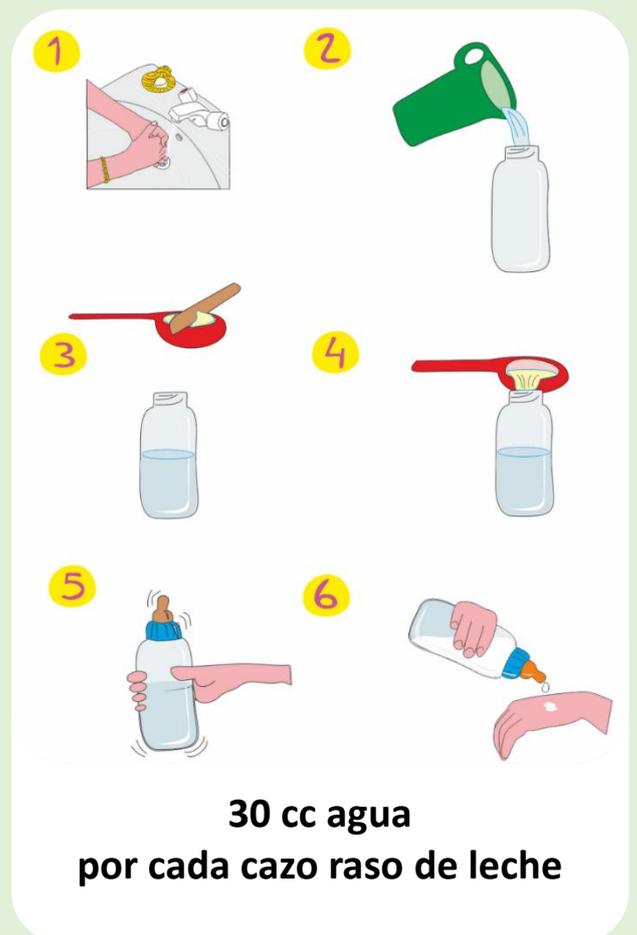
A partir del año de vida se podrá iniciar el uso de las **fórmulas de crecimiento o tipo 3** como transición entre la lactancia artificial y la leche de vaca, pudiéndose mantener hasta los 3 años de edad; o iniciar directamente el consumo de **leche de vaca entera** (nunca antes de los 12 meses) (rica en proteínas como la caseína, azúcares como la lactosa, grasas, calcio, fósforo y vitaminas, sobre todo A, D y algunas del grupo B).



Las **leches vegetales** son una alternativa en caso de tener intolerancia o alergia a la leche de vaca. Pueden entrar a formar parte de una dieta variada y saludable, sobre todo por su menor contenido en grasa, **pudiéndose tomar a cualquier edad, excepto durante el primer año de vida.**

○ **Normas para la preparación del biberón:**

- **Lávase bien las manos** antes de empezar la preparación.
- Los biberones se deben **preparar inmediatamente antes de las tomas.**
- En nuestra región el agua del grifo tiene suficientes garantías sanitarias, por lo que **no se recomienda hervir el agua.** En caso de que se decida hervir, habrá que hacerlo durante 1 minuto (en ningún caso hervir durante más de 5 minutos) para evitar el aumento de la cantidad de nitritos y minerales, que podrían ser perjudiciales para el bebé.
- El método ideal para **calentar el agua** es “al baño maría”, es decir, sumergiéndolo en parte en agua caliente para que se caliente poco a poco el contenido del biberón. No se recomienda calentar en el microondas porque produce un calentamiento irregular y el niño corre riesgo de quemarse.



- **Si se hierve el agua esperar hasta que esté tibia**, completando el volumen deseado.
- **Agregar los cacitos de polvo de leche** (rasos y sin comprimir) en una proporción de **un cazo por cada 30 cc de agua**.
- **Agitar** el biberón.
- Darlo a una **temperatura aproximadamente igual a la del cuerpo**, Para comprobar que esté a la temperatura ideal, derramaremos unas gotas en el dorso de la mano o parte anterior de la muñeca, si apenas se nota, es la temperatura adecuada.
- Se irá aumentando la cantidad de leche (en la misma proporción anterior – 1 cazo cada 30 cc de agua) según la apetencia del niño/a y recomendaciones de su pediatra.
- **No es necesario hervir el biberón** para “esterilizarlo” después de cada uso, basta con el lavado con agua y jabón.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (AC)

La AC consiste en la **ingesta de alimentos sólidos o líquidos diferentes a la leche materna o de fórmula infantil**. Progresivamente, a partir del año de edad, se ofrecerá primero la alimentación y después la LM/LA como complemento o reservada para determinados momentos del día.

En este momento **el bebé, ya podrá consumir la misma alimentación que el resto de la familia**, con texturas cada vez más parecidas a la del resto de miembros, aunque manteniendo un especial cuidado con alimentos como salchichas, uvas, frutos secos, ... (no porque el niño/a no pueda comerlos, sino por el alto riesgo de atragantamientos).

Cosas a tener en cuenta ante la AC:



– Se debe **enseñar al niño a comer de todo**, ya que siguiendo una dieta variada se cubren las necesidades nutritivas y se aseguran hábitos de alimentación adecuados para el futuro.

La prevención de la obesidad se inicia desde el nacimiento.

– **Puede comer con sal**, pero se recomienda un máximo de 2g al día (0,8g de Sodio al día).

– **Establecer horarios regulares** en las comidas, evitando picar entre horas.

– Cuando introducimos un alimento, **el bebé puede necesitar probarlo entre 10 y 15 veces para aceptarlo**. Por ello, ante un rechazo no hay que abandonar ese alimento, sino seguir intentándolo y solamente en el caso de que no se consiga su introducción y el niño/a continúe con el rechazo, habrá que estudiar modificar su forma de cocinado, intentarlo en otro momento en el que el niño/a haya aumentado su maduración o su sustitución por otro de valor nutritivo similar como última opción.

– **Procurar que el niño/a no adquiera conductas caprichosas y monótonas.**

– **Los niños aprenden de lo que ven en casa.** Si el resto de la familia no come verduras, por ejemplo, ellos tampoco las comerán.

Precauciones durante la AC:

- **Se deberá garantizar una alimentación variada y equilibrada.**
- Ofrecer **líquidos** en taza o vaso. El niño/a deberá tomar **AGUA** a pesar de mantener la lactancia materna, ya que al introducir los alimentos requiere un mayor aporte hídrico.
- El **PESCADO AZUL de pequeño tamaño, se habrá introducido en torno al año de vida**, pero se deberán evitar los **pescados de grandes dimensiones** (atún, emperador, cazón, tiburón, etc.) por su alto contenido en mercurio, **hasta los 10 años**.
- **Los FRUTOS SECOS ENTEROS quedan prohibidos hasta los 5-6 años**. Para poder ofrecerlos, deben estar molidos (su prohibición no responde a motivos alimentarios o por prevención de alergias, sino que se realiza por el alto riesgo de obstrucción de la vía aérea completa y compleja si se dan enteros).
- **A partir de los 12 meses se puede dar MIEL CRUDA.**



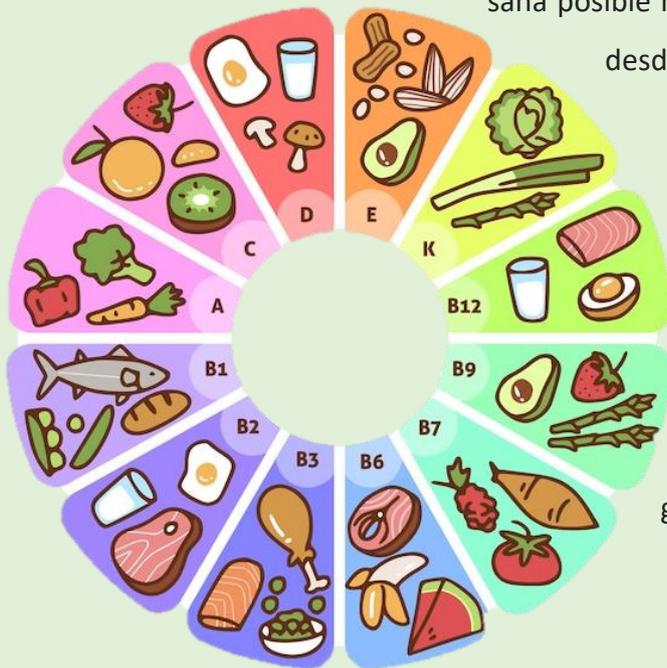
IMPORTANTE:

La **introducción** de los alimentos debe de ser **escalonada** dejando un intervalo de 2-5 días entre los alimentos tolerados y los nuevos.

Además, **esta introducción trataremos de que no se realice por la noche o en aquellos periodos en los que no se pueden observar al niño/a** ya que ante una posible reacción no nos enteraríamos (las reacciones alérgicas pueden ocurrir de forma inmediata tras la ingesta, sin embargo, en otras ocasiones se dan varias horas o días después de tomar el alimento).

Cómo preparar los alimentos: se cocinarán de la forma más sana posible (vapor, hervido, asado,

a la plancha, air fryer,...). En caso de optar por la alimentación triturada, se cocinarán de la forma más sana posible modificando progresivamente las texturas, yendo desde las más pastosas hasta lo sólido.



Hay muchos niños que siguen comiendo exclusivamente purés porque así come más rápido, sin embargo, hay que desaconsejar esta práctica puesto que, al no hacer caso a las señales de saciedad del bebé, tomará mayores cantidades, fomentando la sobreingesta, germen de sobrepeso y obesidad.

Baby-Led Weaning (BLW): mención especial merece esta técnica. El BLW es una forma de ofrecer la AC en la que **al bebé se le permite “dirigir” el proceso desde el principio. Los padres deciden qué ofrecen** (siendo su responsabilidad ofrecer comida sana, segura y variada), **pero el bebé coge por sí mismo la comida que se pone a su alcance, decidiendo qué elige comer y cuánta cantidad.**

Los alimentos se ofrecen cocidos, con poca agua para evitar la pérdida de vitaminas y **de forma entera en lugar de triturados**, con tamaño y forma adecuadas para que el propio bebé lo coja con sus manos y lo lleve a la boca en función del apetito y sus preferencias (se recomienda como forma ideal la de “fingers” o palitos, pero a medida que crece puede ser de un tamaño más pequeño).

Los alimentos que se pueden usar son:

- **Verduras cocinadas al vapor o ligeramente cocidas, asadas o fritas.**
- **Frutas y verduras crudas, cortadas en forma de “palitos” (OJO, no manzana ni zanahoria cruda por riesgo de atragantamientos).**
- **Carne guisada, cocida o a la plancha, cortada en tiras o con una parte larga para poder agarrarlo.**
- **Otros:** tortas de arroz, bolas de arroz o arroz cocinado de cualquier forma, mini sándwiches, macarrones, etc.

Ventajas de este sistema frente a la alimentación en purés:

- El bebé come a su ritmo según sus habilidades y adquiere hábitos de alimentación más saludables respetando las señales del cuerpo sobre el hambre y la saciedad.
- Promueve y estimula el desarrollo psicomotor del bebé.
- Se evita el paso intermedio por papillas y purés (aunque no es incompatible) y una nueva transición a la alimentación sólida.
- Come al mismo tiempo que la familia, integrándolo en la mesa.
- Se va acostumbrando a las comidas de casa.



Precauciones:

- Garantizar una **alimentación variada y equilibrada**.
- **Tener especial cuidado con los atragantamientos:** evitar los alimentos duros como la zanahoria o la manzana crudas; y pequeños como los frutos secos o las aceitunas.
- **Instruir a los padres cómo actuar ante un posible atragantamiento.**
- **Deben estar supervisados en todo momento** mientras comen.

COMBINACIÓN DE AC Y MÉTODO DEL PLATO

El **MÉTODO DEL PLATO** se basa en indicar las proporciones adecuadas de los diferentes grupos de alimentos que deben formar parte de las dos comidas principales del día: la comida y la cena. La distribución en el plato debe ser la siguiente:

- El 50% del plato verduras y/o hortalizas.
- El 25% carnes, pescados, legumbres y/o frutos secos.
- El 25% cereales integrales o tubérculos.

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

Use aceites saludables (como aceite de oliva y colza) para cocinar, en ensaladas, y en la mesa. Limite la mantequilla. Evite las grasas trans.



Cuanto más verduras y mayor variedad, mejor. Las patatas y las patatas fritas no cuentan.

Coma muchas frutas y de todos los colores.



¡MANTÉNGASE ACTIVO!

© Harvard University



Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource



Beba agua, té, o café (con poco o nada de azúcar). Limite la leche y lácteos (1-2 porciones al día) y los zumos (1 vaso pequeño al día). Evite las bebidas azucaradas.

Coma cereales (granos) integrales variados (como pan integral, pasta integral, y arroz integral). Limite los cereales refinados (como arroz blanco y pan blanco).

Escoja pescados, aves, legumbres (habichuelas/garbanzos/lentejas), y frutos secos; limite las carnes rojas y el queso; evite el beicon, fiambres, y otras carnes procesadas.

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu





PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

¿Qué valoramos?

- **Intestinal**

- N.º de deposiciones y frecuencia.
- Consistencia de las heces.
- Color.
- Si refiere algún problema: fisuras, fecalomas,...
- Utilización de ayudas para la defecación: laxantes, estimulación, enemas,...
- Presencia de ostomías de eliminación.

- **Urinaria**

- N.º de micciones: pañales mojados.
- Características de la orina.
- Presencia de ostomías urinarias, sondas u otros dispositivos.

- **Eliminación cutánea**

- Sudoración profusa.

Exploración

- Explorar ano y recto: descartar fistulas, presencia de fisuras,...
- Meato urinario: hipospadias (anomalía congénita donde el nacimiento de la uretra en el pene no está en la punta, sino en la zona inferior de este), epispadias (anomalía congénita que afecta tanto a hombres como mujeres donde la uretra no se forma en un tubo completo en el caso del pene; o en el caso de la mujer, la uretra se encuentra en una zona diferente a la habitual, sin formación completa como tubo),...

Educación para la salud

En este momento, el bebé mojará mínimo cuatro o cinco pañales al día, con una orina de aspecto amarillo pálido. Si la orina es más oscura o escasa de lo normal, puede indicar que el bebé tiene una escasa ingesta de líquidos. Existen ocasiones que pueden disminuir su cantidad, como

puede ser la fiebre o los meses de mucho calor, pero siempre habrá que vigilar el estado general de hidratación del niño/a.

Con la introducción de la alimentación más variada, se suelen producir cambios en la frecuencia, aspecto y consistencia de sus deposiciones, de tal forma que se van haciendo cada vez más consistentes y de aspecto más parecido a las de los adultos.

En cuanto al **hábito intestinal del lactante**, lo ideal es que al menos haga una o dos deposiciones diarias o máximo una cada dos días, pero de consistencia pastosa o más formada, pero no seca. Para evitar el estreñimiento hay que tener en cuenta dos cosas muy importantes: una dieta equilibrada rica en residuos y suficiente aporte de líquidos.



IMPORTANTE:

No es conveniente realizar estimulaciones anales con el termómetro o cualquier otro objeto para que el niño/a haga caca con más frecuencia (cerillas, tallo de

geranio...etc.). Se deberá consultar con el pediatra si aparece:

- Heces duras y seca con dificultad para su expulsión.
- Heces de color blanco-grisáceo, junto con piel amarilla del niño/a (ictericia).
- Heces con sangre.

Entre los 18 y 24 meses se pueden iniciar pautas de ayuda para iniciar el control de esfínteres. Por ejemplo, se puede dejar ver a otra persona de la familia (hermanos o padres) usar el inodoro o el orinal para que el bebé lo vea como algo natural y que quiera imitar (recordemos que esta es la gran etapa de la imitación y podemos aprovecharla para preparar el camino para la futura retirada del pañal).

El **control de esfínteres** se iniciará en el caso del **anal** entre los 2 y 4 años durante el día y los 3 y 6 años durante la noche. No obstante, cada niño seguirá su ritmo y lo conseguirán cuando estén maduros física y psicológicamente. **Por este motivo, no se recomienda iniciarlo antes de los 2 años** (salvo que el niño/a lo demande) pues la inmadurez puede desencadenar en frustración familiar, estreñimiento, encopresis y entorpecimiento del aprendizaje.

Algunas **claves para iniciar el control de esfínteres en el momento adecuado** son:

- El niño/a camina sin ayuda.
- Presencia de buena coordinación de manos para subirse y bajarse los pantalones.
- Los niños pueden permanecer secos y limpios durante varias horas.
- Muestran interés por sentarse en un orinal y expresan signos visibles de prepararse para orinar o defecar (aunque continúen haciéndolo en el pañal).
- Demandan enseguida que se les cambie el pañal cuando esta sucio.
- Pueden colocar cosas donde corresponde y pueden comprender y ejecutar órdenes verbales simples.



Una vez iniciado el uso del inodoro, es conveniente **colocar al niño/a en postura cómoda**, con apoyo de los pies en el suelo o en un pequeño taburete/escalón, de tal forma que **se aprovechen los movimientos intestinales** que se producen después de las comidas para usar el orinal o el inodoro. Además, para facilitar todo este proceso, es conveniente poner al niño/a **ropa fácil de bajar**.

En el caso del control del **esfínter vesical**, se iniciará entre los 3 y 4 años, de tal forma que a los 5 años el niño/a promedio ya puede ir al baño solo.



PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO

¿Qué valoramos?

- **Patrón de ejercicio y actividad física del niño/a.**
- **Tablas de desarrollo: Tabla Haizea –Llevant / Test de Denver ([Anexo 2](#)):** instrumentos que permiten evaluar, de una manera sencilla, sistemática y eficaz, el estado del desarrollo cognitivo, social y motor del niño/a durante las primeras etapas de su crecimiento y detectar precozmente aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada (no olvidar que estas tablas no son diagnósticas) así como poder determinar la necesidad o no de estrategias y procedimientos de estimulación del desarrollo psicomotor. Aunque no hay que olvidar que cada niño/a tiene un ritmo de desarrollo propio.

Nota aclaratoria: aunque ambas tablas evalúan el correcto desarrollo neurológico del niño/a, por motivos didácticos los autores hemos desglosado su aplicación en el presente apartado lo relacionado con el desarrollo postural y de la movilidad tanto fina como gruesa; dejando para más adelante el desarrollo de las habilidades puramente cognitivas.

¿Cómo se utilizan?

Para realizar estos test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño/a atravesando las áreas de desarrollo. Preguntaremos a la familia y comprobaremos en la consulta si el niño/a realiza los elementos a evaluar situados a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa. El examinador valorará la falta de adquisición de elementos en todas o algunas de las áreas de desarrollo, si aún está dentro del tiempo de poder ejecutar dicho elemento o tarea, la presencia de señales de alarma o la necesidad de otros estudios diagnósticos.

Los **hitos del desarrollo en el ámbito postural y motor** que deberá haber conseguido el niño son (preguntar a los padres/cuidadores y observar en la consulta):

15 meses:

- Es capaz de caminar de forma adecuada.
- Sube escaleras gateando.
- Se agacha y pone en pie sin apoyo.
- Es capaz de hacer una torre con dos cubos.
- Sostiene dos cubos en la mano y no los lanza.
- Hace garabatos.

SIGNOS DE ALARMA 15 MESES:

- Patrón de conducta repetitivo.
- Ausencia de desplazamiento autónomo.
- Pasa ininterrumpidamente de una acción a otra.

18 meses:

- Sube y baja escaleras cogido de la mano.
- Corre de forma torpe.
- Salta sobre ambas piernas.
- Sabe tirar de un carrito con una cuerda.
- Da patadas a un balón sin caerse.
- Sabe tirar la pelota cuando se le pide.
- Hace una torre de 3-4 cubos.
- Saca objetos de una botella sin que se le enseñe como hacerlo.
- Realiza garabatos espontáneos.
- Hace una raya en un papel imitando.
- Pasa hojas de un libro (pasando varias hojas al mismo tiempo).
- Maneja bien la cuchara y el vaso, pudiendo comer solo.



SIGNOS DE ALARMA 18 MESES:

- Patrón de conducta repetitivo.
- No camina.

24 meses:

- Sube y baja escaleras de una en una por sí solo.
- Camina hacia atrás.
- Corre con soltura.
- Coge objetos del suelo sin caerse.
- Da patadas a un balón sin perder el equilibrio.
- Hace una torre de 5-6 cubos.
- Garabatea de forma espontánea.
- Imita una línea horizontal y vertical.
- Desenrosca tapaderas.
- Pasa hojas de un libro de una en una.
- Se lava y seca las manos por sí solo.
- Se sube los pantalones y es capaz de quitarse los zapatos.



SIGNOS DE ALARMA 24 MESES:

- Patrón de conducta repetitivo.
- No desarrolla juego simbólico.
- Hiperactividad.
- No sabe entretenerse solo y necesita vigilancia continua.
- No camina.

Exploración

- **Movimientos espontáneos, postura y tono muscular:** estar atentos a posibles asimetrías en la movilidad de miembros superiores e inferiores; la relación de los miembros respecto al cuerpo; postura corporal,...
- **Reflejos del RN, arcaicos o primarios:** recuerdo del instinto de supervivencia de épocas pasadas y que en la actualidad van a ayudar a su adaptación al nuevo medio, dándonos información sobre su estado neurológico. Desaparecerán con el paso de los meses.

En este periodo, se encontrará únicamente presente el **reflejo de Babinski**, (al pasar un objeto como por la parte interna del pie desde el talón al dedo gordo, el bebé levantará los dedos y volteará el pie hacia dentro). **Es normal en niños hasta los 2 años de edad**, pero desaparece a medida que crece, pudiendo no estar presente en algunos casos ya a los 12 meses.



- **Displasia evolutiva de cadera:** alteración de la articulación de la cadera que da lugar a una deformidad en la que la cabeza del fémur está total o parcialmente fuera del acetábulo de forma temporal o permanente. Se deberá explorar hasta que la deambulación esté bien establecida. Para ello se utilizará:
 - **Ver simetría de pliegues:** la asimetría en los pliegues del muslo, ingle y poplíteos puede ser considerada como signo indirecto de que la cabeza del fémur no se encuentra en su sitio (luxación).
 - **Signo de Galeazzi:** colocar al bebé en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas a 90° con tibias y tobillos juntos. En caso de luxación, se aprecia una diferencia de longitud de los muslos y se considera positivo.
 - **Limitación de la abducción** (movimiento consistente en alejar los miembros inferiores de la línea media corporal): signo directo donde en caso de luxación, el ángulo de movimiento será inferior a 60° (se considerar normal una abducción de al menos 75°).
 - **Explorar en busca de hiperlordosis lumbar o trocánter mayor prominente** como signos de compensación por una mala colocación de la cabeza femoral en el acetábulo.
- **Marcha:** en su mecanismo normal, siempre hay un pie apoyado en el suelo (estático) y otro avanzando, en el aire (dinámico), siendo el resultado de la acción coordinada de diversos sistemas musculares.



La forma en la que camina el niño/a, suele ser un motivo de más preocupaciones para la familia que para los sanitarios ya que en la mayoría de las ocasiones, las modificaciones que se pueden encontrar son variantes de la normalidad según la edad, constitución y proceso de aprendizaje del niño/a.

Para su valoración, es de gran importancia la observación y la exploración física para ver el ángulo de progresión de la marcha, el apoyo del pie y la secuencia del movimiento (cadera, torsión del muslo, pierna, pie,...), además de conocer si esas modificaciones son puntuales o se producen siempre que el niño/a camina.

En caso de **cojera mantenida**, habrá que estudiar el estado de las caderas por la posibilidad de que sea debido a displasia.

Educación para la salud

ACTIVIDAD Y MOVILIDAD DEL BEBÉ



La actividad del niño ahora ya es voluntaria. Ha aprendido a caminar y desplazarse por sí mismo; a coger objetos y sacarlos de un cajón, armario,...; empieza a dibujar.... y su nivel de actividad es alto a lo largo del día.

Para un correcto desarrollo de la motricidad gruesa y fina, tiene un papel muy importante la **curiosidad del niño/a**, pero debe acompañarse de **estimulación** por parte de los padres/cuidadores a través de caricias, juegos,..., **proporcionándole un entorno seguro.**

Por otro lado, debe **estimarse al niño/a a realizar ejercicio físico** como forma de prevención de la obesidad infantil a través del juego, promoviendo a que camine, salte, trepe, realice juego con pelota,... pero siempre en lugares y condiciones que garanticen la seguridad.

Es recomendable que se haga **paseo diario**, al menos una vez al día, al aire libre, realizando juego en el suelo con una duración de al menos 3 horas al día de actividad y juego (tanto exterior como en el interior).

Además se recomendará **evitar el uso de pantallas y dispositivos electrónicos hasta los 6 años de edad**, permitiendo únicamente su utilización con fines de contacto social (videollamada, cuento, canción,...), pero siempre acompañado/a de un adulto y de forma muy limitada en el tiempo.

ALTERACIONES DE LA MARCHA

Es muy frecuente en estas edades que el niño/a camine de puntillas (preocupando frecuentemente a los padres). Aunque normalmente esta actitud es un vicio postural del niño (muy frecuente en aquellos que aprendieron a caminar con “taca-taca” o andador), si se produce siempre que el niño camina y se mantiene en el tiempo, habrá que derivar al pediatra para su exploración y descartar otras causas.

Por su parte, las **modificaciones en el pie** (plano, cavo, varo, valgo,...) no son valorables a esta edad debido a la gran flexibilidad de los ligamentos y articulaciones del niño/a. Además, hay que tener en cuenta que el arco plantar no está completamente formado hasta los 3-4 años.

HIGIENE POSTURAL

Es muy frecuente que el niño/a se sienta en el suelo con las nalgas totalmente apoyadas y con las rodillas y piernas dobladas hacia atrás formando una W (**postura del sastre invertida**).

Esta posición aporta al niño/a más estabilidad al estar sentado, sin embargo, si se toma como habitual y se mantiene largos periodos de tiempo, se asocia a problemas de rigidez muscular, fuerte presión en las articulaciones de cadera, tobillos y rodilla, caderas débiles, anteversión femoral o alteraciones de la marcha.

Por ello, es conveniente **informar a los padres desde edades tempranas (15-18 meses) para que intenten corregir al niño cuando se sienta y no se convierta en un hábito.**





PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

¿Qué valoramos?

- Patrón de sueño del lactante.
- Vivencias, expectativas y temores de los padres.
- Lugar elegido para el descanso.
- Rutinas establecidas para favorecer el descanso.

Educación para la salud

Los bebés de esta edad cada vez tienen un **ritmo más regular de sueño**. Suelen dormir entre **13-15 horas totales**, haciendo **entre dos y tres siestas cortas durante el día** (aunque cuanto más avanza la edad, menor será su número).

Los **despertares nocturnos** siguen siendo normales y habituales (disminuirán a partir de los tres años), aunque manteniendo el sueño 5-6 horas seguidas o más. Los motivos de estos despertares, pueden estar en la ansiedad por separación de los padres o los cambios en la dentición, no obstante, a medida que avanza esta etapa se iniciará el desarrollo de los **sueños activos**, pudiendo ser los desencadenantes de la ruptura del ciclo del sueño.

Terrores nocturnos, pesadillas y sonambulismo son las parasomnias (trastornos de la conducta del sueño) más frecuentes y normales en la infancia, sobre todo a partir de los 3 años de vida, no asociándose a patología.

¿DÓNDE DEBE DORMIR EL NIÑO/A?

El **lugar destinado al sueño del bebé será elección de los padres**, pudiendo ser en habitación independiente o mantenerlo en la misma (con cuna propia, realizando colecho o cunas adosadas a la cama de los padres).

En el caso de realizar **colecho**, aunque el niño posee una mayor movilidad y el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) ya es infrecuente, se mantienen algunas recomendaciones para garantizar la seguridad como:

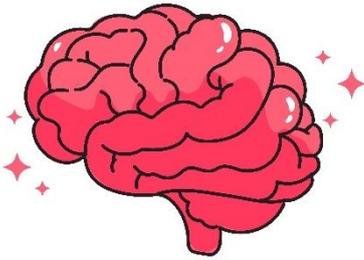
- Colchón firme.
- Recomendar la posición decúbito supino (aunque ahora ya el niño/a se moverá mucho más que en etapas anteriores).
- No arropar en exceso.
- Evitar el colecho en casos de riesgo aumentado por parte de los padres como es el de consumo de tabaco, alcohol, tóxicos o fármacos para dormir.
- Nunca realizar colecho en sofá o butaca.



HIGIENE DEL SUEÑO

Recomendaciones para una buena higiene del sueño:

- Evitar la actividad física 1-2 h antes de acostar al niño/a, así como actividades que lo estimulen como los juegos.
- Establecer horarios fijos.
- Establecer rutinas relajantes (baño, leer un cuento,...) que deben acabar en la habitación.
- Mantener ambiente relajado, sin ruido, luz tenue y temperatura confortable.
- No acostarlo con hambre, pero tener en cuenta que el exceso de líquidos favorece los despertares nocturnos.
- Intentar que duerma solo sin ayuda, sin que asocie el sueño con el pecho, biberón o alguien cantándole o meciéndole. Se puede ofrecer peluche o su juguete favorito para que le ayude a gestionar el momento de separación de los padres.
- No utilizar dispositivos electrónicos multimedia para dormir al niño/a (tampoco se recomienda utilizarlos durante 1-2 h. antes de acostarlo).



PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Qué valoramos?

- **Observar la relación de madre/padre con su hijo/a.**
- **Tabla Haizea-Llevant / Test de Denver (Anexo 2):** adquisición de hitos del desarrollo en el ámbito cognitivo, sensorial y de socialización. Para realizar estos test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño/a atravesando las áreas de desarrollo. Preguntaremos a la familia y comprobaremos (mediante nuestra observación) si el niño/a realiza los elementos a evaluar situados a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa.

Nota aclaratoria: aunque ambas tablas evalúan el correcto desarrollo neurológico del niño/a, por motivos didácticos los autores hemos desglosado su aplicación en el presente apartado lo relacionado con el desarrollo puramente cognitivo y de socialización; dejando para patrones previos lo relacionado con el ámbito postural y de desarrollo de la motricidad.

El niño/a deberá haber conseguido los siguientes (preguntar a los padres/cuidadores y observar al niño/a en la consulta):

15 Meses:

- Posee un vocabulario de 3-6 palabras.
- Puede señalar una parte de su cuerpo.
- Entiende órdenes simples.
- Indica lo que quiere con gestos y sonidos.
- Señala con el dedo.
- Come solo, sin ayuda.
- Imita tareas.

SIGNOS DE ALARMA – 15 MESES:

- Ausencia de señalamiento con el dedo.
- Pasividad por el entorno.

18 Meses:

- Vocabulario de 10-15 palabras.
- Imita palabras.
- Aparición del “NO”.
- Cumple órdenes sencillas.
- Escucha una historia, mirando los dibujos y nombrando los objetos.
- Señala 2-3 partes de su cuerpo.
- Insiste en hacer las cosas solo.
- Avisa cuando moja el pañal.
- Da besos y abrazos.
- Sabe imitar a otra persona en las tareas domésticas.

SIGNOS DE ALARMA – 18 MESES:

- Ausencia de señalamiento con el dedo.
- Pasividad por el entorno.
- Ausencia de palabras con significado.



24 meses:

- Vocabulario de 20-50 palabras.
- Comienza el uso de palabras-frase (por ejemplo: niño/a bueno,...).
- Usa frases de 2-3 palabras con verbo.

- Usa pronombres (yo, tu, mi,...).
- Cumple órdenes con dos pasos.
- Señala hasta 4 partes de su cuerpo y nombra al menos una.
- Juego simbólico (abriga al muñeco, lo acuesta,...).
- Observa a otros niños y juega cerca pero aparte de ellos.

SIGNOS DE ALARMA – 24 MESES:

- Incapacidad para el desarrollo de juego simbólico.
- Excesiva sociabilidad (se marcha con cualquiera de manera indiscriminada).
- Estereotipias verbales.
- Falta de comprensión.

○ **Valoración de trastornos del espectro autista (TEA):** utilizaremos el **test M-CHAT-R** ([Anexo 3](#)) como herramienta de **despistaje de TEA en niños de entre 16 y 30 meses de edad**. Valoración formada por 20 preguntas que responderán los padres/cuidadores y que ha demostrado ser altamente efectiva para su detección temprana.

No hay que olvidar, que realizar este test no es suficiente para diagnosticar si el niño/a presenta algún TEA, sino que detecta señales de riesgo que precisarán derivación a otro especialista para una evaluación más exhaustiva.

Exploración

- **Ojos /Visión:**

- **Inspección** de ojos, párpados, existencia de epífora (lagrimeo excesivo), presencia de Nistagmus, estado de la pupila,...

- **Reflejo fotomotor** (contracción de la pupila en respuesta a la luz) **y sensibilidad a la luz.**

- **Test del Reflejo rojo o test de Brucker:** Se realiza utilizando la luz del oftalmoscopio enfocado a las partes normalmente transparentes del ojo hasta la retina. Esta luz en condiciones normales, se refleja generando un reflejo rojo. El oftalmoscopio debe estar ajustado a dioptrías 0 y con la luz circular más



grande. Se enfocará a una distancia de 50-75 cm (aproximadamente la longitud del brazo del explorador), y con la habitación en penumbra.

- **Transparencia de córnea y cristalino.**
 - **Se fija en objetos y en las personas** de su entorno.
 - **Sigue el movimiento** de personas y objetos grandes hasta 180°.
 - **Fijación de la mirada.**
 - **Alineamiento ocular:** el estrabismo es el mal alineamiento de los ojos. Pruebas a utilizar:
 - **Test de Hirschberg.** consiste en la observación del reflejo luminoso corneal en ambos ojos procedente de un foco de luz (linterna) situado a unos 40 cm de la cara del niño/a; los reflejos luminosos deben quedar simétricamente centrados en ambas pupilas. Si en un ojo está bien centrado y en el otro ojo está desviado, existe un estrabismo.
 - **Alineamiento ocular: Cover test:** es una prueba que está basada en el movimiento reflejo que realiza el ojo cuando está fijándose en un objeto. La prueba consiste, en ocluir un ojo durante unos 5 segundos aproximadamente, y destaparlo para ver si hubo movimiento del ojo al volver a ver el objeto. El niño fija su mirada en un objeto situado a unos 40 cm. Le tapamos un ojo con la mano y observamos el otro ojo. Si éste cambia de posición para enfocar el objeto, el test es positivo (indica estrabismo). Si al destapar el ojo éste se mueve para enfocar, el test es positivo para este ojo. Esta prueba requiere colaboración por parte del niño/a y puede ser difícil de realizar por debajo de los 2-3 años. Detecta forias (falso estrabismo) o estrabismo latente u oculto.
-
- **Oído/audición:**
 - Explorar oreja y oído (presencia de apéndices periauriculares no ha demostrado su asociación con presencia de problemas renales ocultos).
 - Respuesta a los sonidos: gira la cabeza hacia el ruido,...
 - Reacción a la voz: distingue a su madre, atiende a una conversación, la voz de sus padres le tranquiliza,...



ESTIMULACIÓN SENSORIAL DEL BEBÉ

Para favorecer un buen desarrollo psicomotor del niño/a es importante acariciarlo, hablarle suavemente, cogerlo, cantarle, ... ya que de esta manera se estimularán los sentidos.

Recomendaciones:

- Garantizar la seguridad del niño al explorar su medio.
- Estimulación psicomotora y del lenguaje a través del juego, los cuentos y la música.
- Jugar con el niño/a dejando que explore lo que hay a su alrededor.
- Hablarle repitiendo sonidos y nombres de forma clara, correcta y con términos sencillos.
- Leerle libros con figuras de animales, elementos cotidianos, colores,...
- Ofrecerle cubos o bloques para apilar.
- Darle órdenes simples para ver que el niño/a las lleva a cabo (“decir adiós”).
- Enseñarle las partes de su cuerpo cuando se bañe, se vista,...
- Utilizar canciones o música en el juego del niño/a.
- Enseñarle su nombre y apellidos.
- Animarle a que expresen con el lenguaje lo que quieren. Puede aparecer disfemia o tartamudez fisiológica al hablar debido al gran aumento de vocabulario y habilidades comunicativas del bebé en poco tiempo. Normalmente desaparecerá progresivamente en corto tiempo sin precisar ninguna intervención. Solamente si se mantiene en el tiempo deberá ser explorado por logopedas.

En esta etapa empezarán a sufrir **rabietas**, muy frecuentes en la infancia y en función de la forma en la que se afronten, marcarán la formación de la personalidad del futuro adolescente y adulto.





PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

¿Qué valoramos?

- Actitud de los padres ante la crianza y los nuevos cambios.
- Rasgos de personalidad del niño/a y sus respuestas ante el mundo que le rodea (curiosidad, miedo, rabietas, falta de respuesta,...).
- Presencia de sentimientos negativos reiterados de los padres/cuidadores hacia el niño/a.

Educación para la salud

La formación de la **personalidad** se produce desde el nacimiento y se va modelando a medida que el individuo adquiere experiencias vitales. En este momento, aún no se ha marcado, pero con el paso de los meses podemos ir apreciando un patrón (niño que llora mucho, o poco, respuestas con miedo o con curiosidad,...).

Para su desarrollo **es muy importante un ambiente adecuado** basado en la **Parentalidad Positiva** (comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño/a, que cuida y desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación hacia el niño/a, además de incluir el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño/a).

Este ambiente debe estar basado en:

- Vínculos afectivos cálidos.
- Entorno estructurado.
- Estimulación y apoyo.
- Reconocimiento.
- Capacitación de los hijos como agentes activos de la familia.
- Educación sin violencia.



Un hogar en el que predominan los sentimientos negativos hacia el niño, desencadenará en edades futuras en problemas de falta de autoconfianza y autoestima, trastornos de la imagen corporal,...

“ETAPA DEL NO”

Informaremos a los padres que el niño/a está empezando la **época del NO** (aunque se hará más fuerte **entre los 2 y 4 años**; y desaparecerá por sí sola). Esta es una fase madurativa más del niño/a en la que está aprendiendo a ser “independiente” y está empezando a tener conciencia de sí mismo como ser individual, por lo que cree que para reafirmarse debe oponerse a todo lo que le digan desde fuera.



Esta capacidad de autoafirmación no significa que esté retando a los padres o cuidadores, solo supone una lucha de poder en la que el niño/a ejerce su voluntad sin ser consciente de cómo sus decisiones afectan a los demás, ni de los peligros de las mismas.

Recomendar que la **actitud de los padres** se base en la **comprensión** de que es una fase más del desarrollo y se establezcan límites que eviten que este egocentrismo se convierta en autoritarismo y tiranía (el niño/a no puede hacer lo que él quiera).

Consejos:

- **Permitir la autoafirmación del niño, pero manteniendo límites.** Para ello es de gran importancia la forma en la que enfoquemos las preguntas. Éstas deben tener en cuenta la opinión del niño/a, pero dentro de unos parámetros. Por ejemplo: “¿Qué camiseta quieres?, ¿la roja o la azul?”. De esta manera el niño/a muestra sus preferencias, pero, si por el contrario, le preguntamos “¿te quieres poner la camiseta amarilla?” (porque es la que nosotros queremos), en esta etapa ya sabemos la respuesta “NO” y será el inicio de una rabieta.
- **Vigilar los “noes” del resto de la familia.** Si decimos “no” de forma sistemática ante cualquier proposición del niño, reforzaremos su actitud.
- **Permitir el “no” y reorientar la conducta.** Se debe mostrar comprensión hacia la negativa del niño/a y ofrecerle una alternativa que convenga a los padres y en la que el niño pueda participar de la decisión.
- **Prestar atención a sus “Sí” y reforzarlos positivamente.**
- **Enseñar otras formas de responder.** Su vocabulario aún es limitado y conoce pocas palabras, sin embargo, a medida que conozca nuevas palabras las integrará en sus respuestas y disminuirán los “no”.
- **Mantenerse firme y no perder la calma.**



PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

¿Qué valoramos?

- Estructura familiar: miembros que componen el domicilio, presencia de hermanos,...
- Convivencia en el domicilio y cómo son las relaciones familiares.
- Presencia de problemas en la familia.
- Cuidador principal.
- Apoyo familiar.
- Forma de relacionarse con otros niños/as.

Exploración

- Genograma (representación gráfica de la familia, sus relaciones, su problemática y su historial médico).
- Apgar familiar.

Educación para la salud

En esta edad, existe una mayor interacción del niño/a con el resto de los miembros de la familia, afianzando los roles creados; y con los niños/as de su entorno.

RELACIÓN NIÑO – FAMILIA: en esta etapa el niño/a se encuentra en gran desarrollo y será clave la estimulación que reciba del exterior:

- Hablar y jugar con él.
- Potenciar y elogiar las buenas conductas.
- Enseñar con el ejemplo.
- Establecer reglas y límites claros, manteniéndolos en el tiempo (evitar las contradicciones).
- Explicar el porqué de la norma ayudará a que el niño/a se sienta animado a obedecerla.
- Manejo de las RABIETAS: el objetivo principal de la mayoría de las rabietas es llamar la atención. Es frecuente que aparezcan cuando les regañamos, cuando no se le da lo que pide,... Dejar que

expresen su rabia. Se recomienda ponerse a su altura, validar sus sentimientos, explicarle la emoción que siente y por qué se siente así para que aprenda progresivamente a manejarlas.

RELACIÓN CON LOS HERMANOS: es normal la aparición de celos por parte del resto de hermanos, para ello es necesario:

- Aumentar la atención en los demás hijos, para que no se sientan desplazados.
- Motivarlos para que ayuden a sus padres en las tareas del hermano pequeño (por ejemplo: la elección de la habitación, la ropa...).
- Pueden tener conductas regresivas como llamadas de atención, por lo que habrá que reforzar las conductas ya aprendidas y hacerles ver que deben ser un ejemplo a seguir para su hermano/a.
- Un niño/a que no expresa ningún tipo de celo, por pequeño que sea, puede que esté escondiendo algún otro problema.

RELACIÓN CON OTROS NIÑOS/AS: en esta etapa, los niños/as empiezan a desarrollar las relaciones sociales con sus iguales, aunque mantienen un juego individual, en paralelo, observándose mutuamente y con un alto peso de la imitación, pero sin cooperación.



RELACIÓN ENTRE LA PAREJA: a pesar de que los nuevos roles se van afianzando, es necesario cuidar esta relación, siendo necesario buscar y encontrar un tiempo para estar juntos a solas y con todo el núcleo familiar, compartir el cuidado de los hijos y evitar el excesivo cansancio de una de sus partes (normalmente la madre) por querer asumir ella todos los roles y responsabilidades.



PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

¿Qué valoramos?

- Existencia de vínculos afectivos padre/madre/hijo/a y relación de apego.

Exploración

- **Niño:**
 - Pene: tamaño ($\geq 2\text{cm}$) y morfología.
 - Escroto: coloración, tamaño, hidrocele, situación de los testículos, descartando la posibilidad de criptorquidia (testículos no descendidos al escroto), ...
- **Niña:**
 - Sinequias vulvares (adherencia de los labios menores).

Educación para la salud

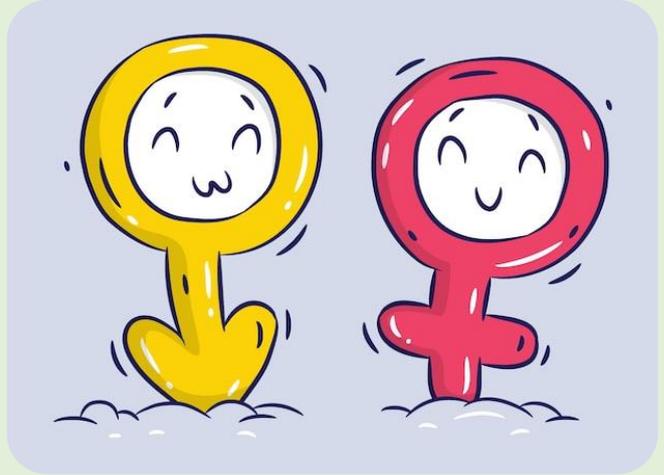
En los **niños** es normal que exista **fimosis** y adherencias balanoprepuciales, que no requiere ningún tipo de intervención, siendo desaconsejable (y contraproducentes) la realización de retracciones forzadas de la piel.

En las **niñas** la presencia de **sinequias vulvares**, se resolverá espontáneamente con medidas higiénicas, sin requerir ningún tipo de tratamiento. Sin embargo, un pequeño porcentaje de casos presenta adherencias firmes y fibrosas que requerirán su liberación mediante la utilización de cremas de estrógenos o tratamiento quirúrgico.

A medida que crece, el niño/a muestra **curiosidad** sobre las cosas, empieza a ser capaz de agarrar objetos y toma conciencia de su cuerpo (y de las diferencias anatómicas con el del adulto), por lo que es normal que inspeccione y toque sus genitales llegando a experimentar cierta excitación, que le lleve al descubrimiento del placer mediante la masturbación.

Sin embargo, la **sexualidad infantil** tiene una dimensión sexual-afectivo-social más que genital, y responde a necesidades de conocimiento, imitación y curiosidad. Las sensaciones de placer no han adquirido un significado específico y no tiene un significado sexual.

La sexualidad infantil será la base de la sexualidad adulta, por ello, es de vital importancia para la vida futura del niño/a establecer un vínculo afectivo satisfactorio con alguna persona adulta de su entorno (por lo general con sus padres). Se deberá proporcionar seguridad al niño/a, contacto físico, juegos y caricias, sin reprimir ni castigar sus comportamientos de exploración, solamente se hablará con él para reservar las conductas a su intimidad.



Por otra parte, a medida que avanza el desarrollo y adquiere un mayor lenguaje, **empezará a preguntar sobre temas que le inquietan** como puede ser las diferencias entre niños y niñas o relacionadas con la reproducción. Estas preguntas **deben ser contestadas**, adaptadas a la capacidad de comprensión del niño/a y su madurez como base de una educación sexual sana.

Finalmente, tener en cuenta que en esta etapa de imitación y juego puede aparecer la **imitación de conductas sexuales observadas** a su alrededor, en la televisión, etc., desarrollando las primeras nociones sobre los **estereotipos y características asociadas a lo femenino y a lo masculino**; así como la **identificación e imitación de modelos de conductas sexuales** que comenzarán a definir sus actitudes ante la sexualidad futura.

Desde temprana edad, se debe empezar a **enseñar al niño/a la diferencia entre caricias deseadas y no deseadas** (de forma adaptada a la comprensión del niño) con el fin de prevenir la aparición de abusos sexuales, así como que el niño/a sepa marcar sus límites y estos sean respetados.



PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Qué valoramos?

- Adaptación del núcleo familiar (padres, bebé, hermanos, ...) a la nueva realidad cambiante.
- Patrón del bebé de adaptación a estímulos estresantes (lloro, rabieta, ...).
- **Signos de mala adaptación familiar** que pueden aparecer en cualquiera de sus miembros:
 - Sentimiento de tristeza y desesperanza.
 - Evitación de todo lo relacionado con el bebé.
 - Tendencia al llanto.
 - Alteraciones del apetito y del sueño.
 - Sensación de tensión/ansiedad ante situaciones relacionadas con el lactante.
 - Alteraciones de la conducta: agresividad, aislamiento social.
 - En caso de los **padres**: hiper/hipofrecuentación de los servicios sanitarios con el bebé.
 - En caso de los **hermanos**, presencia de celos, conductas regresivas o llamadas de atención continuas.
 - En el caso del **bebé**, presencia de irritabilidad, llanto frecuente o rabieta.

Exploración

Observar la aparición de signos de sospecha de maltrato a nivel relacional entre el núcleo familiar.

Educación para la salud

Una forma de ayudar a la adaptación a los nuevos roles familiares, es a través de la **Educación Sanitaria** enseñando a los padres **estrategias para el cuidado** del nuevo hijo y cómo afrontar los posibles problemas que puedan surgir. Es clave **mostrarnos accesibles** para que expongan cualquier duda que puedan tener y las veces que necesiten, aunque creamos que no es importante, si a ellos les genera dudas, hay que resolverlas.

También es muy importante **no juzgar y no culpabilizar**. Hay muchas formas de cuidar al hijo que pueden ser igual de válidas (por ejemplo, lactancia materna o artificial).

Por nuestra parte, intentaremos **modificar aquellas conductas que pongan en riesgo la salud del niño/a** o que afecten a su salud (como el tabaquismo pasivo) a través de la escucha activa y el consejo basado en hechos científicos, evitando los juicios de valor (no debemos juzgar a los padres como peores porque su forma de pensar no sea igual a la nuestra como profesionales ya que solamente creará conflicto y estrés).





PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

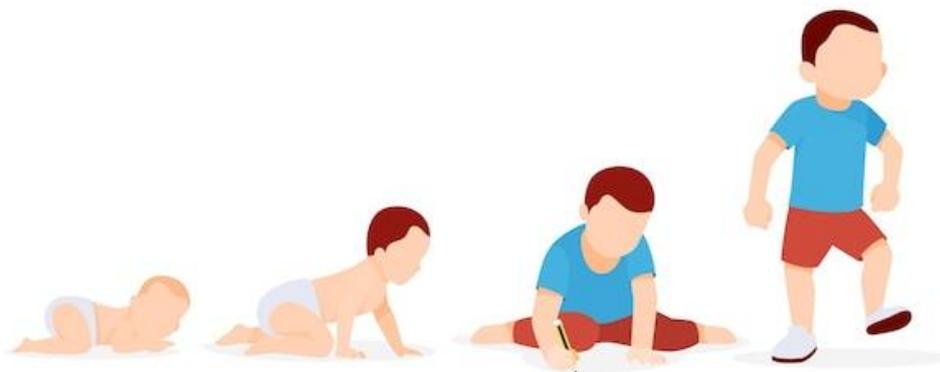
¿Qué valoramos?

- Creencias familiares (religión y valores).
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o la enfermedad.
- Valores respecto al cuidado/educación de los hijos.
- Actitud-percepción ante la vida

Consejos para profesionales

La actuación en nuestras consultas debe estar basada en:

- **No juzgar** la religión o los valores familiares siempre y cuando no afecte a la salud del niño/a; y en el caso de que influyan, argumentaremos los efectos de esas conductas de riesgo.
- **Adaptación a las creencias familiares.**
- **Buscar alternativas** posibles que no entren en conflicto con los valores de los padres y no perjudiquen a la salud del lactante.
- Aconsejar **recursos de la comunidad** acorde a sus creencias y valores para favorecer la formación de una red de apoyo familiar, social y comunitario.



ETAPA PRESCOLAR (2 – 5 años)



ETAPA PRESCOLAR

Contempla la primera infancia del niño/a, desde los 2 a los 5 años de vida. En este periodo, su mundo comienza a expandirse, siendo más independiente, buscando autonomía y prestando mayor atención sobre otros adultos y niños.

En este momento, realizará más preguntas sobre el porqué de las cosas; adquirirá nuevas habilidades comunicativas y motrices; y aumentará la interacción con sus familiares e iguales, aunque manteniendo un número frecuente de rabietas ante los límites que le son impuestos.

En cuanto al crecimiento, se produce una disminución progresiva de su ritmo desde el nacimiento, más marcada en el segundo y tercer año de vida, siendo lo más frecuente, que la talla aumente unos 5-7 cm por año y el peso se incremente 2-3 kg al año aproximadamente; hasta el estirón puberal, donde se volverán a acelerar los cambios.

Desde el punto de vista sanitario, las visitas de la familia al centro de salud se espacian, abarcando este periodo las revisiones de los 2 y los 4 años de vida (aunque si existe alguna sospecha de problemas del desarrollo se podrán programar con una mayor frecuencia de forma individualizada a sus necesidades).



PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Qué valoramos?

- Cómo valoran los padres la salud de su hijo/a y existencia de alguna preocupación al respecto.
- Cómo valora el niño/a su propia salud y existencia de preocupaciones al respecto.
- Revisiones previas y cambios sucedidos desde ese momento.
- Estructura del núcleo familiar (y cambios que se hayan producido desde la revisión anterior).
- Cuidadores principales y sus apoyos, así como sus conocimientos sobre la atención al niño/a.
- Asistencia al colegio.
- Antecedentes personales del niño/a: enfermedades, ingresos hospitalarios, alergias, fármacos que tome,...
- Sistema de Salud alternativo (seguros privados).
- Conductas de riesgo del entorno que puedan influir en su salud.
- Hábitos de higiene.
- Medidas de prevención de accidentes.
- Historia de vacunación previa.
- Opinión de los padres sobre la vacunación y su aceptación o no.
- Adherencia a tratamientos y controles de salud.

Exploración

- Estado higiénico del niño/a.

Educación para la Salud

BAÑO

En este momento, **el niño/a comenzará a participar en su higiene**, además de continuar siendo un momento de juego y exploración del mundo que le rodea y de su propio cuerpo (aprovechar este tiempo para fomentar su autonomía y autocuidado).

En cuanto a su actividad, el niño/a caminará, correrá, comerá solo,... siendo frecuente que se ensucie más que en las etapas anteriores, pudiendo requerir bañarse a diario (aunque habrá que

adaptarlo a las preferencias de padres y niño/a, garantizando una correcta higiene y evitando que sea un momento traumático).

En este tiempo ya **no solamente van a valer las preferencias de los padres/cuidadores, si no que habrá que tener también en cuenta las del niño/a** en cuanto a frecuencias, duración, temperaturas,...

Características:

- **Temperatura del agua:** recomendar **entre 36 y 38°C**.
- **Temperatura de la habitación:** mantenerse cálida, entre **20 y 24 °C** para evitar la pérdida de calor excesiva.
- **Duración:** dependerá de las preferencias de padres y niño/a, puesto que además del factor higiénico, el baño se aprovechará para favorecer su autonomía y juego. No obstante, deberá evitarse su enfriamiento.
- **Modo:** puede usarse tanto **bañera** como **ducha**.

IMPORTANTE:

NUNCA DEJAR SIN SUPERVISIÓN AL NIÑO/A EN LA BAÑERA / DUCHA.

- **Productos:** recomendar el uso de **jabón** suave con **pH neutro**; el **pelo** se limpiará durante el baño/ducha con **agua y jabón/champú suave**. Usar peines de tipo **cepillo de cerdas suaves**. **Secar** con toalla suave haciendo hincapié en los pliegues para evitar la humedad y su irritación. En el caso de utilizar **colonias**, se recomendará evitar su uso sobre la piel o cabello porque puede producir irritación, siendo mejor usarla en la ropa y con olores suaves.
- Mención especial cabe realizarse a la **limpieza de genitales**, por su importancia para la salud y para disminuir el olor corporal.

En el caso de las **niñas**, adiestrar en la forma correcta de realizar la higiene (tanto a la hora del aseo como del uso del WC). Para ello se recomendará realizar limpieza desde la parte anterior hacia la posterior (para evitar las vulvovaginitis por contaminación de gérmenes fecales), separando los labios vulvares y limpiando todos los pliegues.



En cuanto a los **niños**, si están circuncidados, se recomendará lavado del pene con agua y jabón, haciendo higiene del surco balanoprepucial (con el fin de evitar las balanitis). Si no están circuncidados hacer hincapié en la retracción del prepucio para una correcta higiene siguiendo las mismas pautas que en el caso anterior (tener precaución en el caso de la presencia de fimosis con las retracciones forzadas).

CUIDADO DE LOS OIDOS

Para su limpieza diaria, se realizará con una **toalla humedecida** limpiando la zona externa del pabellón auricular, **EVITANDO USAR BASTONCILLOS** para limpiar el conducto auditivo (harán que la cera presente se acumule en el fondo, produciendo su impactación y pudiendo dañar el tímpano y conducto auditivo).

En caso de necesitar limpiar el canal auditivo, se recomienda el empleo de fórmulas comercializadas de agua marina o similar, en spray puesto que facilitarán la salida de la cera y restos de epitelios por arrastre con el agua (no usar jeringas ni raspadores).

CUIDADO DE LAS UÑAS

Se puede emplear una lima fina especial para uñas, cortaúñas o tijeras de punta roma, con especial cuidado para evitar cortes y heridas.



CUIDADOS DE LA PIEL

Tras el baño/ducha, lo mejor es **hidratar** la piel con cremas infantiles sin perfumes ni sustancias irritantes; o aceites vegetales (como almendras o caléndulas), utilizándolas una o dos veces al día en cantidades adecuadas.

La mayoría de los niños/as alcanzan el control de esfínteres a partir de los 2 años de edad, aunque cada niño/a se desarrolla a su propio ritmo. **En el caso de que siga manteniendo el pañal, la zona que lo porta no necesita cuidados especiales, solamente, mantenerla limpia y seca** haciendo un cambio de pañal con una frecuencia adecuada. En caso de irritación, se pueden recomendar cremas protectoras (pasta al agua) para aislar esa piel dañada de la humedad.

CUIDADO DE LA BOCA Y LOS DIENTES

La **dentición de leche o temporal** finaliza su erupción en torno a los dos años y medio, siendo a los seis años cuando se iniciará la erupción de la dentición definitiva.

La **higiene de los dientes** se realizará al menos tres veces al día, después de las comidas principales, utilizando un cepillo suave con **pasta dental de 1000 ppm** (partes por millón) **de ion flúor en cantidad mínima, como una mancha o grano de arroz hasta los 3 años** (recomendación de la sociedad española de odontopediatría).

A partir de los 3 años de edad y hasta los 5 años, el niño/a usará pasta dental de **1.000 ppm de ion flúor**, con una cantidad equivalente a un **guisante**. Será **a partir de los 6 años de edad** cuando se recomendará el uso de **pastas dentales de como mínimo 1450 ppm**, con un tamaño equivalente a un **guisante** o de aproximadamente la anchura del cabezal del cepillo.

Recomendar a todas las edades no mojar el cepillo en agua previo al lavado y no enjuagar la boca tras el cepillado hasta pasados 10 minutos para que el ion flúor contenido en las pastas haga su efecto.

Una vez que hayan salido los molares temporales, se puede iniciar el uso de **hilo dental** con cera en las zonas de contacto entre los molares antes de ir a dormir.

Se deberá dejar que el niño/a se lave los dientes durante un minuto y sea el adulto quien realice la higiene durante otro minuto hasta que el niño/a posea la habilidad motora adecuada (aproximadamente hasta los 8 años). **En este momento, los niños/as aprenden por imitación, así que recomendaremos a los padres educar con el ejemplo.**



LAVADO DE MANOS

Manera fácil, barata y eficaz de prevenir la propagación de microbios. Puede realizarse con agua y jabón o geles hidroalcohólicos con al menos un 60% de alcohol (si las manos no están visiblemente sucias).



Momentos en los que se recomienda lavar las manos:

- Antes de comer.
- Después de ir al baño.
- Después de tocar a las mascotas.
- Después de jugar.
- Después de toser, estornudar o sonarse la nariz.

ROPA

Debe ser **ACORDE CON LA TEMPERATURA Y ÉPOCA DEL AÑO**, de tal forma que el niño/a usará la misma cantidad de ropa que el adulto, evitando sobreabrigar con muchas capas, y preferiblemente de algodón o tejidos naturales.

Para el lavado de la ropa, evitar usar jabones abrasivos, suavizantes, lejía y productos de olores fuertes, aclarándolo bien después.

PASEO

El nivel de actividad del niño/a en este momento es alto a lo largo del día, y **el paseo será un momento de ocio en el que jugar y relacionarse con otros niños.**

Es recomendable que se haga **paseo diario**, al menos una vez al día, al aire libre, realizando juego en el suelo en entornos seguros.

El sol favorece la producción de vitamina D, necesaria para la salud del niño/a, sin embargo, habrá que seguir los siguientes **consejos de fotoprotección**, puesto que la exposición excesiva al sol es un factor de riesgo para la salud por su asociación con la producción de distintos tipos de cáncer de piel.

Para prevenir estos efectos, se deberá evitar la exposición directa al sol de los niños/as menores de 3 años y se seguirán las siguientes recomendaciones:



- **Evitar la exposición solar en las horas de mayor calor** (especialmente entre las 11 y 16h.).
- **Evitar la exposición solar prolongada.**
- **Utilización de protección física** como ropa, sombrillas, gorros o gafas (estas, deberán ser del tamaño adecuado, estando realizadas en materiales resistentes pero flexibles, ligeros y seguros; en cuanto a los cristales, deberán tener filtros adecuados [categoría 3] para bloquear la mayor parte de la radiación solar).

- **Utilización adecuada de filtros solares.** Sustancias químicas con efecto pantalla frente a la radiación solar. Pueden ser:

- **Físicos o inorgánicos:** compuestos por sustancias como el dióxido de titanio y el óxido de zinc. Actúan reflejando la luz solar.
- **Químicos u orgánicos:** formados por sustancias que absorben la radiación ultravioleta de la luz solar.
- **Mixtos** (combinan filtros físicos y químicos).

Por otro lado, el **factor de protección solar (FPS)**, nos dará información sobre la protección de estos preparados frente a las radiaciones ultravioleta B (responsables de quemaduras e implicadas en la mayor parte de los efectos cancerígenos de la radiación solar). El valor indicado, significará el número de veces que el preparado aumenta la capacidad defensiva de la piel frente al envejecimiento cutáneo previo a una quemadura.

Para su correcta utilización, se elegirán **cremas con FPS por encima de 30** (preferentemente de FPS 50), que se deberán aplicar **15-30 minutos antes de la exposición** sobre la piel seca y **repetir cada dos horas aproximadamente o tras el baño** tanto en días soleados como nublados (la radiación ultravioleta atraviesa las nubes y se refleja en agua, arena, hierba o nieve).



EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

El **humo del tabaco** contiene miles de sustancias químicas, de ellas, se sabe que **al menos setenta causan cáncer**, además de enfermedades cardíacas y pulmonares entre otras.

En el caso de los **niños/as fumadores pasivos**, se asocia con una mayor irritación de ojos, mucosas nasales y garganta; mayor

frecuencia de problemas respiratorios infantiles como laringitis, ataques de asma, bronquiolitis,...; disminución de la función pulmonar; aumento de la reacción pulmonar ante alérgenos;...

Se recomienda no fumar en la misma habitación o espacios (como el coche) en los que esté o vaya a estar el niño/a con el fin de evitar los efectos perjudiciales del tabaco, pero no hay que olvidar que dichas sustancias perjudiciales permanecen en la piel, ropa, cortinas,...

Aunque los **cigarrillos electrónicos y vapeadores** se venden en muchas ocasiones como productos no nocivos, están asociados a un elevado número de casos de cáncer por el alto contenido en sustancias químicas como nitrosaminas, benzo-[a]-pireno, hidrocarburos aromáticos policíclicos, saborizantes,... Por este motivo, se recomienda que se evite su consumo en espacios con niños.

Puede ser un buen momento y una buena motivación para abandonar definitivamente este hábito.

USO DE PANTALLAS EN LA INFANCIA

El uso de las nuevas tecnologías ha supuesto un gran avance en nuestros días, sin embargo, también puede conllevar ciertos riesgos:

- Menor número de horas de sueño. Se asocia con retraso en la hora de acostarse y a mayor tiempo de latencia del inicio del sueño.
- Aumento de la somnolencia diurna y disminución de la somnolencia nocturna (cambio del reloj circadiano).
- Menor secreción de melatonina.
- Disminución y retraso del sueño REM.
- Dieta menos saludable y aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad.
- Favorece el sedentarismo.
- Aumento del riesgo de desarrollar síndrome metabólico (por su asociación a menor ejercicio físico y hábitos dietéticos menos saludables).



- Mayor fatiga visual. Se asocia a patología como ojo seco, picazón ocular, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño o visión borrosa.
- Favorece el desarrollo de miopía progresiva y estrabismo agudo en la infancia y adolescencia.
- Dolor osteoarticular a nivel de la columna cervical y lumbar.
- Fatiga general y cefalea.
- Favorece el estado de ánimo depresivo, las alteraciones conductuales y la disminución de la autoestima.
- Favorece la alteración del desarrollo cerebral. La evidencia científica apunta a una disminución del espesor de la corteza cerebral de varias regiones debido al uso excesivo de pantallas a lo largo de la vida.

Estas primeras etapas de la vida constituyen un momento clave en el que se empieza a construir la relación del niño/a con la tecnología. Por ello, puede ser útil que las familias reflexionen sobre sus propios hábitos digitales, ya que el ejemplo cotidiano también influye en ese aprendizaje.

Por todas las alteraciones citadas anteriormente, las asociaciones de expertos han llegado a la conclusión de que es necesario retrasar la edad de inicio de uso de las nuevas tecnologías hasta los 6 años de edad.

Entre los 0 y 6 años, **no existe cantidad segura de exposición a las pantallas**. Como excepción, se podría utilizar con fines concretos de contacto social (videollamada, cuento, canción,...), pero siempre acompañado/a de un adulto y de forma muy limitada en el tiempo.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS

La curiosidad por descubrir el mundo que le rodea y la capacidad de desplazarse por sí mismo, hacen surgir un gran número de peligros.



Recomendaciones:

- **Precaución con los objetos que el niño/a tiene a su alcance.** En este momento es capaz de coger objetos cada vez más pequeños (monedas, piedras, frutos secos,...) que puede llevarse a la boca, existiendo riesgo de asfixia con ellos.
- **Evitar peligros:** el niño/a se desplaza de forma autónoma y tiene a su alcance enchufes, armarios con productos químicos, piscinas,... por este motivo es recomendable anticiparse a los posibles peligros y adaptar el hogar y el mundo que rodea al niño/a para evitarlos.
- **Evitar que el niño/a juegue en la cocina mientras se está cocinando:** mientras juega, puede agarrar objetos calientes, derramarse agua o aceite caliente,... que produzcan quemaduras graves.

SEGURIDAD EN EL COCHE

Recordar la **obligatoriedad de utilizar sistemas de retención infantil homologados** para cada edad. El uso de sistemas de retención infantil se ha comprobado que reduce un 75% las muertes y en un 90% las lesiones en caso de accidente.



En este periodo, el niño/a utilizará el **grupo 1** (niño/a entre los 1 y 4 años de edad o 9-18 kg aprox.), que está compuesto por una silla con arnés de 5 puntos que miran hacia adelante; o el **grupo 2** en aquellos niños de entre 3 y 6 años o con un peso entre los 15 y 25 Kg aprox., que consiste en un asiento elevador colocado mirando hacia adelante y que eleva al niño/a para poder utilizar el cinturón del propio vehículo correctamente, de tal forma que la banda diagonal del cinturón pase por encima de la clavícula y sobre el hombro sin tocar el cuello y la banda horizontal lo hace lo más abajo posible

sobre las caderas y muslos (nunca sobre el estómago).

En ambos casos, se colocará como norma general en los **asientos traseros**. Solamente se colocará como excepción en los delanteros si no se puede colocar en los traseros, manteniendo el airbag del copiloto, activado siempre que la silla mire hacia el mismo sentido de la marcha.

IMPORTANTE:

Si el niño/a llora durante el viaje, **NUNCA COGER EN BRAZOS o SOLTAR LOS SISTEMAS DE RETENCIÓN con el vehículo en marcha** (ante un accidente, saldrá disparado). Lo correcto sería estacionar en un lugar seguro calmarlo, colocarlo nuevamente en el sistema de seguridad y reanudar la marcha.

VACUNACIÓN

Informaremos a los padres del **calendario vacunal vigente**, así como de aquellas **vacunas no financiadas disponibles**. Revisaremos el calendario de vacunas administradas, en busca de inmunizaciones pendientes/retrasadas, aprovechando cada oportunidad para ponerlo al día.

Ante una **actitud negativa** de los padres frente al proceso vacunal, no debemos enfadarnos y excluirlos (la vacunación en nuestro país es recomendable pero no obligatoria).

Como profesionales, valoraremos las creencias y valores de por qué no desean vacunar a sus hijos (siempre desde el respeto), ofreceremos una información veraz de la importancia de la vacunación de los niños y nos mostraremos dispuestos a ofrecer una respuesta individual y diferenciada para atender las necesidades de cada niño/a.





PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

¿Qué valoramos?

- Pautas alimentarias del niño/a y de la familia.
- Mantenimiento de lactancia materna.
- Lugar destinado a la alimentación: comedor de colegio, casa de abuelos,...
- Uso o no del chupete.
- Problemas relacionados con la alimentación: vómitos, regurgitaciones, presencia de reflujo,...
- Problemas de la piel y/o cicatrización.

Exploración

- **Somatometría y curvas de crecimiento:** incluirá:

- **Peso:** a partir de los 2 años, se pesará al niño/a con básculas de plataforma. Para ello, se colocará la plataforma a 0 (sea eléctrica o con pesas); a continuación, se colocará al niño/a en el centro de la báscula con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, sin tocar ningún elemento externo que nos pueda distorsionar la medida.



- **Talla:** indicador del tamaño corporal y longitud de los huesos, utilizado en **niños mayores de 2 años de edad.**

Para su realización se utilizará el **tallímetro**, colocando al niño/a en una posición recta, con las rodillas extendidas y las escápulas, glúteos y talones en el mismo plano vertical; la cabeza se colocará en posición neutra (posición de mirada al infinito con la línea de visión paralela al plano del suelo). Se hará inspirar al niño/a, traccionando ligeramente la cabeza contra el soporte móvil del tallímetro.



- **Perímetro cefálico:** indicador del desarrollo neurológico indirecto a partir de la masa cerebral. Se recomienda realizar su medición hasta los 3 años de edad.

Utilizaremos una **cinta métrica** de teflón. Esta debe ser colocada en el **perímetro máximo de la cabeza, utilizando como referencia el punto máximo entre el occipucio y la eminencia frontal.**



Situaremos la cinta en el plano horizontal, de manera tal que se encuentre a la misma altura de ambos lados de la cabeza. El inicio de la cinta (donde se ubica el cero) debe coincidir con la parte frontal de la cabeza y es ahí donde se realiza la lectura.

- **Índice de Masa Corporal (IMC):** indicador más utilizado para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad. En el caso de niños/as de 2 a 5 años, los valores de corte de normalidad, infrapeso, sobrepeso y obesidad cambian en función del sexo y la edad en la que se mida.

Estos cuatro parámetros se compararán con las gráficas de crecimiento, en función del sexo y la edad ([Anexo 1](#)), considerándose normal todo aquello comprendido entre el percentil 3 y el 97 en el caso del peso, la talla y el perímetro cefálico; mientras que en el caso del IMC se considerará bajo peso si es menor del percentil 5; normal si se sitúa entre el percentil ≥ 5 y < 85 ; sobrepeso si se sitúa entre los percentiles ≥ 85 y < 95 ; y finalmente se considerará obesidad si el IMC se sitúa en el percentil ≥ 95 .

- **Estado de piel y mucosas:** exploración en busca de:
 - ✓ **Signos cutáneos de maltrato infantil.**
 - ✓ **Piel seca o eccematosa:** puede ser debida a una falta de uso de cremas/aceites hidratantes por el niño/a o ser debida a atopia.
 - ✓ **Lunares:** es normal que el niño/a tenga lunares, sin embargo, habrá que vigilar su forma, crecimiento o aparición de características anómalas.

CARACTERÍSTICAS DE ALARMA DE LOS LUNARES

A	B	C	D	E
ASIMETRÍA	BORDES	COLOR	DIÁMETRO	EVOLUCIÓN
UN LUNAR QUE NO TENGA FORMA OVALADA	IRREGULARES Y CON PICOS	VARIADO, NO HOMOGÉNEO. POR EJEMPLO: DE MARRÓN CLARO A NEGRO.	DIÁMETRO MAYOR DE 6 MM	CAMBIO DE ASPECTO EN CUANTO A TAMAÑO, COLOR O ESPESOR.

Educación para la Salud

Durante esta etapa **los niños ya comen solos**, deben promoverse buenos hábitos alimentarios, donde predomine la variedad de los alimentos y se fomente la autonomía. La alimentación será igual que la del resto de la familia, aunque teniendo **especial cuidado con los sólidos con riesgo de atragantamiento hasta los 5-6 años**, como son los frutos secos, salchichas, uvas, cerezas,...

Por otro lado, el **mantenimiento de la lactancia materna** es decisión propia de la madre, como complemento a la alimentación sólida, siendo esta última la base principal de su dieta.



Recomendaciones:

- Se aconseja que el menú sea variado, siguiendo preferentemente el método del plato.
- Las raciones deben ser pequeñas para que puedan terminar el plato.
- Las frutas y verduras deben ser un esencial diario.
- El agua es la bebida recomendada, dejando de lado los zumos ricos en azúcares.
- Los zumos naturales, se consumirán con moderación por el alto contenido en azúcares en comparación con la pieza entera de fruta.
- **Se recomendará cocinar los alimentos de la forma más sana posible**, cambiando los fritos o empanados tradicionales por cocinados a la plancha, AirFryer, horno,...

Un patrón ideal de alimentación diaria a seguir sería el siguiente:

- Recomendar la realización de **5 comidas al día**.
- Incluir **5 raciones de frutas o verduras al día** (con al menos una ración de verduras crudas al día).
- En el **desayuno**, la base serán los lácteos (leche, yogur o queso); acompañados de una fuente de hidratos de carbono como pan o cereales libres de procesados que aporten energía (evitar bollería industrial, galletas ricas en azúcares,...); y una fruta o zumo natural (preferiblemente, la fruta se tomará entera al mantener la fibra y menores cantidades de azúcares que si se toma en forma de zumos naturales).
- Realizar dos pequeños **tentempiés a media mañana y a media tarde**. Se recomendará la toma de alimentos saludables y ligeros como la fruta, frutos secos (no enteros), un trozo de queso, un bocadillo pequeño o un yogur.
- En la **comida** y la **cena**, se deberá seguir una distribución basada en el **MÉTODO DEL PLATO**. Método basado en indicar una distribución del plato en las dos comidas principales del día de la siguiente forma:
 - El 50% del plato verduras y/o hortalizas.
 - El 25% carnes, pescados, legumbres y/o frutos secos.
 - El 25% cereales integrales o tubérculos.

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

ACEITES SALUDABLES

Use aceites saludables (como aceite de oliva y colza) para cocinar, en ensaladas, y en la mesa. Limite la mantequilla. Evite las grasas trans.

AGUA

Beba agua, té, o café (con poco o nada de azúcar). Limite la leche y lácteos (1-2 porciones al día) y los zumos (1 vaso pequeño al día). Evite las bebidas azucaradas.

VERDURAS

Cuanto más verduras y mayor variedad, mejor. Las patatas y las patatas fritas no cuentan.

CEREALES INTEGRALES

Coma cereales (granos) integrales variados (como pan integral, pasta integral, y arroz integral). Limite los cereales refinados (como arroz blanco y pan blanco).

FRUTAS

Coma muchas frutas y de todos los colores.

PROTEINA SALUDABLE

Escoja pescados, aves, legumbres (habichuelas/garbanzos/lentejas), y frutos secos; limite las carnes rojas y el queso; evite el beicon, fiambres, y otras carnes procesadas.

¡MANTÉNGASE ACTIVO!

© Harvard University

Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu

- Evitar platos excesivamente grandes para el niño/a puesto que demasiada comida puede desmotivarlo de comer. Para hacer un cálculo aproximado de cuánto debe comer el niño/a, se recomendará el empleo del **MÉTODO DE LA MANO (O DEL PUÑO)**. Dicho sistema se basa en la idea de que nuestras manos suelen ser proporcionales al tamaño de nuestro cuerpo, orientando sobre la cantidad de alimentos a ingerir.

Ojo, la guía de lo que debe comer cada uno es su propia mano. No es el mismo tamaño la mano del niño/a que la de la madre o la del padre.

El Método del Puño^{2,3}

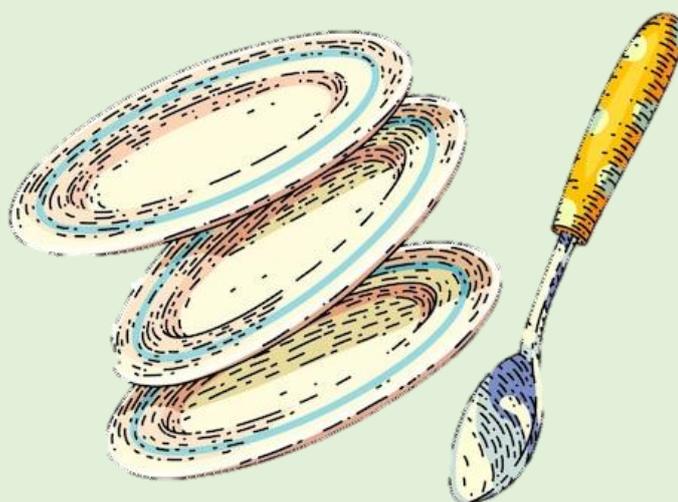
Es una guía muy práctica e intuitiva para calcular el tamaño de las porciones que deberíamos consumir en nuestro menú

The infographic illustrates the Hand Method with five categories of food and their corresponding portion sizes relative to a hand:

- Hidratos de carbono:** una ración es el tamaño de un puño cerrado (shown with bread, pasta, and rice).
- Fruta:** una ración equivale a una mano abierta en forma de cuenco (shown with an apple).
- Queso:** una ración adecuada equivale al grosor de 2 dedos (shown with a slice of cheese).
- Grasas:** una ración es la punta de un dedo (shown with butter).
- Verduras:** una ración es la capacidad de dos manos juntas y abiertas (shown with various vegetables).
- Proteínas:** una ración es el tamaño de la palma de la mano (shown with a piece of fish).

- **Verduras:** tanto crudas como cocidas, deben ocupar el espacio que incluyen **las dos manos juntas en forma de cuenco**.
- **Hidratos de carbono:** este grupo de alimentos incluye la pasta, el arroz, la patata y el pan, y la cantidad que le corresponde es el **puño cerrado**.
- **Proteína:** cuando nos refiramos a un filete de carne o pescado, habrá que escoger el que sea del **tamaño de la palma de la mano**, que va desde la muñeca hasta dónde empiezan los dedos. El **grosor** de la pieza debe ser más o menos el **del dedo meñique**.
- **Precaución con el consumo de PESCADO AZUL** de grandes dimensiones como atún, emperador, cazón, tiburón,... Se recomienda evitar su consumo hasta los 10 años por su alto contenido en mercurio.

- **Legumbres:** su contenido nutricional destaca en proteínas de alta calidad biológica, aunque resultan también una buena fuente de hidratos de carbono, por lo que **se podrá contar como aporte proteico o como aporte de hidratos de carbonos.**
- **Frutas:** toda la que quepa en una **mano abierta en forma de cuenco.**
- **Quesos:** un pedazo de queso no debe ser superior al tamaño que ocupan, tanto a lo ancho como a lo largo, los **dedos índice y corazón juntos.**
- **Grasas y azúcares:** la proporción de grasas (mantequilla y aceite) y azúcares debe **limitarse al tamaño de la primera falange del dedo índice,** es decir, el segmento dónde este dedo se dobla por primera vez.





PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

¿Qué valoramos?

- **Eliminación Intestinal:**

- N.º de deposiciones y frecuencia.
- Consistencia de las heces.
- Color.
- Si refiere algún problema: fisuras, fecalomas...
- Utilización de ayudas para la defecación: laxantes, estimulación, enemas,...
- Uso de pañal / control del esfínter intestinal diurno y/o nocturno.
- Presencia de ostomías de eliminación.

- **Eliminación Urinaria:**

- N.º de micciones.
- Características de la orina.
- Uso de pañal / control del esfínter vesical diurno y/o nocturno.
- Presencia de ostomías urinarias, sondas u otros dispositivos.

- **Eliminación cutánea:**

- Sudoración profusa.

Educación para la salud

Al inicio de esta etapa puede ser frecuente que el niño/a todavía use pañal. **El control de los esfínteres se suele producir entre los dos y tres años de vida**, aunque algunos niños lo conseguirán antes y otros más tarde, cuando estén maduros física y psicológicamente.

En el caso del control del **esfínter vesical**, se iniciará entre los 3 y 4 años, de tal forma que a los 5 años el niño/a promedio ya puede ir al baño solo. El control del esfínter **anal** se consigue entre los 2 y 4 años durante el día y los 3 y 6 años durante la noche.

No se recomienda iniciarlo antes de los 2 años (salvo que el niño/a lo demande) pues la inmadurez puede desencadenar en frustración familiar, estreñimiento, encopresis y entorpecimiento del aprendizaje.

Algunas **claves para iniciar el control de esfínteres en el momento adecuado** son:

- El niño/a camina sin ayuda.
- Presencia de buena coordinación de manos para subirse y bajarse los pantalones.
- Los niños/as pueden permanecer secos y limpios durante varias horas.
- Muestran interés por sentarse en un orinal y expresan signos visibles de prepararse para orinar o defecar (aunque continúen haciéndolo en el pañal).
- Demandan enseguida que se les cambie el pañal cuando esta sucio.
- Pueden colocar cosas donde corresponde y pueden comprender y ejecutar órdenes verbales simples.



Cómo iniciar el entrenamiento:

- Permitir que el niño/a acompañe a los padres al retrete.
- Elegir un orinal adecuado (sólido, grande y con base rígida). Dejar que el niño/a colabore en la elección.
- Iniciar si es posible las maniobras de entrenamiento con el buen tiempo, evitando el frío y la ropa excesiva.
- Evitar las distracciones con juguetes, radio, otros familiares,...
- Colocar el orinal en una habitación con buena temperatura y suelo fácilmente lavable.
- No poner pañales durante el día para que note que se ha hecho pis.
- Enseñar a subir y bajar los pantalones.
- Sentarles en el orinal unos minutos (no más de 5 o 10) tras cada comida y cada dos o tres horas ofrecer líquidos para aumentar la micción.
- Reforzar positivamente cada logro con palabras, abrazos y caricias.
- A los niños más mayores enseñarles a cómo usar el papel higiénico, vaciar el orinal, tirar de la cadena y lavado de manos tras el proceso.
- Una vez iniciado el uso del inodoro, es conveniente **colocar al niño/a en postura cómoda**, con apoyo de los pies en el suelo o en un pequeño taburete/escalón, de tal forma que se

aprovechen los movimientos intestinales que se producen después de las comidas para usar el orinal o el inodoro.



Que NO hacer durante el entrenamiento

- No obsesionarse ni mostrar preocupación por conseguir el control de esfínteres rápido.
- No castigar o regañar al niño/a si ocurre algún “fallo”.
- No dejarlo sentado solo mucho tiempo.
- Evitar que el entrenamiento se convierta en una lucha de poderes entre el niño/a y los padres.

ESTREÑIMIENTO

Se considerará estreñimiento cuando el niño/a evacue **menos de tres veces a la semana y/o cuando evacuando con más frecuencia, lo hace de forma incompleta o son heces duras expulsadas con dolor.**

Recomendaciones para evitarlo:

- **Dieta rica en fibra** (alta en cereales integrales, frutas y verduras). Ayuda a la formación de heces blandas y voluminosas.
- **Beber líquidos de forma abundante.**
- **Fomentar la actividad física** para favorecer el movimiento intestinal normal.
- **Crear una rutina para el baño.** En ocasiones el motivo del estreñimiento es la costumbre del niño/a de inhibir el estímulo porque está haciendo cosas que le interesan más. Puede ser adecuado recomendar pasar un tiempo en el baño después de cada comida para favorecer que evacue las heces.
- **Recordar al niño/a que debe prestar atención a “la llamada de la naturaleza” y no inhibir el reflejo.**

Será necesario consultar con el servicio sanitario cuando:

- Presencia de fiebre.
- El niño/a se niega a comer.

- Sangre en las heces.
- Hinchazón abdominal.
- Pérdida de peso.
- Presencia de prolapso rectal (salida de parte del intestino por el ano).





PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO

¿Qué valoramos?

- **Patrón de ejercicio y actividad física del niño/a.**

- **Tablas de desarrollo: Tabla Haizea –Llevant / Test de Denver** ([Anexo 2](#)): instrumentos que permiten evaluar, de una manera sencilla, sistemática y eficaz, el estado del desarrollo cognitivo, social y motor del niño/a durante las primeras etapas de su crecimiento y detectar precozmente aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada (no olvidar que estas tablas no son diagnósticas) así como poder determinar la necesidad o no de estrategias y procedimientos de estimulación del desarrollo psicomotor. Aunque no hay que olvidar que cada niño/a tiene un ritmo de desarrollo propio.

Nota aclaratoria: aunque ambas tablas evalúan el correcto desarrollo neurológico del niño/a, por motivos didácticos los autores hemos desglosado su aplicación en el presente apartado lo relacionado con el desarrollo postural y de la movilidad tanto fina como gruesa; dejando para más adelante el desarrollo de las habilidades puramente cognitivas.

¿Cómo se utilizan?

Para realizar estos test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño/a atravesando las áreas de desarrollo. Preguntaremos a la familia y comprobaremos en la consulta si el niño/a realiza los elementos a evaluar situados a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa. El/la examinador/a valorará la falta de adquisición de elementos en todas o algunas de las áreas de desarrollo, si aún está dentro del tiempo de poder ejecutar dicho elemento o tarea, la presencia de señales de alarma o la necesidad de otros estudios diagnósticos

Durante la **etapa preescolar** se van a producir muchos avances en el lenguaje y la motricidad fina y gruesa, permitiendo que el niño/a sea cada vez más autónomo y capaz de socializarse. Para su **exploración en la consulta de Atención Primaria**, sería recomendable, por un lado, tener algún tipo de juguete adaptado a la edad y dejar un **tiempo de juego libre** al

niño/a mientras hablamos con los padres/acompañantes con el fin de ver como los usa y explorar la motricidad gruesa; y, por otro lado, habría que pedirle que hiciera un **dibujo** o escribiera una palabra (en función de la edad) para observar su motricidad fina.

Los **hitos del desarrollo en el ámbito postural y motor** que deberá haber conseguido el niño/a son (preguntar a los padres/cuidadores y observar en la consulta):

2 – 3 Años:

- Corre.
- Se mantiene en un pie.
- Chuta un balón.
- Empieza a trepar.
- Baila.
- Construye torre de 8 cubos.
- Sostiene lápiz con una mano.
- Lanza la pelota con una mano.
- Pasa páginas de una en una.
- Desenrosca un tapón.
- Realiza trazos sencillos.



SIGNOS DE ALARMA 2 – 3 AÑOS:

- Patrón de conducta repetitivo.
- No desarrolla juego imaginativo / simbólico.
- No camina con destreza, no corre o no sube escaleras.
- No imita acciones.
- No sabe qué hacer con objetos comunes como un peine.
- No juega en grupo ni presta atención a sus iguales.
- Pérdida de habilidades adquiridas previamente.

3 - 4 Años:

- Sube escaleras alternando ambos pies.
- Salta a la pata coja.
- Monta en triciclo.
- Baila siguiendo el ritmo.
- Construye torres de 10 cubos.
- Moldea la plastilina.
- Comienza a utilizar las tijeras.
- Coje el lápiz de manera adecuada.
- Es capaz de seguir líneas rectas, onduladas y en zigzag con punzón.
- Colorea sin salirse del margen.
- Dibujos sencillos.
- Se abrocha y desabrocha botones.



SIGNOS DE ALARMA 3 - 4 AÑOS:

- Patrón de conducta repetitivo.
- No desarrolla juego imaginativo / simbólico.
- No corre o no sube escaleras.
- No juega en grupo ni presta atención a sus iguales.
- No sigue órdenes de tres comandos.
- Pérdida de habilidades adquiridas previamente.

4 - 5 Años:

- Corre en todas las direcciones, se para y gira.
- Baja escaleras alternando pies.
- Salta 60-80 cm de longitud.
- Corre a la pata coja.
- Monta en bicicleta.
- Recorta con tijeras una línea.
- Dibujos más elaborados.
- Copia letras.

- Bota una pelota.
- Lanza con puntería.

SIGNOS DE ALARMA 4 - 5 AÑOS:

- Patrón de conducta repetitivo.
- No hace dibujos.
- No juega en grupo ni presta atención a sus iguales.
- No sigue órdenes de tres comandos.
- Pérdida de habilidades adquiridas previamente.

Exploración

- **Postura y movilidad del niño/a en la consulta.**
- **Reflejos del RN, arcaicos o primarios:** recuerdo del instinto de supervivencia de épocas pasadas y que en la actualidad van a ayudar a su adaptación al nuevo medio, dándonos información sobre su estado neurológico. Desaparecerán con el paso de los meses.

Al inicio de este periodo, se encontrará únicamente presente el **reflejo de Babinski** (al pasar un objeto romo por la parte interna del pie desde el talón al dedo gordo, el bebé levantará los dedos y volteará el pie hacia dentro). **Es normal en niños hasta los 2 años de edad**, pero desaparece a medida que crece, pudiendo no estar presente en algunos casos ya a los 12 meses.



- **Marcha:** en su mecanismo normal, siempre hay un pie apoyado en el suelo (estático) y otro avanzando, en el aire (dinámico), siendo el resultado de la acción coordinada de diversos sistemas musculares.

La forma en la que camina el niño/a, suele ser un motivo de preocupaciones más para la familia que para los sanitarios ya que en la mayoría de las ocasiones, las modificaciones que se pueden encontrar son variantes de la normalidad según la edad, constitución y proceso de aprendizaje del niño.

Para su valoración, es de gran importancia la observación y la exploración física para ver el ángulo de progresión de la marcha, el apoyo del pie y la secuencia del movimiento

(cadera, torsión del muslo, pierna, pie,...), además de conocer si esas modificaciones son puntuales o se producen siempre que el niño/a camina.

En caso de **cojera mantenida**, habrá que estudiar el estado de las caderas por la posibilidad de que sea debido a displasia.

- **Control de Tensión Arterial (TA).** Según la Asociación de Pediatría en Atención Primaria (AEPAP) y siguiendo las guías europeas y americanas sobre Hipertensión Arterial en niños/as y adolescentes, recomiendan medir la TA en niños/as sanos/as asintomáticos/as a partir de los 3 años; en caso de normalidad se repetirá su toma tras 1-2 años, aprovechando otras visitas clínicas.

Para su correcta medición, es esencial elegir el manguito en función de las características de circunferencia del brazo del niño/a, de tal forma que su ancho sea el 40% de la medida de la circunferencia del brazo y su longitud cubra el 100% de dicha circunferencia.



Para la evaluación de la TA, se comparará la obtenida con las tablas normalizadas por las asociaciones de pediatría en función del sexo y la edad del niño/a, considerando como normal una **presión arterial sistólica y/o diastólica por debajo del percentil 90**. (Se considerará **Normal-Alta si se halla entre el percentil 90 y 95**; y entraríamos en **hipertensión arterial a partir de ese percentil 95**) ([Anexo 4](#)). Debido al alto grado de alteraciones de la TA por motivos ambientales, estrés,... si se presentan valores elevados, habría que comprobarlos en consultas sucesivas.

ACTIVIDAD Y MOVILIDAD

La actividad del niño/a ahora ya es voluntaria. Ha aprendido a caminar y desplazarse por sí mismo; a coger objetos y sacarlos de un cajón, armario,...; empieza a dibujar... y su nivel de actividad es alto a lo largo del día.

Ahora, el paseo será un momento de ocio en el que jugar y relacionarse con otros niños. Es recomendable que se haga **paseo diario**, al menos una vez al día, al aire libre, realizando juego en el suelo en entornos seguros con una duración de **al menos 3 horas al día de actividad y juego (tanto exterior como en el interior)**, con el objetivo de prevenir el sedentarismo y la obesidad infantil.

Para un correcto desarrollo de la motricidad gruesa y fina, tiene un papel muy importante la **curiosidad del niño/a**, pero debe acompañarse de **estimulación** por parte de los padres/cuidadores a través de caricias, juegos,..., **proporcionándole un entorno seguro**.

ALTERACIONES DE LA MARCHA

Es muy frecuente en estas edades que el niño/a presente una hiperlaxitud de las articulaciones con gran flexibilidad, llevando a modificaciones de la normalidad tanto en pie como rodillas y caderas que suelen preocupar frecuentemente a los padres, pero que desde el punto de vista sanitario son irrelevantes.

Por su parte, las **modificaciones en el pie** (plano, cavo, varo, valgo,...) no son valorables a esta edad debido a la gran flexibilidad de los ligamentos y articulaciones del niño. Además, hay que tener en cuenta que el arco plantar no está completamente formado hasta los 3-4 años.

HIGIENE POSTURAL

- **Postura de sastre invertida:** es muy frecuente que el niño/a se sienta en el suelo con las nalgas totalmente apoyadas y con las rodillas y piernas dobladas hacia atrás formando una W.

Esta posición aporta al niño/a más estabilidad al estar sentado, sin embargo, si se toma como habitual y se mantiene largos periodos de tiempo, se asocia a problemas de rigidez muscular, fuerte presión en las



articulaciones de cadera, tobillos y rodilla, caderas débiles, anteversión femoral o alteraciones de la marcha.

Por ello, es conveniente informar a los padres desde edades tempranas (15-18 meses) para que intenten corregir al niño/a cuando se sienta y no se convierta en un hábito.

- **Espalda:** con el fin de prevenir futuros problemas, se recomendará que el niño/a utilice mochilas con ruedas, evitando cargar peso en la espalda.

- **Postura:** cuando el niño/a está leyendo, viendo la televisión, dibujando, tiende a adoptar posturas encorvadas con o sin desviaciones laterales que, si son mantenidas en el tiempo y se convierten en hábito, darán lugar a futuros problemas de cuello y espalda.

Es conveniente informar a los padres para que intenten corregir en la medida de lo posible la postura de sus hijos. Además, se recomendará la realización de ejercicio físico y actividad que fortalezca la musculatura con el objetivo de evitar dolores, desviaciones de columna, etc.





PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

¿Qué valoramos?

- Patrón de sueño del niño/a.
- Vivencias, expectativas y temores de los padres.
- Lugar elegido para el descanso (habitación de los padres vs. habitación propia).
- Rutinas establecidas para favorecer el descanso.

Educación para la salud

A los dos años, el promedio de sueño es de **13 horas diarias** y a medida que el niño/a crece se van reduciendo, **manteniendo pequeñas siestas diurnas** hasta los 4 -5 años.

Los **despertares nocturnos** siguen siendo normales y habituales (disminuirán a partir de los 3 años), aunque manteniendo el sueño 5-6 horas seguidas o más. Los motivos de estos despertares pueden estar en la ansiedad por separación de los padres o los cambios en la dentición, no obstante, a medida que avanza esta etapa se iniciará el desarrollo de los sueños activos, pudiendo ser los desencadenantes de la ruptura del ciclo del sueño.

Terrores nocturnos, pesadillas y sonambulismo son las parasomnias (trastornos de la conducta del sueño) más frecuentes y normales en la infancia, sobre todo a partir de los 3 años de vida, no asociándose a patología.

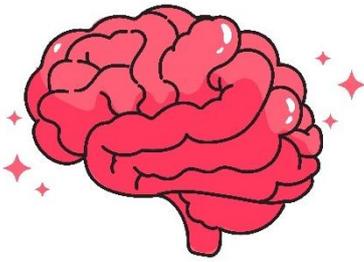
HIGIENE DEL SUEÑO

Recomendaciones para una buena higiene del sueño:

- **Evitar la actividad física 1-2 h antes de acostar al niño/a**, así como actividades que lo estimulen como los juegos.
- **Establecer horarios fijos.**
- **Establecer rutinas relajantes** (baño, leer un cuento,...) que deben acabar en la habitación.
- **Mantener ambiente relajado**, sin ruido, luz tenue y temperatura confortable.

- **No acostarlo con hambre**, pero tener en cuenta que el exceso de líquidos favorece los despertares nocturnos.
- **Intentar que duerma solo sin ayuda**, sin que asocie el sueño con alguien cantándole o meciéndole. Se puede ofrecer peluche o su juguete favorito para que le ayude a gestionar el momento de separación de los padres.
- **No utilizar dispositivos electrónicos multimedia para dormir al niño/a** (tampoco se recomienda utilizarlos durante 1-2 h. antes de acostarlo).





PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Qué valoramos?

- **Observar la relación de madre/padre con su hijo/a.**
- **Tabla Haizea-Llevant / Test de Denver (Anexo 2):** adquisición de hitos del desarrollo en el ámbito cognitivo, sensorial y de socialización. Para realizar estos test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño/a atravesando las áreas de desarrollo. Preguntaremos a la familia y comprobaremos (mediante nuestra observación) si el niño/a realiza los elementos a evaluar situados a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa.

Nota aclaratoria: aunque ambas tablas evalúan el correcto desarrollo neurológico del niño/a, por motivos didácticos los autores hemos desglosado su aplicación en el presente apartado lo relacionado con el desarrollo puramente cognitivo y de socialización; dejando para patrones previos lo relacionado con el ámbito postural y de desarrollo de la motricidad.

El niño/a deberá haber conseguido los siguientes (preguntar a los padres/cuidadores y observar al niño/a en la consulta):

2 -3 Años:

- Hace puzzles de dos piezas.
- Comprende conceptos sencillos.
- Utiliza la cuchara por sí solo.
- Juego imitativo.
- Ayuda a vestirse y desvestirse.
- Inicia control de esfínteres diurnos.
- Identifica el género.
- Frases de 2 palabras a los dos años.
- A los tres años manejo de 20 a 200 palabras.
- Entiende ordenes complejas.



SIGNOS DE ALARMA 2 – 3 AÑOS:

- No usa frases de 2 palabras.
- No imita palabras.
- No tiene juego imaginativo.
- No juega en grupo / no presta atención a sus iguales.
- Estereotipias verbales.
- Pérdida de habilidades adquiridas previamente.



3- 4 Años:

- Hace puzzles de 3- 4 piezas.
- Conoce los colores.
- Juego en grupo.
- Comparte juguetes.
- Utiliza tenedor y cuchillo.
- Se viste y desviste con ayuda.
- Va solo al baño.
- Comprende conceptos abstractos.
- Construye frases más largas.
- Usa correctamente los verbos.
- Canta espontáneamente.
- Pregunta el significado de palabras.
- Participa en conversaciones.

SIGNOS DE ALARMA 3 - 4 AÑOS:

- No construye frases.
- No imita palabras.
- No tiene juego imaginativo.
- No juega en grupo / no presta atención a sus iguales.
- Estereotipias verbales / lenguaje ininteligible.
- No sigue órdenes de 3 comandos.
- No entiende conceptos abstractos (diferente, igual,...).
- Pérdida de habilidades adquiridas previamente.

4- 5 Años:

- Inicia control de esfínter nocturno.
- Tiene un amigo íntimo, con posibilidad de presencia de amigos imaginarios.
- Juego con reglas.
- Se viste y desviste sin apenas ayuda.
- Conversaciones fluidas.
- Usa pronombres y adverbios.
- Explica vivencias y emociones.
- Recuerda canciones y cuentos.
- Dice su nombre y apellido.

SIGNOS DE ALARMA 4 - 5 AÑOS:

- No tiene juego imaginativo.
- Lenguaje ininteligible.
- No sigue órdenes de 3 comandos.
- No entiende conceptos abstractos (diferente, igual,...).
- No dice su nombre y apellido.
- No muestra emociones.
- Pérdida de habilidades adquiridas previamente.



- **Valoración de trastornos del espectro autista (TEA):** utilizaremos el **test M-CHAT-R** ([Anexo 3](#)) como herramienta de **despistaje de TEA en niños de entre 16 y 30 meses de edad**. Valoración formada por 20 preguntas que responderán los padres/cuidadores y que ha demostrado ser altamente efectiva para su detección temprana.

No hay que olvidar, que realizar este test no es suficiente para diagnosticar si el niño/a presenta algún TEA, sino que detecta señales de riesgo que precisarán derivación a otro especialista para una evaluación más exhaustiva.

Exploración

- Ojos /Visión:

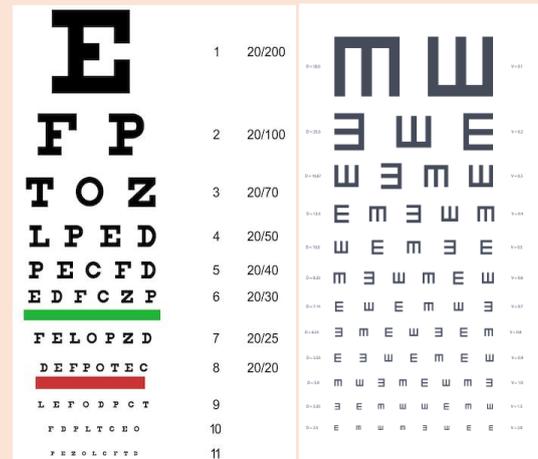
- **Inspección** de ojos, párpados, existencia de epífora (lagrimeo excesivo), presencia de Nistagmus, estado de la pupila,...

- **Reflejo fotomotor** (contracción de la pupila en respuesta a la luz) **y sensibilidad a la luz.**
- **Test del Reflejo rojo o test de Brucker:** Se realiza utilizando la luz del oftalmoscopio enfocado a las partes normalmente transparentes del ojo hasta la retina. Esta luz en condiciones normales, se refleja generando un reflejo rojo. El oftalmoscopio debe estar ajustado a dioptrías 0 y con la luz circular más grande. Se enfocará a una distancia de 50-75 cm (aproximadamente la longitud del brazo del explorador), y con la habitación en penumbra.
- **Transparencia de córnea y cristalino.**
- **Sigue el movimiento** de personas y objetos grandes hasta 180°.
- **Fijación de la mirada.**
- **Alineamiento ocular:** el estrabismo es el mal alineamiento de los ojos. Pruebas a utilizar:
 - **Test de Hirschberg.** Consiste en la observación del reflejo luminoso corneal en ambos ojos procedente de un foco de luz (linterna) situado a unos 40 cm de la cara del niño; los reflejos luminosos deben quedar simétricamente centrados en ambas pupilas. Si en un ojo está bien centrado y en el otro ojo está desviado, existe un estrabismo.
 - **Alineamiento ocular: Cover test:** es una prueba que está basada en el movimiento reflejo que realiza el ojo cuando está fijándose en un objeto. La prueba consiste, en ocluir un ojo durante unos 5 segundos aproximadamente, y destaparlo para ver si hubo movimiento del ojo al volver a ver el objeto. El niño/a fija su mirada en un objeto situado a unos 40 cm. Le tapamos un ojo con la mano y observamos el otro ojo. Si éste cambia de posición para enfocar el objeto, el test es positivo (indica estrabismo). Si al destapar el ojo éste se mueve para enfocar, el test es positivo para este ojo. Esta prueba requiere colaboración por parte del niño/a y puede ser difícil de realizar por debajo de los 2-3 años. Detecta forias (falso estrabismo) o estrabismo latente u oculto.



- **Agudeza visual de cada ojo por separado mediante optotipos adecuados a la edad (carta de Snellen o E volteada)** colocando al niño/a a una distancia de 2,5m (esta exploración requiere la colaboración del niño/a, en caso de no obtenerla, la prueba no será válida y habrá que postponerla. Normalmente se realizará su exploración a partir de los 4 años con el fin de conseguir su colaboración).

Para llevar a cabo la exploración, el niño/a se debe tapar uno de los ojos sin presionar el tapado para no afectar a la visión.



A los dos años la agudeza visual será de $\frac{1}{2}$ mientras que aumentará progresivamente con el crecimiento, llegando a los $\frac{2}{3}$ de lo normal a los cinco años; y no será hasta los 6-7 años, cuando alcanzará la unidad completa. La visión binocular se encuentra bien desarrollada, obteniendo resultados muy similares en ambos ojos (en caso de resultados muy dispares, habrá que revisar la colaboración del niño/a en el proceso o la presencia de “ojo vago”).

En este periodo, la hipermetropía es normal y no requerirá tratamiento salvo si provoca estrabismo.

- **Oído/audición.** Para ello hablaremos al niño/a y observaremos su respuesta.

Educación para la salud

Para favorecer un buen desarrollo psicomotor del niño/a es importante:

- Estimulación a través del juego, los cuentos, la música,...
- Dejar que el niño/a narre un cuento o una historia a través de viñetas.
- Jugar con el niño/a dejando que explore lo que hay a su alrededor y usando la imaginación.
- Hablarle repitiendo palabras y nombres, de forma clara, correcta, con términos sencillos, evitando usar diminutivos.
- Enseñarle su nombre y apellidos.

- Animarlos para que expresen con lenguaje lo que quieren.
- Responder con tranquilidad a las preguntas del niño/a sobre los “porqué de las cosas”. Si no sabe la respuesta, diga “no lo sé” o ayude a su hijo a encontrar la respuesta en un libro, en Internet o preguntándole a otro adulto.
- Use palabras como “primero,” “segundo” y “al final” cuando hable de sus actividades cotidianas. Esto va a ayudar a su hijo a aprender sobre la secuencia de eventos.
- Puede aparecer la disfemia o tartamudez fisiológica motivada por el aumento de vocabulario y habilidades del lenguaje en poco tiempo y que desaparece progresivamente en corto tiempo sin precisar ninguna intervención. Solamente si se mantiene en el tiempo deberá ser explorado por logopedas.



En esta etapa pueden continuar las **rabietas**, muy frecuentes en la infancia y en función de la forma en la que se afronten, marcarán la formación de la personalidad del futuro adolescente y adulto. Será función de los padres marcar límites y ayudar al niño a que exprese y canalice sus sentimientos sobre el mundo.



PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

¿Qué valoramos?

- Actitud de los padres ante la crianza.
- Rasgos de personalidad del niño/a y sus respuestas ante el mundo que le rodea (curiosidad, miedo, rabietas, falta de respuesta,...).
- Percepción del niño/a de sí mismo (género, imagen corporal,...).
- Presencia de sentimientos negativos reiterados de los padres/cuidadores hacia el niño/a.

Educación para la salud

La formación de la **personalidad** se produce desde el nacimiento y se va modelando a medida que el individuo adquiere experiencias vitales.

Para su desarrollo, **es muy importante un ambiente de crianza adecuado** basado en la **Parentalidad Positiva** (comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño/a, que cuida y desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación hacia el niño, además de incluir el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño/a).

Este ambiente debe estar basado en:

- Vínculos afectivos cálidos.
- Entorno estructurado.
- Estimulación y apoyo.
- Reconocimiento.
- Capacitación de los hijos como agentes activos de la familia.
- Educación sin violencia.



Un hogar en el que predominan los sentimientos negativos hacia el niño/a, desencadenará en edades futuras en problemas de falta de autoconfianza y autoestima, trastornos de la imagen corporal,...

“ETAPA DEL NO”

Informaremos a los padres que el niño/a en el inicio de esta etapa se encontrará en la **época del NO** (durando fundamentalmente **desde los 2 hasta los 4 años**; y desaparecerá por sí sola). Esta es una fase madurativa más del niño/a en la que está aprendiendo a ser “independiente” y está empezando a tener conciencia de sí mismo como ser individual, por lo que cree que para reafirmarse debe oponerse a todo lo que le digan desde fuera.

Esta capacidad de autoafirmación no significa que esté retando a los padres o cuidadores, solo supone una lucha de poder en la que el niño/a ejerce su voluntad sin ser consciente de cómo sus decisiones afectan a los demás, ni de los peligros de las mismas.

Recomendar que la **actitud de los padres** se base en la **comprensión** de que es una fase más del desarrollo y se establezcan límites que eviten que este egocentrismo se convierta en autoritarismo y tiranía (el niño/a no puede hacer lo que él/ella quiera).

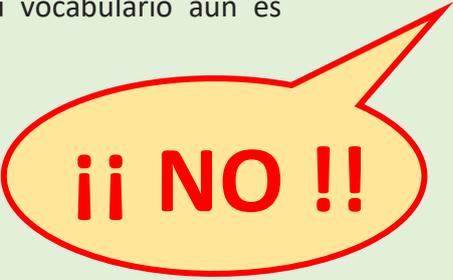


Consejos:

- **Permitir la autoafirmación del niño/a, pero manteniendo límites.** Para ello es de gran importancia la forma en la que enfoquemos las preguntas. Éstas deben tener en cuenta la opinión del niño/a, pero dentro de unos parámetros. Por ejemplo: “¿Qué camiseta quieres?, ¿la roja o la azul?”. De esta manera el niño/a muestra sus preferencias, pero, si por el contrario, le preguntamos “¿te quieres poner la camiseta amarilla?” (porque es la que nosotros queremos), en esta etapa ya sabemos la respuesta “NO” y será el inicio de una rabieta.
- **Vigilar los “noes” del resto de la familia.** Si decimos “no” de forma sistemática ante cualquier proposición del niño/a, reforzaremos su actitud.
- **Permitir el “no” y reorientar la conducta.** Se debe mostrar comprensión hacia la negativa del niño/a y ofrecerle una alternativa que convenga a los padres y en la que el niño/a pueda participar de la decisión.
- **Prestar atención a sus “SÍ” y reforzarlos positivamente.**

– **Enseñar otras formas de responder.** Su vocabulario aún es limitado y conoce pocas palabras, sin embargo, a medida que conozca nuevas palabras las integrará en sus respuestas y disminuirán los “no”.

– **Mantenerse firme y no perder la calma.**



¡¡ NO !!



PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

¿Qué valoramos?

- Estructura familiar: miembros que componen el domicilio, presencia de hermanos/as,...
- Convivencia en el domicilio y cómo son las relaciones familiares.
- Presencia de problemas en la familia.
- Cuidador/a principal.
- Apoyo familiar.
- Forma de relacionarse con otros niños/as.
- Núcleo de amigos.
- Rol social.

Exploración

- **Genograma** (representación gráfica de la familia, sus relaciones, su problemática y su historial médico).
- **Apgar familiar.**

Educación para la salud

En esta edad, existe una mayor interacción del niño/a con el resto de los miembros de la familia, afianzando los roles creados.

RELACIÓN NIÑO – FAMILIA: en esta etapa el niño/a se encuentra en gran desarrollo y será clave la estimulación que reciba del exterior:

- Hablar y jugar con él/ella.
- Potenciar y elogiar las buenas conductas.
- Enseñar con el ejemplo.
- Establecer reglas y límites claros, manteniéndolos en el tiempo (evitar las contradicciones).



- Explicar el porqué de la norma ayudará a que el niño/a se sienta animado a obedecerla.
- Manejo de las RABIETAS: el objetivo principal de la mayoría de las rabietas es llamar la atención. Es frecuente que aparezcan cuando les regañamos, cuando no se le da lo que pide,... Dejar que exprese su rabia. Se recomienda ponerse a su altura, validar sus sentimientos, explicarle la emoción que siente y por qué se siente así para que aprenda progresivamente a manejarlas.

ROL SOCIAL

Papel que ejerce el niño/a en su grupo de amigos y compañeros fuera del hogar.

En esta etapa, las relaciones sociales con sus iguales empiezan a cobrar una mayor importancia, iniciando el desarrollo del juego colaborativo.



Se recomendará a los padres reforzar aquellas amistades y comportamientos positivos que van a ayudar al desarrollo general del niño/a, desaconsejando actitudes negativas y/o violentas (el niño/a elegirá a sus amistades, la función de los padres se basará en darle las herramientas para que estas tengan un valor positivo).



PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

¿Qué valoramos?

- Existencia de vínculos afectivos padre/madre/hijo/a y relación de apego.

Exploración

- **Niño:**
 - Pene: tamaño ($\geq 2\text{cm}$) y morfología.
 - Escroto: coloración, tamaño, hidrocele, situación de los testículos, descartando la posibilidad de criptorquidia (testículos no descendidos al escroto),...
- **Niña:**
 - Sinequias vulvares (adherencia de los labios menores).

Educación para la salud

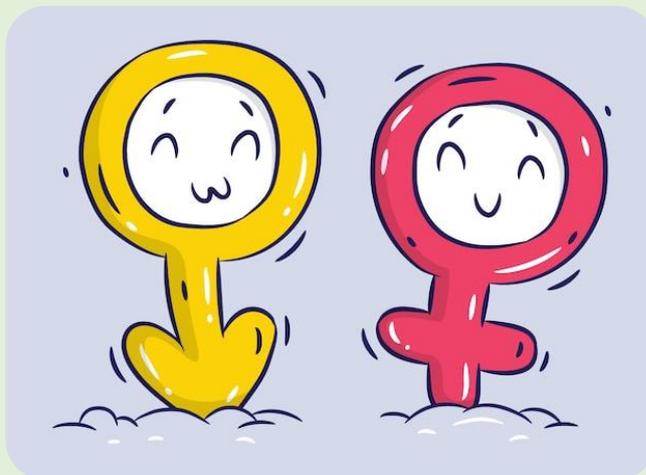
En los **niños** es normal que exista **fimosis** y adherencias balanoprepuciales, que no requiere ningún tipo de intervención, siendo desaconsejable (y contraproducentes) la realización de retracciones forzadas de la piel.

En las **niñas** la presencia de **sinequias vulvares**, se resolverá espontáneamente con medidas higiénicas, sin requerir ningún tipo de tratamiento. Sin embargo, un pequeño porcentaje de casos presenta adherencias firmes y fibrosas que requerirán su liberación mediante la utilización de cremas de estrógenos o tratamiento quirúrgico.

A medida que crece, el niño/a muestra **curiosidad** sobre las cosas, empieza a ser capaz de agarrar objetos y toma conciencia de su cuerpo (y de las diferencias anatómicas con el del adulto), por lo que es normal que inspeccione y toque sus genitales llegando a experimentar cierta excitación, que le lleve al descubrimiento del placer mediante la masturbación.

Sin embargo, la **sexualidad infantil** tiene una dimensión sexual-afectivo-social más que genital, y responde a necesidades de conocimiento, imitación y curiosidad. Las sensaciones de placer no han adquirido un significado específico y no tiene un significado sexual.

La sexualidad infantil será la base de la sexualidad adulta, por ello, es de vital importancia para la vida futura del niño establecer un vínculo afectivo satisfactorio con alguna persona adulta de su entorno (por lo general con sus padres). Se deberá proporcionar seguridad al niño/a, contacto físico, juegos y caricias, sin reprimir ni castigar sus comportamientos de exploración, solamente se hablará con él/ella para reservar las conductas a su intimidad.



Por otra parte, a medida que avanza el desarrollo, **empezará a preguntar sobre temas que le inquietan** como puede ser las diferencias entre niños y niñas o relacionadas con la reproducción. Estas preguntas **deben ser contestadas**, adaptadas a su capacidad de comprensión y su madurez como base de una educación sexual sana.

Finalmente, tener en cuenta que en esta etapa puede aparecer la **imitación de conductas sexuales observadas** a su alrededor, en la televisión, etc., desarrollando las primeras nociones sobre los **estereotipos y características asociadas a lo femenino y a lo masculino**; así como la **identificación e imitación de modelos de conductas sexuales** que comenzarán a definir sus actitudes ante la sexualidad futura.

Desde temprana edad, se debe empezar a **enseñar al niño/a la diferencia entre caricias deseadas y no deseadas** (de forma adaptada a la comprensión del niño/a) con el fin de prevenir la aparición de abusos sexuales, así como que el niño/a sepa marcar sus límites y estos sean respetados.



PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Qué valoramos?

- Adaptación del núcleo familiar (padres, niño/a, hermanos/as,...) a la nueva realidad cambiante.
- Patrón del niño/a de adaptación a estímulos estresantes (enfados, rabietas,...).
- **Signos de mala adaptación familiar** que pueden aparecer en cualquiera de sus miembros:
 - Sentimiento de tristeza y desesperanza.
 - Tendencia al llanto.
 - Alteraciones del apetito y del sueño.
 - Sensación de tensión/ansiedad ante situaciones relacionadas con el niño/a.
 - Alteraciones de la conducta: agresividad, aislamiento social.
 - En caso de los **padres**: hiper/hipo frecuentación de los servicios sanitarios con el niño/a.
 - En caso de los **hermanos**, presencia de celos, conductas regresivas o llamadas de atención continuas.

Exploración

Observar la aparición de signos de sospecha de maltrato a nivel relacional entre el núcleo familiar.

Educación para la salud

Una forma de ayudar a la adaptación a los nuevos roles familiares, es a través de la **Educación Sanitaria**, enseñando a los padres **estrategias para el cuidado** y cómo afrontar los posibles problemas que puedan surgir. Es clave **mostrarnos accesibles** para que expongan cualquier duda que puedan tener y las veces que necesiten, aunque creamos que no es importante, si a ellos les genera dudas, hay que resolverlas.

También es muy importante **no juzgar y no culpabilizar**. Hay muchas formas de cuidar al hijo que pueden ser igual de válidas (por ejemplo, el momento de sacar al niño/a de la habitación de los

padres. Hay familias que lo harán a los 6 meses, otras a los 3 años, otras a los 7,... y no por ello van a ser mejores o peores padres).

Por nuestra parte, intentaremos **modificar aquellas conductas que pongan en riesgo la salud del niño/a** o que afecten a su salud (como el tabaquismo pasivo) a través de la escucha activa y el consejo basado en hechos científicos, evitando los juicios de valor (no debemos juzgar a los padres como peores porque su forma de pensar no sea igual a la nuestra como profesionales ya que solamente creará conflicto y estrés).





PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

¿Qué valoramos?

- Creencias familiares (religión y valores).
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o la enfermedad.
- Valores respecto al cuidado/educación de los hijos.
- Actitud-percepción ante la vida.

Consejos para profesionales

La actuación en nuestras consultas debe estar basada en:

- **No juzgar** la religión o los valores familiares siempre y cuando no afecte a la salud del niño/a; y en el caso de que influyan, argumentaremos los efectos de esas conductas de riesgo.
- **Adaptación a las creencias familiares.**
- **Buscar alternativas** posibles que no entren en conflicto con los valores de los padres y no perjudiquen a la salud del niño/a.
- Aconsejar **recursos de la comunidad** acorde a sus creencias y valores para favorecer la formación de una red de apoyo familiar, social y comunitario.



ETAPA ESCOLAR (6 - 12 años)



ETAPA ESCOLAR

Comprende el periodo de edad entre los 6 y 12 años del niño/a. En este momento, se van a producir grandes cambios a nivel personal por su gran desarrollo físico e intelectual, pasando desde la dependencia de la infancia hasta la independencia de la preadolescencia.

En cuanto al tema sanitario, los controles de salud se van haciendo menos frecuentes que en la infancia debido a la ralentización del crecimiento. Generalmente se incluirán dos revisiones, la primera de ellas tendrá lugar a los 6 años, donde se monitorizará el correcto crecimiento y desarrollo en el paso de niño/a “pequeño” a niño/a “grande”; en cuanto al plano relacional, esta etapa se caracterizará por el desarrollo de la imaginación y el afianzamiento del juego colaborativo con sus iguales.

La segunda, se realizará entre los 9 y 12 años (puede ser una revisión única o desgranarla en varias revisiones según decisión del equipo sanitario), con la llegada de la preadolescencia y adolescencia. Etapa entre la niñez y la edad adulta, en la que se producen grandes cambios físicos hasta adquirir la complexión de adulto/a joven; pero también a nivel social con el afianzamiento de la personalidad y la imagen corporal; y a nivel familiar/amistades, desplazando la balanza hacia el apoyo en su grupo de iguales.



PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Qué valoramos?

- Cómo valoran los padres la salud de su hijo/a y existencia de alguna preocupación al respecto.
- Cómo valora el niño/a su propia salud y existencia de preocupaciones al respecto.
- Revisiones previas y cambios sucedidos desde ese momento.
- Estructura del núcleo familiar (y cambios que se hayan producido desde la revisión anterior).
- Cuidadores principales y sus apoyos.
- Antecedentes personales del niño/a: enfermedades, ingresos hospitalarios, alergias, fármacos que tome,...
- Sistema de Salud alternativo (seguros privados).
- Conductas de riesgo del entorno que puedan influir en la salud del niño/a.
- Conductas de riesgo del niño/a - adolescente (inicio del tabaquismo, consumo de alcohol y otras sustancias,...).
- Hábitos de higiene.
- Medidas de prevención de accidentes.
- Historia de vacunación previa.
- Opinión de los padres sobre la vacunación y su aceptación o no.
- Adherencia a tratamientos y controles de salud.

Exploración

- Estado higiénico del niño/a.

Educación para la Salud

BAÑO

Con el crecimiento y aumento de la actividad del niño/a, **se recomendará baño diario** por su mayor sudoración. Por otro lado, con la llegada de la preadolescencia y el despertar hormonal aumentará el olor corporal y por lo tanto será necesario aumentar las medidas higiénicas.

En esta etapa, será el propio niño/a quien realizará su higiene, sin embargo, en los primeros años (entre los 6-8 años) deberá ser supervisado por un adulto, dejando de forma progresiva independencia e intimidad.

En ocasiones el momento de la rutina del baño pasa de ser tiempo de relajación y autocuidado a ser fuente de conflicto familiar por la negativa a realizarlo. Se recomendará que el niño/a se eduque progresivamente para que este tiempo sea sentido como un **momento “placentero”** y **no como una obligación impuesta**.

Puede realizarse **baño o ducha**, según los gustos del niño/a (preferente ducha). Se recomendará el uso de **jabón suave con pH neutro**.

En general a partir de los 8-10 años, comenzarán a verbalizar sentimientos de vergüenza porque sus padres u otras personas los vean desnudos. Habrá que informar a los padres de la necesidad de dar esa confianza a sus hijos/as de forma progresiva, respetando su intimidad.

Características:

- **Temperatura del agua:** recomendar **entre 36 y 38°C**, pero dependerá de la época del año y de las preferencias de cada niño/a, manteniendo una temperatura cálida de la habitación para que el momento sea lo más agradable posible.
- **Duración:** no hay tiempos establecidos puesto que el baño en general no solamente será un momento higiénico, sino que también servirá como relajación, autoexploración, autoconocimiento y aceptación.
- Mención especial cabe realizarse a la **limpieza de genitales**, por su importancia para la salud y para disminuir el olor corporal.

En el caso de las **niñas**, adiestrar en la forma correcta de realizar la higiene (tanto a la hora del aseo como del uso del WC). Para ello se recomendará realizar limpieza desde



la parte anterior hacia la posterior (para evitar las vulvovaginitis por contaminación de gérmenes fecales), separando los labios vulvares y limpiando todos los pliegues. Con la adolescencia y el inicio de la menstruación, se deberá aumentar la higiene.

En cuanto a los **niños**, si están circuncidados, se recomendará lavado del pene con agua y jabón, haciendo higiene del surco balanoprepucial (con el fin de evitar las balanitis). Si no están circuncidados hacer hincapié en la retracción del prepucio para una correcta higiene siguiendo las mismas pautas que en el caso anterior (tener precaución en el caso de la presencia de fimosis con las retracciones forzadas).

CUIDADO DE LOS OIDOS

Para su limpieza diaria, se realizará con una **toalla humedecida** limpiando la zona externa del pabellón auricular, **EVITANDO USAR BASTONCILLOS** para limpiar el conducto auditivo (harán que la cera presente se acumule en el fondo, produciendo su impactación y pudiendo dañar el tímpano y conducto auditivo).

En caso de necesitar limpiar el canal auditivo, se recomienda el empleo de fórmulas comercializadas de agua marina o similar, en spray puesto que facilitarán la salida de la cera y restos de epitelios por arrastre con el agua (no usar jeringas ni raspadores).

CUIDADO DE LAS UÑAS

Se puede emplear una lima especial para uñas, cortaúñas o tijeras de punta roma, con especial cuidado para evitar cortes y heridas.



CUIDADOS DE LA PIEL

Tras el baño, lo mejor es **hidratar** la piel con cremas o aceites vegetales (como almendras o caléndulas), utilizándolas una o dos veces al día en cantidades adecuadas para evitar su sequedad excesiva.

En la época de la pubertad es frecuente la aparición de **acné**, caracterizado por la presencia de granos y espinillas debido a una combinación de piel grasa junto

con la obstrucción de glándulas sebáceas y folículos pilosos, así como su posterior infección. Esta afección médica afecta alrededor del **85% de los adolescentes**, sobre todo en cara, cuello, hombros, pecho y parte superior de la espalda.

Para tratar de prevenir su aparición y disminuir sus consecuencias, se recomienda:

- Lavado de la piel dos veces al día (mañana y noche) con agua y jabón o limpiadores específicos suaves, evitando productos exfoliantes ásperos o granulados.
- No frotar la piel con paños o cepillos rugosos. Frotar puede provocar aumento de la sequedad de la piel e irritación, empeorando el acné.
- Si se precisa el uso de cremas, se recomendará aquellas que sean libres de grasa o “oil free”.
- Evitar apretar, reventar o hurgar en los granos. Generalmente se hace con las uñas o dedos de forma “poco limpia”, aumentando la irritación de la piel y provocando infecciones o cicatrices.

CUIDADO DE LA BOCA Y LOS DIENTES

La dentición de leche o temporal está finalizada y en torno a los 6 años de vida iniciará el recambio y erupción de la dentición definitiva, durando aproximadamente hasta los 12 años.

Las **primeras piezas definitivas** en salir serán los **molares de los 6 años**, situadas por detrás de las muelas temporales presentes. En este momento, también se produce el **recambio de los incisivos inferiores y superiores** (primero centrales y a continuación laterales). En torno a **los 10 años** lo harán los **colmillos o caninos** y **2 años después** aproximadamente se producirá el recambio de los **molares temporales** (pasarán a conocerse como premolares) y la **erupción de los segundos molares** definitivos (11-13 años). Solo faltará la erupción del tercer molar o muela del juicio que finalizará entre los 18 y 25 años de edad.



Las **caries**, es una de las principales afecciones en la infancia, por ello, la higiene de los dientes se realizará dos o tres veces al día (después de las comidas principales y siendo una de ellas siempre antes de acostarse), utilizando cepillo dental con pasta de al menos 1450 ppm (partes por millón) de ion flúor en cantidad como un guisante (recomendación de la sociedad española de odontopediatría). Además, es recomendable usar hilo dental con cera en las zonas de contacto entre los molares antes de ir a dormir.

Pautas para el correcto lavado de los dientes:

- Se dejará que el niño/a se limpie los dientes durante un minuto y sea el adulto quien realice la higiene durante otro minuto hasta que el niño/a posea la habilidad motora adecuada (aproximadamente hasta los 8 años). A partir de los 8 años, será el niño/a el encargado de llevar a cabo todo este proceso.
- No mojar el cepillo en agua previo al lavado.
- Después del cepillado, escupir los restos y no enjuagar la boca con agua. Si se desea enjuagar, esperar 10 minutos.
- Cepillar todas las caras del diente.

LAVADO DE MANOS

Manera fácil, barata y eficaz de prevenir la propagación de microbios. Puede realizarse con agua y jabón o geles hidroalcohólicos con al menos un 60% de alcohol (si las manos no están visiblemente sucias).

Momentos en los que se recomienda lavar las manos:

- Antes de comer.
- Después de ir al baño.
- Después de tocar a las mascotas.
- Después de jugar.
- Después de toser, estornudar o sonarse la nariz.



Para favorecer el hábito, recomendar a los padres recordar a sus hijos de forma frecuente el lavado de las manos, así como enseñar con el ejemplo.

FOTOPROTECCIÓN

El sol favorece la producción de vitamina D, necesaria para la salud del niño/a, sin embargo, la exposición excesiva, es un factor de riesgo para la salud por su asociación con la producción de distintos tipos de cáncer de piel.

Para prevenir estos efectos, se deberán seguir las siguientes recomendaciones:

- **Evitar la exposición solar en las horas de mayor calor** (especialmente entre las 11 y 16h.).
- **Evitar la exposición solar prolongada.**
- **Utilización de protección física** como ropa, sombrillas, gorros o gafas (estas, deberán ser del tamaño adecuado, estando realizadas en materiales resistentes pero flexibles, ligeros y seguros; en cuanto a los cristales, deberán tener filtros adecuados [categoría 3] para bloquear la mayor parte de la radiación solar).
- **Utilización adecuada de filtros solares.** Sustancias químicas con efecto pantalla frente a la radiación solar. Pueden ser:
 - **Físicos o inorgánicos:** compuestos por sustancias como el dióxido de titanio y el óxido de zinc. Actúan reflejando la luz solar.
 - **Químicos u orgánicos:** formados por sustancias que absorben la radiación ultravioleta de la luz solar.
 - **Mixtos** (combinan filtros físicos y químicos).

Por otro lado, el **factor de protección solar (FPS)**, nos dará información sobre la protección de estos preparados frente a las radiaciones ultravioleta B (responsables de quemaduras e implicadas en la mayor parte de los efectos cancerígenos de la radiación solar). El valor indicado, significará el número de veces que el preparado aumenta la capacidad defensiva de la piel frente al envejecimiento cutáneo previo a una quemadura.

Para su correcta utilización, se elegirán **cremas con FPS por encima de 30** (preferentemente de FPS 50), que se deberán aplicar **15-30 minutos antes de la exposición** sobre la piel seca y **repetir cada**

dos horas aproximadamente o tras el baño tanto en días soleados como nublados (la radiación ultravioleta atraviesa las nubes y se refleja en agua, arena, hierba o nieve).

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

El **humo del tabaco** contiene miles de sustancias químicas, de ellas, se sabe que **al menos setenta causan cáncer**, además de enfermedades cardíacas y pulmonares entre otras.

En el caso de los **niños/as fumadores pasivos**, se asocia con una mayor irritación de ojos, mucosas nasales y garganta; mayor frecuencia de problemas respiratorios como laringitis, ataques de asma, bronquiolitis, bronquitis,...; disminución de la función pulmonar; aumento de la reacción pulmonar ante alérgenos;...

Se recomienda no fumar en la misma habitación o espacios (como el coche) en los que esté o vaya a estar el niño/a con el fin de evitar los efectos perjudiciales del tabaco, pero no hay que olvidar que dichas sustancias perjudiciales permanecen en la piel, ropa, cortinas,... pudiendo desprenderse nuevamente y ser absorbidas por contacto.

Aunque los **cigarrillos electrónicos y vapeadores** se venden en muchas ocasiones como productos no nocivos (e incluso se regalan a niños de estas edades), están asociados a un elevado número de casos de cáncer por el alto contenido en sustancias químicas como nitrosaminas,



benzo-[a]-pireno, hidrocarburos aromáticos policíclicos, saborizantes,... Por este motivo, se recomienda que se evite su consumo en espacios con niños y por supuesto no suministrárselos.

Puede ser un buen momento y una buena motivación para abandonar definitivamente este hábito para el entorno, pero también buen momento para que el niño/a y adolescente no adquiera el hábito.

USO DE PANTALLAS EN LA INFANCIA

El uso de las nuevas tecnologías ha supuesto un gran avance en nuestros días, sin embargo, también puede conllevar ciertos riesgos:

- Menor número de horas de sueño. Se asocia con retraso en la hora de acostarse y a mayor tiempo de latencia del inicio del sueño.
- Aumento de la somnolencia diurna y disminución de la somnolencia nocturna (cambio del reloj circadiano).
- Menor secreción de melatonina.
- Disminución y retraso del sueño REM.
- Dieta menos saludable y aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad.
- Favorece el sedentarismo.
- Aumento del riesgo de desarrollar síndrome metabólico (por su asociación a menor ejercicio físico y hábitos dietéticos menos saludables).
- Mayor fatiga visual. Se asocia a patología como ojo seco, picazón ocular, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño o visión borrosa.
- Favorece el desarrollo de miopía progresiva y estrabismo agudo en la infancia y adolescencia.
- Dolor osteoarticular a nivel de la columna cervical y lumbar.
- Fatiga general y cefalea.
- Favorece el estado de ánimo depresivo, las alteraciones conductuales y la disminución de la autoestima.
- Favorece la alteración del desarrollo cerebral. La evidencia científica apunta a una disminución del espesor de la corteza cerebral de varias regiones debido al uso excesivo de pantallas a lo largo de la vida.



Por todas las alteraciones citadas anteriormente, se debería haber evitado su utilización hasta los 6 años. Entre los 7 y 12 años de edad, se debería hacer un uso limitado de las tecnologías, con un tiempo máximo recomendable de una hora al día (incluyendo el período escolar).

Además, en esta etapa, se recomendará realizar un **uso limitado, con supervisión de un adulto (siempre que sea posible) y sin acceso ilimitado a internet**, de tal forma que se establezcan límites de contenido, tiempo y lugar de uso.

SEGURIDAD EN EL COCHE

Recordar la obligatoriedad de utilizar sistemas de retención homologados para cada edad. El uso de sistemas de retención infantil se ha comprobado que reduce en un 75% las muertes y en un 90% las lesiones en caso de accidente.

Se utilizarán los dispositivos del **grupo 2** (niños entre 3 y 6 años o 15-25 kg aprox.) o **grupo 3** (niños entre 5 y 12 años o 22-36 kg aprox.) que consisten en asientos y cojines elevadores colocados mirando hacia adelante y que funcionan elevando al niño/a hasta alcanzar la altura necesaria para utilizar el cinturón del propio vehículo correctamente, de tal forma que la banda diagonal del cinturón pase por encima de la clavícula y sobre el hombro sin tocar el cuello y la banda horizontal lo hace lo más abajo posible sobre las caderas y muslos (nunca sobre el estómago).

En ambos casos, se deberán colocar en los **asientos traseros** como norma general. Solamente se colocarán, como excepción, en los asientos delanteros si no es posible su instalación en los traseros (el airbag del copiloto, permanecerá activado siempre que la silla mire hacia el mismo sentido de la marcha).



Estos sistemas de seguridad serán necesarios hasta que el niño/a adquiera una altura mínima de 135 cm. (aunque se recomienda continuar con su uso hasta los 150cm. de altura). A partir de ese momento, independientemente del peso podrá dejar de usar los asientos elevadores, pero no hay que olvidar que **siempre es necesario utilizar el cinturón de seguridad del propio coche**, por corto que sea el trayecto.

VACUNACIÓN

Informaremos a los padres del **calendario vacunal vigente**, así como de aquellas **vacunas no financiadas disponibles**. Revisaremos el calendario de vacunas administradas, en busca de inmunizaciones pendientes/retrasadas, aprovechando cada oportunidad para ponerlo al día.

Ante una **actitud negativa** de los padres frente al proceso vacunal, no debemos enfadarnos con ellos y excluirlos (la vacunación en nuestro país es recomendable pero no obligatoria).

Como profesionales, **valoraremos las creencias y valores de por qué no desean vacunar a sus hijos (siempre desde el respeto)**, ofreceremos una información veraz de la importancia de la vacunación de los niños y nos mostraremos dispuestos a ofrecer una respuesta individual y diferenciada para atender las necesidades de cada niño/a.





PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

¿Qué valoramos?

- Pautas alimentarias del niño/a y de la familia.
- Aceptación de la dieta, rechazo de alimentos y dificultades encontradas.
- Distribución de las comidas a lo largo del día.
- Picoteo entre horas.
- Uso de comedor escolar.
- Problemas relacionados con la alimentación: vómitos, regurgitaciones, presencia de reflujo, gases excesivos,...
- Problemas de la piel y/o cicatrización.

Exploración

- **Somatometría y curvas de crecimiento:** incluirá:

- **Peso:** se utilizarán **básculas de precisión**, colocadas en superficies planas y sólidas, pudiendo ser electrónicas o mecánicas. Se colocará al niño/a en el centro de la plataforma con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, sin tocar ningún elemento externo que nos pueda distorsionar la medida.

Se pesará en ropa interior, preservando su intimidad (sobre todo los adolescentes pueden sentir vergüenza por estar en ropa interior o desnudos ante alguien extraño, por eso disminuir estos momentos a los imprescindibles y tratar de que sean lo más breves posibles).



- **Talla:** indicador del tamaño corporal y longitud de los huesos. Para su realización se utilizará **tallímetro vertical**, colocando al niño/a en una posición recta, con las rodillas extendidas y las escápulas, glúteos y talones en el mismo plano vertical; la cabeza se colocará en posición neutra (posición de mirada al infinito con la línea de visión paralela al plano del suelo). Se hará

inspirar al niño/a, traccionando ligeramente la cabeza contra el soporte móvil del tallímetro.

- **Índice de Masa Corporal (IMC):** indicador más utilizado para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad. En el caso de niños/as y adolescentes (hasta los 18 años) los valores de corte de normalidad, infrapeso, sobrepeso y obesidad cambian en función del sexo y la edad en la que se mida.

Estos tres parámetros se compararán con las gráficas de crecimiento, en función del sexo y la edad ([Anexo 1](#)), considerándose normal todo aquello comprendido entre el percentil 3 y el 97 en el caso del peso y la talla; mientras que en el caso del IMC se considerará bajo peso si es menor del percentil 5; Normal si se sitúa entre el percentil ≥ 5 y < 85 ; Sobrepeso si se sitúa entre los percentiles ≥ 85 y < 95 ; y finalmente se considerará Obesidad si el IMC se sitúa en el percentil ≥ 95 .

- **Estado de piel y mucosas:** exploración en busca de:

- ✓ **Signos cutáneos de maltrato infantil.**

- ✓ **Piel seca o eccematosa:** puede ser debida a una falta de uso de cremas/aceites hidratantes por el niño/a o ser debida a atopia.

- ✓ **Lunares:** es normal que el niño/a tenga lunares, sin embargo, habrá que vigilar su forma, crecimiento o aparición de características anómalas.



CARACTERÍSTICAS DE ALARMA DE LOS LUNARES

A

ASIMETRÍA

UN LUNAR QUE NO TENGA FORMA OVALADA

B

BORDES

IRREGULARES Y CON PICOS

C

COLOR

VARIADO, NO HOMOGÉNEO. POR EJEMPLO: DE MARRÓN CLARO A NEGRO.

D

DIÁMETRO

DIÁMETRO MAYOR DE 6 MM

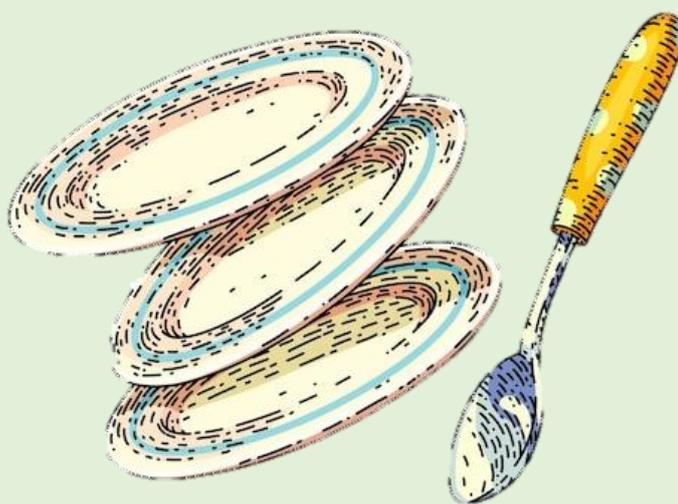
E

EVOLUCIÓN

CAMBIO DE ASPECTO EN CUANTO A TAMAÑO, COLOR O ESPESOR.

Las recomendaciones nutricionales y dietéticas son uno de los temas más frecuentes de las consultas de Atención Primaria porque alimentación, manejo del peso, imagen corporal y autoestima son un paquete que va a estar presente a lo largo de toda la vida de la persona.

La dieta que debe seguir el niño/a y adolescente, es la misma que la del adulto general, una dieta saludable y equilibrada, basada en el MÉTODO DEL PLATO y el MÉTODO DE LA MANO, que aporte todos los nutrientes necesarios para el correcto crecimiento y desarrollo.



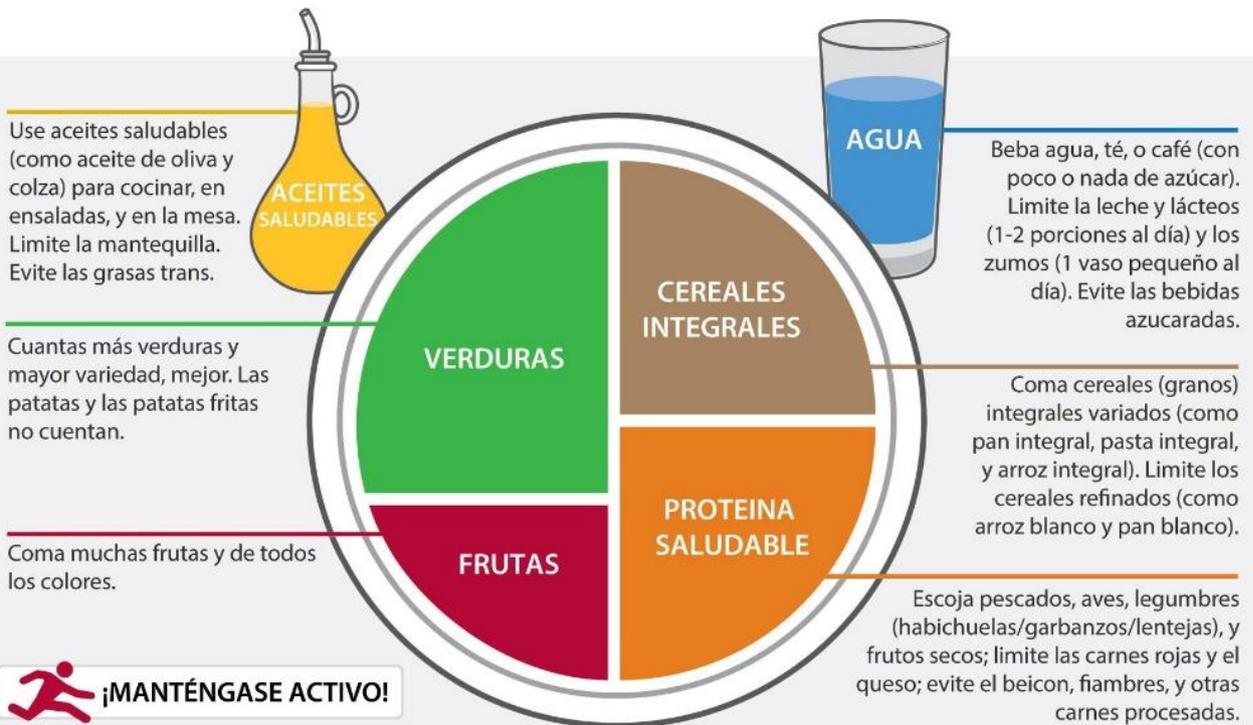
MÉTODO DEL PLATO DE HARVARD

Este método se basa en indicar las proporciones adecuadas de los diferentes grupos de alimentos que deben formar **parte de las dos comidas principales del día**: la comida y la cena. La distribución en el plato debe ser la siguiente:

- El 50% del plato serán verduras y/o hortalizas.
- El 25% carnes, pescados, legumbres y/o frutos secos.
- El 25% cereales integrales o tubérculos.

Acompañando siempre esta dieta con agua como principal bebida, aceites saludables (preferentemente de oliva) para el cocinado y actividad física diaria.

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE



¡MANTÉNGASE ACTIVO!

© Harvard University



Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu



MÉTODO DE LA MANO (O DEL PUÑO)

Este método complementario, se basa en la idea de que nuestras manos suelen ser proporcionales al tamaño de nuestro cuerpo, haciendo que esta sea una buena guía para orientarnos sobre la cantidad de alimentos que se debe ingerir.

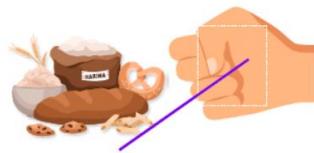
Ojo, la guía de lo que debe comer cada uno es su propia mano. No es el mismo tamaño la mano del niño/a que la de la madre o la del padre.

El Método del Puño^{2,3}

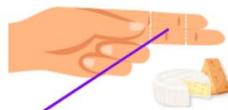
Es una guía muy práctica e intuitiva para calcular el tamaño de las porciones que deberíamos consumir en nuestro menú



Verduras: una ración es la capacidad de dos manos juntas y abiertas



Hidratos de carbono: una ración es el tamaño de un puño cerrado



Queso: una ración adecuada equivale al grosor de 2 dedos



Fruta: una ración equivale a una mano abierta en forma de cuenco



Proteínas: una ración es el tamaño de la palma de la mano

Grasas: una ración es la punta de un dedo

- **Verduras:** tanto crudas como cocidas, deben ocupar el espacio que incluyen **las dos manos juntas en forma de cuenco**.
- **Hidratos de carbono:** este grupo de alimentos incluye la pasta, el arroz, la patata y el pan, y la cantidad que le corresponde es el **puño cerrado**.
- **Proteína:** cuando nos refiramos a un filete de carne o pescado, habrá que escoger el que sea del **tamaño de la palma de la mano**, que va desde la muñeca hasta dónde empiezan los dedos. El **grosor** de la pieza debe ser más o menos el **del dedo meñique**.
- **Legumbres:** su contenido nutricional destaca en proteínas de alta calidad biológica, aunque resultan también una buena fuente de hidratos de carbono, por lo que **se podrá contar como aporte proteico o como aporte de hidratos de carbonos**.
- **Frutas:** toda la que quepa en una **mano abierta en forma de cuenco**.
- **Quesos:** un pedazo de queso no debe ser superior al tamaño que ocupan, tanto a lo ancho como a lo largo, los **dedos índice y corazón juntos**.
- **Grasas y azúcares:** la proporción de grasas (mantequilla y aceite) y azúcares debe **limitarse al tamaño de la primera falange del dedo índice**, es decir, el segmento dónde este dedo se dobla por primera vez.
- Además, los cinco dedos nos recuerdan que hay que **realizar cinco comidas al día e ingerir cinco raciones diarias de frutas y verduras**.

RECOMENDACIONES GENERALES DE ALIMENTACIÓN EN LA ETAPA ESCOLAR

– Se debe **enseñar al niño/a a comer de todo**, ya que siguiendo una dieta variada se cubren las necesidades nutritivas y se aseguran hábitos de alimentación adecuados para el futuro. **La prevención de la obesidad se inicia desde el nacimiento.**

– **Puede comer con sal**, pero se recomienda un máximo de 2g al día (0,8g de Sodio al día).

– **Establecer horarios regulares** en las comidas, evitando picar entre horas.

– **Hacer hincapié en la importancia de realizar 5 comidas al día**, evitando sobre todo saltarse el desayuno.

– **Procurar que el niño/a no adquiera conductas caprichosas y monótonas.**

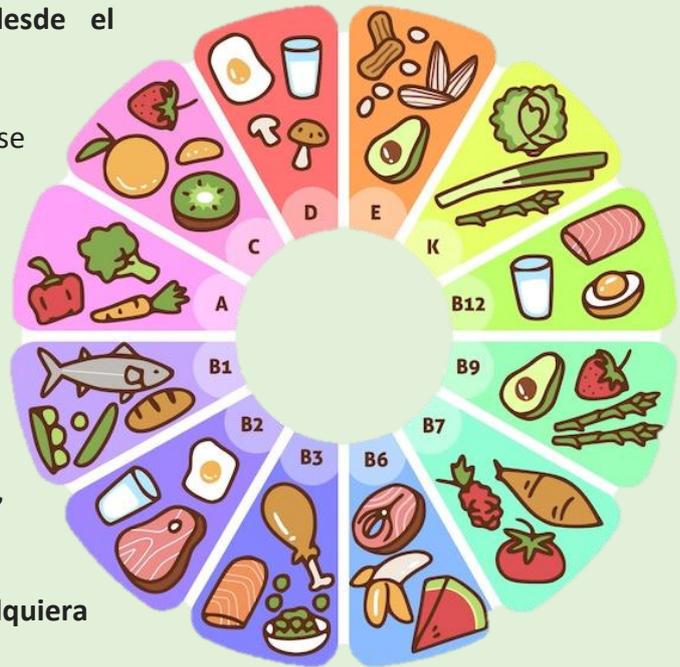
– **Los niños aprenden de lo que ven en casa.** Si el resto de la familia no come verduras, por ejemplo, ellos tampoco las comerán.

– **Acompañar las comidas con AGUA** y evitar la toma de refrescos o zumos azucarados tanto durante como entre las comidas.

– **Incluir 5 raciones de frutas o verduras al día** (con al menos una ración de verduras crudas al día) (preferentemente se tomará la fruta en pieza entera, evitando los zumos naturales, ya que estos contienen más cantidad de azúcares y menos fibra).

– **Precaución con el consumo de PESCADO AZUL** de grandes dimensiones como atún, emperador, cazón, tiburón,... Se recomienda evitar su consumo hasta los 10 años por su alto contenido en mercurio.

– **Se recomendará cocinar los alimentos de la forma más sana posible**, cambiando los fritos o empanados tradicionales por cocinados a la plancha, AirFryer, horno,...





PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

¿Qué valoramos?

- **Eliminación Intestinal:**

- N.º de deposiciones y frecuencia.
- Consistencia de las heces.
- Color.
- Si refiere algún problema: fisuras, fecalomas,...
- Utilización de ayudas para la defecación: laxantes, estimulación, enemas,...
- Presencia de ostomías de eliminación.

- **Eliminación Urinaria:**

- N.º de micciones.
- Características de la orina.
- Presencia de dificultad para orinar.
- Presencia de ostomías urinarias, sondas u otros dispositivos.

- **Eliminación Cutánea:**

- Sudoración profusa.

Educación para la salud

En este momento, el patrón de eliminación urinaria e intestinal será igual al del adulto.

ENEURESIS Y ENCOPRESIS

El niño/a mayor ya debe realizar un control absoluto del esfínter urinario e intestinal. Sin embargo, hay niños/as más “perezosos” que continúan mojando la cama más allá de los 5-6 años (enuresis) o teniendo escapes de heces (encopresis), lo que supone un problema de autoestima y relacional para el niño/a.

En caso de existir algunos de estos trastornos, se debe tener en cuenta:

- Necesidad de un **abordaje multifactorial**. Estos problemas no tienen una sola causa, si no que en la mayoría de los casos son debidos a una combinación de varios factores que habrá que atajar.
- **Nunca culpabilizar al niño/a**. No hacer comparaciones con otros niños/as o hermanos/as porque aumentan su culpabilidad.
- **No ridiculizar en público o en privado** puesto que empeorará su autoestima y generará conflictos de seguridad y autoestima.
- **No regañar ni castigar**, es algo involuntario que no mejorará con castigos.
- En cuanto a la **enuresis**, la **resolución espontánea** se da en **un 15% de los casos con cada año que avanza**, de tal forma que al llegar a los 15 años solamente uno o dos de cada cien adolescentes mojará la cama sin precisar ningún tipo de tratamiento (aunque generalmente se suele atajar con anterioridad debido a las incomodidades y problemas que generan tanto en el niño/a como en la familia).

Además, **se recomendará no despertar al niño/a a media noche para que orine**, ya que servirá de poco; así como **no iniciar el uso de pañales** una vez se ha iniciado el abordaje del problema.

- En cuanto a la **encopresis**, su **causa principal** es el **estreñimiento** por lo que en un alto porcentaje de los casos consiguiendo un patrón de eliminación adecuado se resolverán los escapes de heces.

- Iniciar **tratamiento conductual con o sin medicación** desde Atención Primaria ayudará a solucionar este problema.

ESTREÑIMIENTO

Se considerará estreñimiento cuando el niño/a evacue **menos de tres veces a la semana y/o cuando evacuando con más frecuencia, lo hace de forma incompleta o son heces duras expulsadas con dolor.**



Recomendaciones para evitarlo:

- **Dieta rica en fibra** (alta en cereales integrales, frutas y verduras). Ayuda a la formación de heces blandas y voluminosas.

- **Beber líquidos de forma abundante.**
- **Fomentar la actividad física** para favorecer el movimiento intestinal normal.
- **Crear una rutina para el baño.** En ocasiones el motivo del estreñimiento es la costumbre del niño/a de inhibir el estímulo porque está haciendo cosas que le interesan más. Puede ser adecuado recomendar pasar un tiempo en el baño después de cada comida para favorecer que evacue las heces.
- **Recordar al niño/a que debe prestar atención a “la llamada de la naturaleza” y no inhibir el reflejo.**

Será necesario consultar con el servicio sanitario cuando:



- Presencia de fiebre.
- El niño/a se niega a comer.
- Sangre en las heces.
- Hinchazón abdominal.
- Pérdida de peso.
- Presencia de prolapso rectal (salida de parte del intestino por el ano).



PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO

¿Qué valoramos?

- Grado de actividad física del niño/a - adolescente.
- Actividades extraescolares que realiza.
- Número de horas al día empleadas en dispositivos electrónicos (en los momentos de ocio).
- Presencia de sedentarismo.

Exploración

– **Pisada del niño/a - adolescente.** Uso del **podoscopio**. Colocaremos al niño/a sobre su plataforma, con los pies juntos, manteniendo las rodillas estiradas. Con ello se observará la posición de pie, tobillo, rodilla y cadera, así como su pisada (podremos ver pie plano, cavo, varo, valgo,...). Solamente se tratarán en caso de generar alguna sintomatología. Se pueden recomendar ejercicios en casos de pie cavo o plano con el fin de fortalecer la musculatura del arco plantar como movilidad articular de dedos y tobillos, automasaje rodando una pelota, coger un lápiz con los dedos de los pies, arrugar una toalla con los dedos de los pies, andar de puntillas, andar con los talones,...



– **Exploración postural general.** Se colocará al niño/a-adolescente en ropa interior, en bipedestación con los pies juntos, la columna recta y con la mirada al frente. Se observará la posición de pies, tobillos, rodillas, caderas, espalda, hombros y escápulas en busca de asimetrías y/o disimetrías que habrá que valorar si precisan o no tratamiento postural, protésico,...



– **Desviaciones de columna: Test de Adams.**

Prueba específica para detectar la **escoliosis**. Para realizar dicho test, colocaremos al niño/a-adolescente en ropa interior, en bipedestación con pies juntos, rodillas estiradas y cabeza con el mentón pegado al pecho. Se pedirá al niño/a-adolescente que se incline hacia adelante mientras descuelga los brazos. Cualquier desequilibrio en la caja torácica u otras deformidades a lo largo de la espalda en forma de giba o desviación de la línea de la columna hará que el test se considere positivo, siendo necesario ampliar el estudio.

– **Control de Tensión Arterial (TA).** Según la Asociación de Pediatría en Atención Primaria (AEPAP) y siguiendo las guías europeas y americanas sobre Hipertensión Arterial en niños/as y adolescentes, recomiendan medir la TA en niños/as sanos/as asintomáticos/as a partir de los 3 años; en caso de normalidad se repetirá su toma tras uno o dos años, aprovechando otras visitas clínicas.

Para su correcta medición, es esencial elegir el manguito en función de las características de circunferencia del brazo del niño/a, de tal forma que su ancho sea el 40% de la medida de la circunferencia del brazo y su longitud cubra el 100% de dicha circunferencia.

Para la evaluación de la TA, se comparará la obtenida con las tablas normalizadas por las asociaciones de pediatría en función del sexo y la edad del niño/a - adolescente, considerando como normal una **presión arterial sistólica y/o diastólica por debajo del percentil 90**. (Se considerará **Normal-Alta si se halla entre el percentil 90 y 95**; y entraríamos en **hipertensión arterial a partir de ese percentil 95**) ([Anexo 4](#)). Debido al alto grado de alteraciones de la TA por motivos ambientales, estrés,... si se presentan valores elevados, habría que comprobarlos en consultas sucesivas.

HIGIENE POSTURAL

– **Postura de sastre invertida:** postura que se produce cuando el niño/a - adolescente se sienta en el suelo con las nalgas totalmente apoyadas y con las rodillas y piernas dobladas hacia atrás formando una W.

Esta posición aporta al niño/a más estabilidad al estar sentado cuando es más pequeño, sin embargo, si desde temprana edad se ha aprendido, es posible que se mantenga en este periodo, dando lugar a problemas de rigidez muscular, fuerte presión en las articulaciones de cadera, tobillos y rodilla, caderas débiles, anteversión femoral, alteraciones de la marcha, dolores mantenidos en las articulaciones o contracturas musculares compensatorias.



Se recomendará que el niño/a cuando se siente en el suelo lo haga con las piernas estiradas; recogidas y cruzadas; o sentado de rodillas con las nalgas sobre los pies.

– **Sedestación:** en esta etapa es muy frecuente que cuando el niño/a - adolescente se sienta en una silla, se lateralice a izquierda/derecha o se “tumble” sobre la mesa.



Todas estas posiciones ocasionan problemas musculares con dolores de espalda, cuello e incluso pueden ocasionar dolores de cabeza frecuentes.

Se recomendará que cuando el niño/a se siente en la silla a la mesa lo haga con ambos pies apoyados en el suelo y con la espalda recta, pegada al respaldo de la silla, acercando la silla a la mesa si es necesario.

– **Uso de la mochila:** con el paso de los años, el niño/a cada vez lleva más libros/cuadernos u otro tipo de materiales en la mochila escolar, y la llevan a la espalda, cargando un gran peso sobre los hombros pudiendo ocasionar desviaciones de columna y dolores.

Se recomendará el **uso de mochilas con ruedas y tratar de disminuir el peso lo máximo posible**, dejando aquellos materiales que no se necesiten en el colegio o en casa.

De forma general, ante los problemas posturales se recomendará que el niño/a - adolescente realice algún tipo de deporte para el fortalecimiento muscular sobre todo de la zona de la espalda, pero también de extremidades inferiores (por ejemplo, realizar natación, marcha o atletismo,...).

ACTIVIDAD FÍSICA / SEDENTARISMO

La OMS identifica el **sedentarismo** como un grave problema de salud en los niños y jóvenes de entre 5 y 17 años. En los últimos años, **la realización de ejercicio físico ha sido reemplazada por un ocio sedentario** pasando del juego al aire libre, la práctica de fútbol, baloncesto, ciclismo,... a horas tras una pantalla jugando a videojuegos, viendo series, chateando,...

Por este motivo, desde los distintos ámbitos, educativos y sanitarios, se debe hacer una promoción de la actividad física practicada de forma regular.

Desde la OMS y la Asociación Española de Pediatría **se recomienda:**

– Realizar **actividad física moderada o vigorosa, al aire libre y en entornos seguros, durante un mínimo de 60 minutos al día** (en una o varias sesiones) con características aeróbicas en su mayor parte, así como **fortalecimiento muscular** (escalada, flexiones,...) **y óseo** (saltar, correr,...) **3 veces por semana.**



– **Evitar conscientemente el sedentarismo** aprovechando cualquier actividad cotidiana para favorecer la actividad.

– **Entre los 7 y 12 años de edad, se debería hacer un uso limitado de las tecnologías, con un tiempo máximo recomendable de una hora al día (incluyendo el período**

escolar). Recomendando un **uso limitado, con supervisión de un adulto (siempre que sea posible) y sin acceso ilimitado a internet**, de tal forma que se establezcan límites de contenido, tiempo y lugar de uso.

- **La actividad física y el ejercicio deben verse como un hábito divertido para que se mantenga en el tiempo y no como una imposición u obligación.**
- Asegurar una **hidratación adecuada** antes, durante y después del ejercicio.
- **Evitar las horas de máximo calor para la realización del ejercicio** con el fin de prevenir golpes de calor u otras patologías asociadas. Además, se deberá utilizar crema de protección solar adecuada.

Beneficios del deporte para la salud:

- Mejora del patrón cardiovascular presente y futuro.
- Prevención del sobrepeso y la obesidad, así como de enfermedades de base cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión arterial,...).
- Ayuda a la prevención y tratamiento de problemas psicoafectivos.
- Mejora de la autoestima.
- Facilita la sociabilización.
- Ayuda a la prevención de la desmineralización ósea.
- Prevención de algunos tipos de cáncer.





PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

¿Qué valoramos?

- Patrón de sueño del niño/a - adolescente.
- Vivencias, expectativas y temores de los padres.
- Presencia de pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo,...
- Lugar elegido para el descanso.
- Rutinas establecidas para favorecer el descanso.

Educación para la salud

En este momento, el patrón de sueño/descanso del niño/a “mayor” y adolescentes es similar al del adulto. Tendrá un descanso nocturno de 8-10 horas, pudiendo mantener una pequeña siesta de entre 20-30 minutos, en función de la actividad mantenida (aunque no siempre estará presente).

En el inicio de este periodo, pueden mantenerse **despertares nocturnos**, en general relacionados con pesadillas y/o sonambulismo.

Los 6 años se acompañan por una gran imaginación tanto durante el día (se desarrolla el juego simulado con gran componente imaginativo), como durante la noche (todo lo vivido durante el día, se reinterpreta en el sueño pudiendo aparecer como sueños revividos o pesadillas).

¿DÓNDE DEBE DORMIR EL NIÑO/A?

El lugar destinado al sueño del niño/a será elección de padres y niños/as. Lo normal es que en esta época duerma en habitación y cama propia. Sin embargo, podemos encontrarnos en las consultas de Atención Primaria con familias donde niños/as de 8-9 años siguen durmiendo en la cama de los padres.

Conseguir el cambio de este hábito es una tarea que demandará mucho tiempo, compromiso y paciencia, dejando a un lado enfados y castigos.

Recomendaciones:

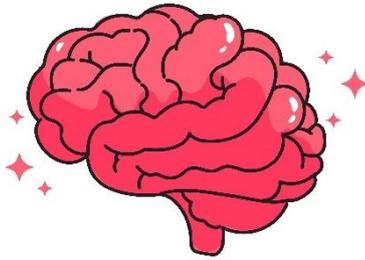
- Pasar tiempo en su habitación para que lo asocie con momentos divertidos y no como momento de separación e imposición.
- Si existen despertares nocturnos, es mejor que los padres vayan a calmarle a su cama y una vez tranquilo, volver a dejarle solo en su cama.
- Pueden ser de ayuda el uso de peluches o ciertos objetos de apego que le darán confianza al niño/a para permanecer solo.
- Fijar una rutina de sueño, así como una correcta higiene del sueño.

HIGIENE DEL SUEÑO

Recomendaciones para una buena higiene del sueño:

- **Evitar la actividad física 1-2 h antes de acostar al niño/a**, así como actividades que lo estimulen como los juegos, deporte,...
- **Establecer horarios fijos.**
- **Establecer rutinas relajantes** (baño, leer un libro,...) que deben acabar en la habitación.
- **Mantener ambiente relajado, sin ruido, luz tenue y temperatura confortable.**
- **No acostarlo con hambre**, pero tener en cuenta que el exceso de líquidos favorece los despertares nocturnos. Tampoco se recomiendan las cenas copiosas o con exceso de azúcar puesto que actuará como excitante.
- **No utilizar dispositivos electrónicos multimedia para dormir al niño/a** (tampoco se recomienda utilizarlos durante 1-2 h. antes de acostarlo).





PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Qué valoramos?

- Rendimiento escolar: preguntar sobre adaptación a las diferentes etapas escolares.
- Dificultades con el lenguaje, lectura, escritura o cálculo.
- Dificultades de atención e hiperactividad.

Exploración

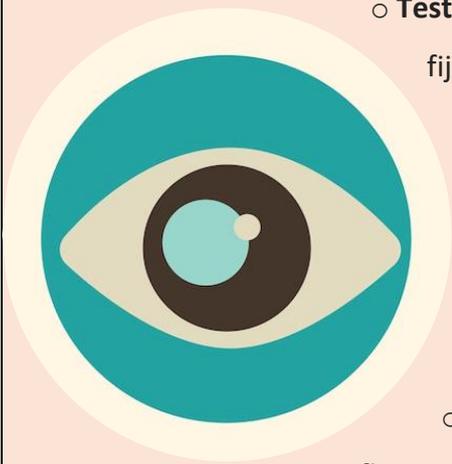
- **Actitud del niño/a en la consulta:** una actividad útil para explorar la esfera cognitiva-perceptiva del niño/a, es pedirle que realice un **dibujo de una persona** (sobre todo en los inicios de esta etapa en torno a los 6 años) o que escriba algo (en momentos más avanzados).

Con estas actividades veremos capacidad de escritura, nivel de atención, perfeccionismo en la actividad o no; forma de escribir, coger el lápiz, actitud frente al papel,... Además, pediremos que nos responda diversas preguntas para evaluar el lenguaje, su fluidez o sus limitaciones.

No olvidar que el niño/a está en la consulta de Atención Primaria unos pocos minutos, por lo que habrá que explorar también las preocupaciones de los padres y del personal docente.

En caso de presencia de alteraciones del lenguaje, expresión o comprensión puede ser necesario derivar al niño/a para una exploración por otros profesionales.

- **Ojos /Visión:**
 - **Fijación de la mirada y motilidad ocular.**
 - **Test del Reflejo Rojo o Test de Brückner:** explora la transparencia de córnea y cristalino; y presencia de ambliopías irreversibles que interfieran con la visión. Con la sala ligeramente oscurecida, el explorador mira a través del oftalmoscopio directo y el niño/a fija la mirada en la luz del aparato que iluminará simultáneamente ambos ojos. Las pupilas se iluminarán en rojo y buscaremos la presencia de desequilibrios en la iluminación entre ambos ojos.



○ **Test de Hirschberg:** realizado para la detección de tropias o estrabismo fijo. Consiste en la observación del reflejo luminoso corneal en ambos ojos procedente de un foco de luz (linterna) situado a unos 40 cm de la cara del niño/a; los reflejos luminosos deben quedar simétricamente centrados en ambas pupilas. Si en un ojo está bien centrado y en el otro ojo está desviado, existe estrabismo.

○ **Cover test:** es una prueba que está basada en el movimiento reflejo que realiza el ojo cuando está fijándose en un objeto. La prueba consiste, en ocluir un ojo durante unos 5 segundos aproximadamente, y desocluirlo para ver si hubo movimiento del ojo al volver a ver el objeto.

El niño/a fija su mirada en un objeto situado a unos 40 cm. Le tapamos un ojo con la mano y observamos el otro. Si éste cambia de posición para enfocar el objeto, el test es positivo (indica estrabismo).

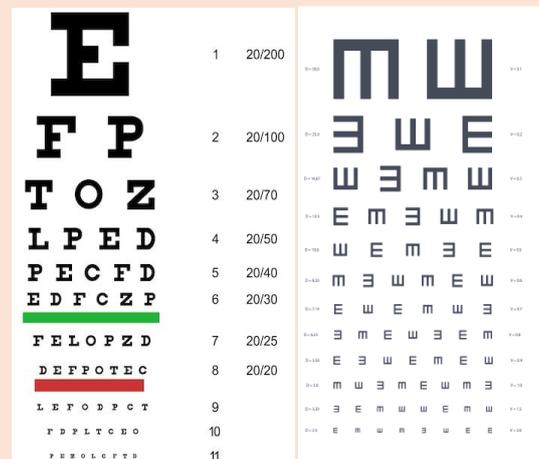
Si al destapar el ojo éste se mueve para enfocar, el test es positivo para ese ojo.

Esta prueba requiere colaboración por parte del niño/a y puede ser difícil de realizar por debajo de los 2-3 años. Detecta forias o estrabismo latente u oculto.

○ **Agudeza visual de cada ojo por separado mediante optotipos adecuados a la edad (carta de Snellen o E volteada)** colocando al niño/a a una distancia de 2,5m (esta exploración requiere la colaboración del niño/a, en caso de no obtenerla, la prueba no será válida y habrá que postponerla).

Para llevar a cabo la exploración, el niño/a se debe tapar uno de los ojos sin presionar el tapado para no afectar a la visión.

A partir de los 6-7 años, la visión alcanza la unidad completa aunque se consolidará entre los 10-12 años.



• **Audición y comprensión del niño/a.** Para ello hablaremos al niño/a y observaremos su respuesta.



Educación para la salud

El periodo de los 6-7 años, se caracteriza por una gran imaginación en la que el niño/a algunas veces tiene dificultad para diferenciar realidad de imaginación. Es importante informar a los padres sobre este hecho, ya que pueden pensar que el niño/a miente, sin embargo, puede ser fruto de esa remodelación de la realidad en función de su mundo interior.

La función de los padres será estimular esta capacidad y enseñarle cómo expresarlo y canalizarlo.

CAPACIDADES ACADÉMICAS

El colegio/instituto es el lugar donde se van a aportar los conocimientos, base del desarrollo cognitivo y del pensamiento en la etapa escolar. Desde el nivel familiar, se fomentará y se ayudará al niño/a a que aprenda a estudiar solo y adquiera una actitud positiva ante la educación (obligatoria o voluntaria). Para ello, los padres deberán hacer hincapié en:

- **Autocontrol, organización y planificación:** diseñando un horario de estudio/actividades realizado y aceptado por el propio adolescente (nunca impuesto).
- **Evitar las distracciones digitales:** limitación del uso de pantallas y dispositivos electrónicos ya que interrumpen la concentración y favorecen la distracción.
- **Establecer un espacio de estudio eficaz.**
- Fomentar el establecimiento de **expectativas realistas.**
- Favorecer la **motivación intrínseca** para que el estudio no se vea como una obligación externa: conectar lo aprendido con sus intereses y proyecto de vida.
- Desarrollo de **técnicas de estudio** como resúmenes, esquemas, mapas conceptuales,... adaptados a las preferencias de cada niño/a.
- **Evitar presionar** al niño/a.

- **Evitar la sobrecarga de tareas** (es bueno que acuda a actividades extraescolares, pero debe de encontrarse un equilibrio adecuado).
- **Fomentar la autoconfianza:** las malas notas no significan una ausencia de capacidades para aprender y estudiar de forma independiente, sino que habrá que buscar cómo reforzar las distintas capacidades empleadas en el proceso.

Además, se recomendará a los padres el **fomento de otras actividades de tiempo libre que desarrollen las capacidades cognitivas y perceptivas** como actividades musicales (manejo de instrumentos, baile,...), artísticas (dibujo, pintura, manualidades,...), expresivas (teatro, lectura en voz alta, idiomas,...), psicomotrices (fútbol, natación, baloncesto,...), espaciales (senderismo, geocaching,...), etc. Pero, siempre que sean de elección del niño/a y buscando no sobrecargarle.

CONSEJOS PARA MANTENER UNA BUENA VISIÓN

La visión, todavía se encuentra en desarrollo. Por ello, para que el resultado sea exitoso, se recomendarán algunos cuidados como:

- Uso **de gafas de sol homologadas con filtros UV** adecuados.
- Al estudiar o utilizar dispositivos electrónicos, utilizar una **iluminación intermedia, ni excesiva ni deficiente.**
- Mantener una **distancia de visualización** de entre 60-70 cm en el caso de ordenadores de sobremesa, entre 50-60 cm para ordenadores portátiles y de 35-45 cm para móviles o tablets.
- **Limitar el uso de pantallas y dispositivos electrónicos** a un máximo de una hora diaria en esta etapa.
- Elegir **colores suaves y mates para las paredes del lugar de estudio** puesto que disminuye la fatiga visual.
- Utilizar la **regla del “20-20-20”** al estudiar, leer o utilizar dispositivos digitales: realizar pausas de 20 segundos cada 20 minutos, mirando a una distancia de 20 pies o 6 metros para disminuir la fatiga visual.
- Mantener una **correcta higiene ocular:** lavarse las manos antes de tocar los ojos y evitar frotarlos con fuerza.
- Si se usan **lentillas**, no utilizarlas más días de los indicados por el fabricante y mantener una correcta higiene de las mismas para evitar daños oculares.





PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

¿Qué valoramos?

- Rasgos de personalidad del niño/a y sus respuestas ante el mundo que le rodea (curiosidad, miedo, rabietas, falta de respuesta,...).
- Percepción del niño/a de sí mismo (género, imagen corporal,...).
- Presencia de sentimientos negativos reiterados de los padres/cuidadores hacia el niño/a.

Educación para la salud

La formación de la **personalidad** se produce desde el nacimiento y se va modelando a medida que el individuo adquiere experiencias vitales.

Para su desarrollo, **es muy importante un ambiente de crianza adecuado** basado en la **Parentalidad Positiva** (comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño/a, que cuida y desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación hacia el niño/a, además de incluir el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño/a).

Este ambiente debe estar basado en:

- Vínculos afectivos cálidos.
- Entorno estructurado.
- Estimulación y apoyo.
- Reconocimiento.
- Capacitación de los hijos como agentes activos de la familia.
- Educación sin violencia.



Un hogar en el que predominan los sentimientos negativos hacia el niño/a, desencadenará en problemas de falta de autoconfianza y autoestima, trastornos de la imagen corporal,...

IMPORTANCIA DEL CÍRCULO DE IGUALES EN LA FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD

A medida que avanza esta etapa, el niño/a dejará atrás la etapa infantil para alcanzar la preadolescencia y adolescencia; y con este cambio van a modificarse también sus personas de referencia.

Hasta ahora, eran los padres y familiares más cercanos. Sin embargo, a partir de ahora tendrá una gran importancia su círculo de amistades y compañeros/as de colegio o actividades, queriendo hacer lo mismo que hacen ellos/as, realizarán comportamientos imitativos de otros miembros del grupo, demandarán la misma ropa,...

Será el niño/a quien elija estas amistades y empiece a tomar sus decisiones, siendo imposible imponérselas de forma externa. Por este motivo, **la función de los padres consistirá en darle la base a su hijo/a para elegir sus compañías y aprenda a distinguir las sanas de las perjudiciales.**

No olvidar que **los límites son necesarios** para el/la adolescente, y son los padres los encargados de marcarlos (no los hijos/as). Poseer una estructura y pautas claras a lo largo de los cambios que se producen en la adolescencia va a generar la **toma de conciencia sobre la responsabilidad y las consecuencias de las acciones** llevadas a cabo (aunque en muchas ocasiones esto sea fuente de batalla entre ambos bandos, es un proceso básico para su desarrollo).

BULLING O ACOSO ESCOLAR

El desarrollo de la propia personalidad está también muy ligado al tema del acoso escolar, ya que características o elecciones diferentes pueden ser utilizadas como motivo de mofa, ocasionando aislamiento, depresión e incluso casos de suicidio infantil.



Desde las consultas de Atención Primaria, debemos preguntar por las relaciones con sus iguales y presencia de casos de acoso hacia ellos o hacia otros niños, dando pautas de cómo actuar tanto a los niños como a los padres.

IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es un tema muy importante en la vida de los adolescentes por los numerosos cambios que suceden en esta época y que genera un gran número de **preocupaciones e inseguridades**.

Muchos de estos conflictos se generan por la **idealización del cuerpo y los estereotipos** que la sociedad impone en los medios de comunicación y redes sociales. Esto lleva a que mientras los referentes de belleza muestran un cuerpo “perfecto”, el/la adolescente se visualiza “horroroso/a” con acné, acúmulos de grasa corporal, manchas en la piel, cambios en la voz, desarrollo o no de los pechos en el caso de las adolescentes,... pudiendo minar su autoestima.



Consejos para que familia y adolescentes hagan frente a estas inseguridades:

- Desde su entorno más cercano, mantener una **actitud positiva hacia su cuerpo**, ayudándoles a valorar su riqueza personal y las características que le hacen único/a en lugar de centrarse constantemente en lo que ellos/as perciben como defectos.
- **Dar pie a debatir y hablar libremente sobre la diversidad corporal.**
- **Fomentar estilos de vida saludables.** Promocionar la dieta equilibrada y el ejercicio físico, evitando conductas purgativas o restrictivas, así como el ejercicio compulsivo.
- **Insistir al adolescente que se halla en un proceso de cambio** y eso que ven como “defecto”, son cosas normales y transitorias que desaparecerán cuando finalice el cambio corporal.
- **Tratar de tomar cánones de belleza realistas.** En muchas ocasiones, los modelos tomados son varios años mayores que ellos/as lo que hace que se encuentren en un momento vital y de

cambio completamente distinto (no va a ser igual el cuerpo de una persona de 12 años que uno de 21).

- **No creer todo lo que se ve en las redes sociales.** Cualquier persona que cuelga una foto en ellas, elige siempre la mejor o en la que menos defectos reconoce, sin olvidarnos de filtros, maquillajes, editores de imágenes o inteligencia artificial,... Pero, aunque no se vean los granos, la celulitis, los “michelines” o las manchas en la piel, no quiere decir que no estén.
- **Fomentar el amor propio y el autocuidado.**





PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

¿Qué valoramos?

- Estructura familiar: miembros que componen el domicilio, presencia de hermanos/as,...
- Convivencia en el domicilio y cómo son las relaciones familiares.
- Presencia de problemas en la familia.
- Cuidador/a principal.
- Apoyo familiar.
- Forma de relacionarse con otros niños/as.
- Núcleo de amigos.
- Rol social.

Exploración

- **Genograma** (representación gráfica de la familia, sus relaciones, su problemática y su historial médico).
- **Apgar familiar.**

Educación para la salud

ROL FAMILIAR

Se ocupa del papel que tiene el niño/a-adolescente dentro del núcleo familiar. Para el desarrollo de unos correctos hábitos dentro de la familia, desde las consultas de Atención Primaria, daremos los siguientes **consejos**:

- Pasar tiempo en familia todos juntos.
- Intentar comer juntos al menos una vez al día, sin TV ni pantallas de por medio.
- Buscar hobbies y aficiones compartidas entre los miembros de la familia.
- Conocer la opinión de todos los miembros de la familia a la hora de tomar decisiones.



ROL SOCIAL

Referido al papel que ejerce el niño/a-adolescente en su grupo de amigos y compañeros fuera del hogar. Para ello:

- Reforzaremos aquellas amistades y comportamientos positivos que van a ayudar al desarrollo general del niño/a.
- Desaconsejaremos conductas sociales basadas en el consumo de tóxicos y daremos alternativas al respecto.



ROL "VIRTUAL"

Referido a la relación del niño/a-adolescente con el mundo que le rodea a través de las nuevas tecnologías. Es muy frecuente que las relaciones sociales se complementen con las nuevas tecnologías, sin embargo, hay que tratar de evitar que la vida virtual sustituya a las relaciones sociales físicas.

Recomendaciones:

- Control del tiempo empleado en pantallas con el fin de evitar el aislamiento y el sedentarismo.
- Supervisión por un adulto de todo lo relacionado con las nuevas tecnologías.
- Advertir de los riesgos de las redes sociales: adultos que se hacen pasar por niño/adolescentes, solicitud de fotos/videos de contenido erótico/sexual, extorsión económica, suplantación de perfiles,... y cómo actuar ante dichos riesgos.



PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

¿Qué valoramos?

- Relaciones de apego.
- Identidad de género e identidad sexual.
- Actitud de padres y entorno familiar ante la diversidad de género y sexual.

Exploración

- **Estadios de Tanner.** Describe los cambios físicos que se observan en genitales, pecho y vello púbico, a lo largo de la pubertad en ambos sexos. Se empleará **a partir de los 8-10 años** y serán indicador de pubertad temprana/tardía y alertarán de posibles problemas del desarrollo de los caracteres sexuales del niño/a, adolescente y futuro adulto.

GENITALES MASCULINOS

I



TANNER I / PREPUBERAL (G1)

Pene, escroto y testículos del mismo tamaño y forma que en la infancia.
Pene pequeño de ≤ 5 cm.
Edad normalmente menor de 10 años.

II



TANNER II (G2)

Agrandamiento de escroto y testículos. La piel se vuelve más roja, delgada y arrugada.
Longitud del pene sin cambios (≤ 5 cm).
Edad normalmente de 10-14 años.

III



TANNER III (G3)

Agrandamiento de escroto y testículos.
Agrandamiento del pene, principalmente en longitud.
Edad normalmente entre 14 y 16 años.

IV



TANNER IV (G4)

Agrandamiento de escroto y testículos. Aumento de la pigmentación de la piel del escroto.
Aumento del tamaño del pene con crecimiento en diámetro y desarrollo del glande.
Edad normalmente de 16-18 años.

V

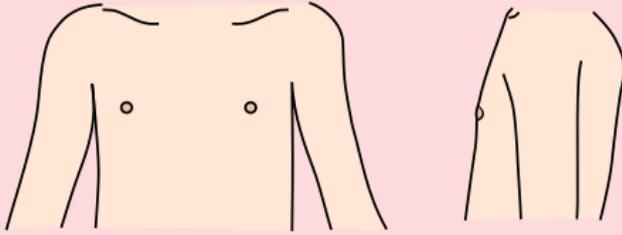


TANNER V (G5)

Escroto y pene de tipo y tamaño adulto.
Edad normalmente mayor de 18 años.

DESARROLLO MAMARIO FEMENINO

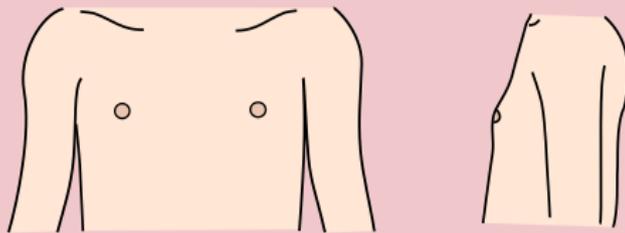
I



TANNER I / PREPUBERAL (S1)

Mamas infantiles.
Sin tejido glandular.
Areola sin contorno sobre la piel del tórax.
Pezón ligeramente sobreelevado.
Edad normalmente < 9 años.

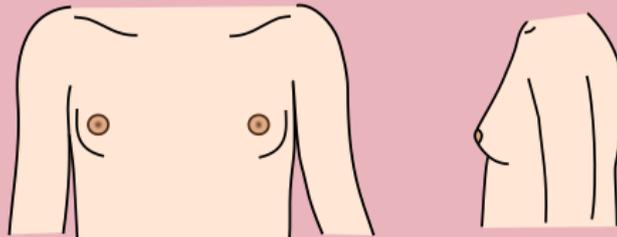
II



TANNER II (S2)

Brote mamario, con una pequeña zona de tejido glandular circundante.
Aumento del diámetro de la areola.
Areola y pezón sobresalen como un cono.
Edad normalmente entre 9 y 13 años.

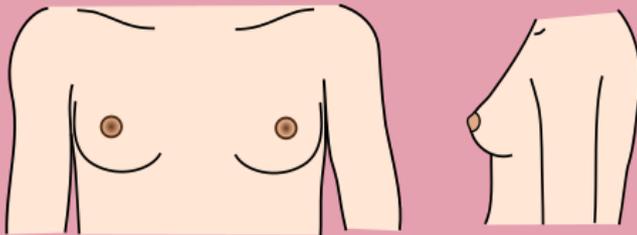
III



TANNER III (S3)

Continuación del crecimiento y elevación de la mama y areola en el mismo plano.
La mama se extiende más allá de los límites de la areola.
Edad normalmente de 13-15 años.

IV



TANNER IV (S4)

La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación por encima del contorno mamario.
Elevación y aumento de los senos.
Edad normalmente de 15-17 años.

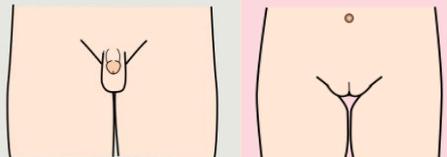
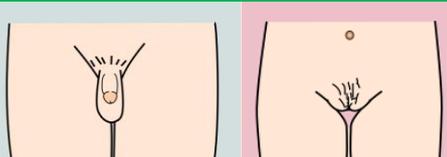
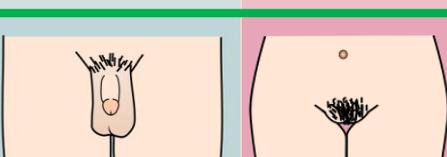
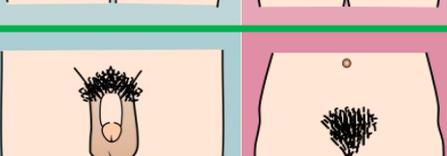
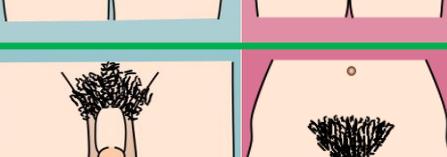
V



TANNER V (S5)

Desarrollo mamario total.
La areola se encuentra a nivel de la piel y sobresale solo el pezón.
Edad normalmente ≥ 17 años.
(En algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio IV).

VELLO PÚBLICO (Masculino y Femenino)

I		<u>TANNER I / PREPUBERAL (P1)</u> Sin vello púbico. Edad normalmente $\leq 9-10$ años.
II		<u>TANNER II (P2)</u> Pequeña cantidad de vello largo y aterciopelado, con una ligera pigmentación en base del pene y escroto (hombres) o en labios mayores (mujeres). Edad normalmente entre 9 y 13-14 años.
III		<u>TANNER III (P3)</u> El vello se vuelve más grueso y rizado. Comienza a extenderse lateralmente. Edad normalmente entre 13-14 y 15-16 años.
IV		<u>TANNER IV (P4)</u> Características del vello, similares a las del adulto. Se extiende a través del pubis, hacia los pliegues inguinales, pero sin alcanzar los muslos. Edad normalmente entre 15-16 y 17-18 años.
V		<u>TANNER V (P5)</u> El vello cubre el pubis y se extiende por la superficie medial de los muslos. Edad normalmente mayor de 17-18 años.

Educación para la salud

FIMOSIS

En esta etapa, el prepucio debe de ser capaz de retraerse sobre el glande sin dificultad.

Puede darse el caso de que el niño **mantenga adherencias** entre la piel de glande y prepucio que impidan la retracción. En este caso, habrá que enseñar a padres y niño cómo hacer la limpieza y la retracción para que se vayan retirando las adherencias.

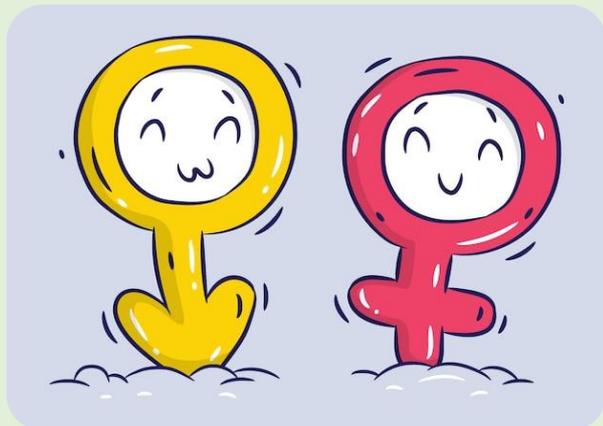
Se recomendará que de forma diaria, preferiblemente durante la ducha/baño, el niño (o los padres), **retraigan el prepucio de forma suave** hasta donde llegue, intentando forzar un poco, pero sin

- **Escuchar sus preocupaciones y miedos.** Puede ayudarle que exprese cómo sucedió y cómo se sintió.
- **Respetar sus sentimientos.**
- **Evitar dramatizar.** Se recomendará a los padres no contar a todas las personas del entorno que su hija “ya es mujer”, o insistir en lo pronto o tarde que es, o lo bueno / terrible que es. Su hija está iniciando una nueva etapa en su vida y seguramente se sentirá molesta e incómoda, por lo que cualquier exageración sobre el tema será dañina para ella.
- **No imponer tabúes ni restricciones.** La menstruación no supone un cambio drástico de estilo de vida, tendrán que acompañar a su hija en la adaptación a la nueva situación.
- **Mostrar la menstruación de un modo realista.** Dejar que exprese sus dudas y hablar con ella sobre calambres, dolores, sangrado,... sin criminalizarlos ni embellecerlos.
- Actualmente, **existen muchas posibilidades higiénicas** (compresa, tampones, copa menstrual, bragas menstruales,...) y puede que lo que a una mujer le ha funcionado a otra no le sirva, por ello recomendaremos a la niña/adolescente que **pruebe las diferentes alternativas** y dialogue sobre cómo se siente usándolos.
- **Incentivar la autoimagen positiva.** Poner el foco en lo valiosa que es como persona, no en cambios como el peso o comparaciones con otras niñas, que le puedan hacer sentir incómoda.
- **No abrumar.** El momento de la menarquia, no es el mejor momento para soltar toda la información sobre la menstruación y los cambios que se han producido o se van a producir. Es importante que durante el crecimiento de la niña, se hable de la menstruación en casa y lo vean como algo normal, no como algo que hay que esconder, de tal forma que se vaya dando la información de forma dosificada a medida que avanza la etapa. La información da seguridad sobre el proceso.
- **La educación menstrual debe de ser compartida y comprendida por ambos progenitores** como forma de normalizar y aceptar la nueva situación.



SEXUALIDAD INFANTIL

A medida que crece, el niño/a muestra **curiosidad** sobre las cosas y toma conciencia de su cuerpo, por lo que es normal que inspeccione y toque sus genitales llegando a experimentar cierta excitación, que le lleve al descubrimiento del placer mediante la masturbación.



Además, **con el despertar hormonal de la adolescencia, comenzará a interesarse por otras personas** (del sexo opuesto o del mismo) de una forma más romántica y afectivo-sexual. Aparecerán los primeros enamoramientos, los primeros besos y las primeras experiencias sexuales (con o sin penetración).

Por este motivo se debe recomendar a los padres que la sexualidad sea tratada en el hogar de una forma natural y no como un tabú, dando a los hijos/as libertad para poder expresarse y consultar las cosas que les preocupan sobre el tema (la otra opción, si se trata como un tabú, es que ellos lo descubran a través de otras fuentes menos realistas como las redes sociales, amigos o la pornografía).

Desde los hogares, colegios e instituciones sanitarias, a partir de los 10 años, se deberá iniciar la educación en conductas de riesgo de tipo sexual y en las medidas de prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

Una buena educación afectivo-sexual en la infancia y adolescencia, será la base de una sexualidad sana en la edad adulta.

A lo largo de esta etapa, se debe continuar con la pedagogía sobre la diferencia entre caricias deseadas y no deseadas (de forma adaptada a la comprensión del niño/a), con el fin de prevenir la aparición de abusos sexuales, así como que el niño/a sepa marcar sus límites y estos sean respetados.



PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Qué valoramos?

- Adaptación del núcleo familiar (padres, niño/a-adolescente, hermanos/as,...) a la realidad cambiante.
- Autoadaptación del niño/a-adolescente a los cambios de esta etapa.
- Adaptación al colegio e instituto.
- Adaptación a los cambios físicos de la adolescencia.

Exploración

- Observar la aparición de signos de sospecha de maltrato a nivel relacional entre el núcleo familiar.
- Observar la aparición de signos de acoso escolar.
- Interrogar sobre sentimientos de estrés y/o presencia de crisis de ansiedad.

Educación para la salud

Las **fuentes de estrés** pueden ser muy diferentes de unos niños a otros y también lo van a ser las formas de afrontarlo.

Algunas **estrategias** que podemos recomendar desde las consultas de Atención Primaria, son:

- **Técnicas de relajación** (musicoterapia, control de la respiración, meditación, pintura de mandalas,...).
- **Práctica de deporte** para descargar la ansiedad y el estrés.
- **Evitar volcar la ansiedad en la comida** (evitar comer por ansiedad en lugar de por hambre).
- **Evitar saltarse comidas y las conductas compulsivas** que puedan dar lugar a trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- **Reuniones familiares para expresar sentimientos.**





PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

¿Qué valoramos?

- Creencias familiares (religión y valores).
- Creencias individuales.
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o la enfermedad.
- Valores respecto al cuidado/educación de los hijos/as.
- Actitud-percepción ante la vida.

Consejos para profesionales

La actuación en nuestras consultas debe estar basada en:

- **No juzgar** la religión o los valores familiares e individuales siempre y cuando no afecte a la salud del niño/a - adolescente; y en el caso de que influyan, argumentar los efectos de esas conductas de riesgo.

- **Adaptación a las creencias familiares.**
- **Buscar alternativas** posibles que no entren en conflicto con los valores de los padres y no perjudiquen a la salud del niño/a - adolescente.

- Aconsejar **recursos de la comunidad** acorde a sus creencias y valores para favorecer la formación de una red de apoyo familiar, social y comunitario.

- **Informar a los padres sobre los cambios que se producirán en la escala de valores del niño/a a medida que llega la preadolescencia.** Hasta este momento, las creencias y valores del niño/a eran los inculcados en la familia, sin embargo, con la apertura de su mundo a medida que crecen, va a cambiar su forma de pensar, **predominando la parte emocional sobre la racional**, con pensamientos más radicales en forma de todo o nada (soy el único/a que no lo tiene, los demás padres les dejan,...); sus amigos/as se convertirán en referentes de su conducta; aumentará su impulsividad; querrán encajar en su grupo de amigos; etc. Será necesaria una recolocación del núcleo familiar para dar cabida a estos nuevos enfoques de pensamiento a través de la **tolerancia**.



ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (10 - 19 años)



ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define esta etapa como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Aunque la adolescencia por definición abarca un periodo más amplio, en este apartado del manual, nos centraremos en los controles del niño-adolescente sano realizados entre los 12 y los 14 años de edad.

Este es un periodo complejo en el que el/la adolescente se siente al mismo tiempo niño/a y adulto/a, pasando de la dependencia de la niñez, a la semidependencia de la preadolescencia y a ser el/la guía de su vida, produciéndose un gran crecimiento tanto a nivel físico como mental y social.

En cuanto al tema sanitario, el/la adolescente será seguido/a por los profesionales de la consulta de pediatría hasta los 14 años, momento a partir del cual pasará a ser tratado por el personal de atención familiar y comunitaria del centro de salud.

Se podrá llevar a cabo en formato de una o dos revisiones en el período de los 13 y 14 años de edad, realizándose por los profesionales de atención pediátrica o de atención familiar y comunitaria en función de la organización interna de cada equipo de salud.



PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Qué valoramos?

- Cómo valoran los padres la salud de su hijo/a y existencia de alguna preocupación al respecto.
- Cómo valora el/la adolescente su propia salud y existencia de preocupaciones al respecto.
- Revisiones previas y cambios sucedidos desde ese momento.
- Estructura del núcleo familiar (y cambios que se hayan producido desde la revisión anterior).
- Cuidadores principales y sus apoyos.
- Antecedentes personales del/de la adolescente: enfermedades, ingresos hospitalarios, alergias, fármacos que tome,...
- Sistema de Salud alternativo (seguros privados).
- Conductas de riesgo del entorno que puedan influir en la salud del/de la adolescente.
- Conductas de riesgo del/de la adolescente (inicio del tabaquismo, consumo de alcohol y otras sustancias,...).
- Hábitos de higiene.
- Medidas de prevención de accidentes.
- Historia de vacunación previa.
- Opinión de los padres sobre la vacunación y su aceptación o no.
- Adherencia a tratamientos y controles de salud.

Exploración

- Estado higiénico del/de la adolescente.

Educación para la Salud

BAÑO

Con el despertar hormonal, aumenta también el olor corporal, por lo que se recomendará baño/ducha diaria, tratando que sea sentido como un **momento “placentero”** y **no como una obligación impuesta.**

Características:

- **Temperatura del agua:** recomendar **entre 36 y 38°C**, pero dependerá de la época del año y de las preferencias.

- **Duración:** no hay tiempos establecidos puesto que el baño en general no solamente será un momento higiénico, sino que también servirá como relajación, autoexploración, autoconocimiento y aceptación.

- Mención especial cabe realizarse a la **limpieza de genitales**, por su importancia para la salud y para disminuir el olor corporal.



En el caso de **las adolescentes**, adiestrar en la forma correcta de realizar la higiene (tanto a la hora del aseo como del uso del WC). Para ello se recomendará realizar limpieza desde la parte anterior hacia la posterior (para evitar las vulvovaginitis por contaminación de gérmenes fecales), separando los labios vulvares y limpiando todos los pliegues, aumentando los cuidados en momentos como la menstruación.

En cuanto a **los adolescentes**, si están circuncidados, se recomendará lavado del pene con agua y jabón, haciendo higiene del surco balanoprepucial (con el fin de evitar las balanitis). Si no están circuncidados hacer hincapié en la retracción del prepucio para una correcta higiene siguiendo las mismas pautas que en el caso anterior.

CUIDADO DE LOS OIDOS

Para su limpieza diaria, se realizará con una **toalla humedecida** limpiando la zona externa del pabellón auricular, **EVITANDO USAR BASTONCILLOS** para limpiar el conducto auditivo (harán que la cera presente se acumule en el fondo, produciendo su impactación y pudiendo dañar el tímpano y conducto auditivo).

En caso de necesitar limpiar el canal auditivo, se recomienda el empleo de fórmulas comercializadas de agua marina o similar, en spray puesto que facilitarán la salida de la cera y restos de epitelios por arrastre con el agua (no usar jeringas ni raspadores).

CUIDADOS DE LA PIEL

Tras el baño, lo mejor es **hidratar** la piel corporal con cremas o aceites vegetales (como almendras o caléndulas), utilizándolas una o dos veces al día en cantidades adecuadas para evitar su sequedad excesiva.



En la época de la pubertad es frecuente la aparición de **acné**, caracterizado por la presencia de granos y espinillas debido a una combinación de piel grasa junto con la obstrucción de glándulas sebáceas y folículos pilosos, así como su posterior infección. Esta afección médica se da en alrededor del **85% de los/las adolescentes**, sobre todo en cara, cuello, hombros, pecho

y parte superior de la espalda.

Para tratar de prevenir su aparición y disminuir sus consecuencias, se recomienda:

- Lavado de la piel dos veces al día (mañana y noche) con agua y jabón o limpiadores específicos suaves, evitando productos exfoliantes ásperos o granulados.
- No frotar la piel con paños o cepillos rugosos. Frotar puede provocar aumento de la sequedad de la piel e irritación, empeorando el acné.
- Si se precisa el uso de cremas, se recomendará aquellas que sean libres de grasa u “oil free”.
- Evitar apretar, reventar o hurgar en los granos. Generalmente se hace con las uñas o dedos de forma “poco limpia”, aumentando la irritación de la piel y provocando infecciones o cicatrices.

CUIDADO DE LA BOCA Y LOS DIENTES

El recambio de la dentición de leche o temporal por la definitiva está llegando a su fin en torno a los **12-14 años**. Las edades y plazo de recambio son orientativas y dependerá de cada persona.

En torno a los **10 años** se habrá producido el recambio de los **colmillos o caninos** y **2 años después** aproximadamente se producirá el de los **molares temporales** (pasarán a conocerse como premolares).

En torno a los **11-13 años**, tendrá lugar la **erupción de los segundos molares** definitivos. Solo faltará la erupción del tercer molar o muela del juicio que finalizará entre los 18 y 25 años de edad.

Las **caries**, es una de las principales afecciones en la infancia-adolescencia, por ello, la higiene de los dientes se realizará 2-3 veces al día (después de las comidas principales y siendo una de ellas siempre antes de acostarse), utilizando cepillo dental con pasta de al menos 1.450 ppm (partes por millón) de ion flúor en cantidad como un guisante (recomendación de la sociedad española de odontopediatría). Además, es recomendable usar hilo dental con cera en las zonas de contacto entre los molares antes de ir a dormir.



Pautas para el correcto lavado de los dientes:

- No mojar el cepillo en agua previo al lavado.
- Después del cepillado, escupir los restos y no enjuagar la boca con agua.
- Si se desea enjuagar, esperar 10 minutos.
- Cepillar todas las caras del diente.

LAVADO DE MANOS

Manera fácil, barata y eficaz de prevenir la propagación de microbios. Puede realizarse con agua y jabón o geles hidroalcohólicos con al menos un 60% de alcohol (si las manos no están visiblemente sucias).

Momentos en los que se recomienda lavar las manos:

- Antes de comer.
- Después de ir al baño.
- Después de tocar a las mascotas.

- Después de jugar.
- Después de toser, estornudar o sonarse la nariz.

Para favorecer el hábito, recomendar a los padres recordar a sus hijos/as de forma frecuente el lavado de las manos, así como enseñar con el ejemplo.



FOTOPROTECCIÓN

El sol favorece la producción de vitamina D, necesaria para la salud del niño/a, sin embargo, la exposición excesiva, es un factor de riesgo para la salud por su asociación con la producción de distintos tipos de cáncer de piel.

Para prevenir estos efectos, se deberán seguir las siguientes recomendaciones:

- **Evitar la exposición solar en las horas de mayor calor** (especialmente entre las 11 y 16h.).
- **Evitar la exposición solar prolongada.**
- **Utilización de protección física** como ropa, sombrillas, gorros o gafas (estas, deberán ser del tamaño adecuado, estando realizadas en materiales resistentes pero flexibles, ligeros y seguros; en cuanto a los cristales, deberán tener filtros adecuados [categoría 3] para bloquear la mayor parte de la radiación solar).
- **Utilización adecuada de filtros solares.** Sustancias químicas con efecto pantalla frente a la radiación solar. Pueden ser:
 - Físicos o inorgánicos: compuestos por sustancias como el dióxido de titanio y el óxido de zinc. Actúan reflejando la luz solar.
 - Químicos u orgánicos: formados por sustancias que absorben la radiación ultravioleta de la luz solar.
 - Mixtos (combinan filtros físicos y químicos).

Por otro lado, el **factor de protección solar (FPS)**, nos dará información sobre la protección de estos preparados frente a las radiaciones ultravioleta B (responsables de quemaduras e implicadas en la mayor parte de los efectos cancerígenos de la radiación solar). El valor indicado, significará el número

de veces que el preparado aumenta la capacidad defensiva de la piel frente al envejecimiento cutáneo previo a una quemadura.

Para su correcta utilización, se elegirán **cremas con FPS por encima de 30** (preferentemente de FPS 50), que se deberán aplicar **15-30 minutos antes de la exposición** sobre la piel seca y **repetir cada dos horas aproximadamente o tras el baño** tanto en días soleados como nublados (la radiación ultravioleta atraviesa las nubes y se refleja en agua, arena, hierba o nieve).

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

El **humo del tabaco contiene miles de sustancias químicas**, de ellas, se sabe que **al menos setenta causan cáncer**, además de enfermedades cardíacas y pulmonares, entre otras.

En el caso de los/las **adolescentes fumadores pasivos**, se asocia con un mayor riesgo de irritación de ojos, mucosas nasales y garganta; mayor frecuencia de problemas respiratorios como laringitis, ataques de asma, bronquitis,...; disminución de la función pulmonar; aumento de la reacción pulmonar ante alérgenos; ...

Se recomienda no fumar en la misma habitación o espacios (como el coche) en los que esté o vaya a estar el/la adolescente con el fin de evitar los efectos perjudiciales del tabaco, pero no hay que olvidar que dichas sustancias perjudiciales permanecen en la piel, ropa, cortinas,... pudiendo desprenderse nuevamente y ser absorbidas por contacto.

Aunque los **cigarrillos electrónicos y vapeadores** se venden en muchas ocasiones como productos no nocivos (e incluso se regalan a niños y adolescentes), están asociados a un elevado número de casos de cáncer por el alto contenido en sustancias químicas como nitrosaminas,

benzo-[a]-pireno, hidrocarburos aromáticos policíclicos, saborizantes,... Por este motivo, se recomienda que se evite su consumo en espacios con niños y adolescentes y por supuesto no suministrárselos.



Puede ser un buen momento y una buena motivación para abandonar definitivamente este hábito para el entorno, pero también buen momento para que el niño/a y adolescente no adquiera el hábito.

Preguntar al adolescente en busca de tabaquismo activo. En caso de ser fumador, se recomendará firmemente y sin fisuras el abandono del hábito, pudiendo dar información escrita sobre los problemas con él relacionados.

USO DE PANTALLAS

El uso de las nuevas tecnologías ha supuesto un gran avance en nuestros días, sin embargo, también puede conllevar ciertos riesgos:

- Menor número de horas de sueño. Se asocia con retraso en la hora de acostarse y a mayor tiempo de latencia del inicio del sueño.
- Aumento de la somnolencia diurna y disminución de la somnolencia nocturna (cambio del reloj circadiano).
- Menor secreción de melatonina.
- Disminución y retraso del sueño REM.
- Dieta menos saludable y aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad.
- Favorece el sedentarismo.
- Aumento del riesgo de desarrollar síndrome metabólico (por su asociación a menor ejercicio físico y hábitos dietéticos menos saludables).
- Mayor fatiga visual. Se asocia a patología como ojo seco, picazón ocular, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño o visión borrosa.
- Favorece el desarrollo de miopía progresiva y estrabismo agudo en la infancia y adolescencia.
- Dolor osteoarticular a nivel de la columna cervical y lumbar.
- Fatiga general y cefalea.
- Favorece el estado de ánimo depresivo, las alteraciones conductuales y la disminución de la autoestima.



- Favorece la alteración del desarrollo cerebral. La evidencia científica apunta a una disminución del espesor de la corteza cerebral de varias regiones debido al uso excesivo de pantallas a lo largo de la vida.

Por todas las alteraciones citadas anteriormente, entre los 13 y 16 años de edad, se recomienda un uso máximo de dos horas al día (incluyendo el período escolar).

Además, se aconseja realizar un **uso supervisado por un adulto** (al menos con herramientas de control), **limitando el acceso a internet**. Se priorizará el uso de teléfonos sin acceso a internet y retrasando la edad del primer móvil inteligente con conexión a la red.

SEGURIDAD EN EL COCHE



Recordar la obligatoriedad de utilizar sistemas de retención homologados para cada edad. El uso de sistemas de retención infantil se ha comprobado que reduce en un 75% las muertes y en un 90% las lesiones en caso de accidente.

Se utilizarán dispositivos del **grupo 3** (niños entre 5 y 12 años o 22-36 kg aprox.) que consisten en cojines elevadores colocados mirando hacia adelante y que funcionan elevando al niño/a hasta alcanzar la altura necesaria para utilizar el cinturón del propio vehículo correctamente, de tal forma que la banda diagonal del cinturón pase por encima de la clavícula y sobre el hombro sin tocar el cuello y la banda horizontal lo hace lo más abajo posible sobre las caderas y muslos (nunca sobre el estómago).

Se deberán colocar en los **asientos traseros** como norma general. Solamente se colocarán, como excepción, en los asientos delanteros si no es posible su instalación en los traseros (el airbag del copiloto, permanecerá activado siempre que la silla mire hacia el mismo sentido de la marcha).

Estos sistemas serán necesarios hasta que el niño/a-adolescente adquiera una altura mínima de 135 cm. (aunque se recomienda continuar con su uso hasta los 150cm. de altura). A partir de ese momento, independientemente del peso podrá dejar de usar los asientos elevadores, pero no hay que

olvidar que **siempre es necesario utilizar el cinturón de seguridad del propio coche**, por corto que sea el trayecto.

VACUNACIÓN

Informaremos a los padres del **calendario vacunal vigente**, así como de aquellas **vacunas no financiadas disponibles**. Revisaremos el calendario de vacunas administradas, en busca de inmunizaciones pendientes/retrasadas, aprovechando cada oportunidad para ponerlo al día.

Ante una **actitud negativa** de los padres frente al proceso vacunal, no debemos enfadarnos con ellos y excluirlos (la vacunación en nuestro país es recomendable pero no obligatoria).

Como profesionales, valoraremos las creencias y valores de por qué no desean vacunar a sus hijos (siempre desde el respeto), ofreceremos una información veraz de la importancia de la vacunación de los niños y nos mostraremos dispuestos a ofrecer una respuesta individual y diferenciada para atender las necesidades de cada niño/a.





PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

¿Qué valoramos?

- Encuesta alimentaria. Aceptación de los diversos alimentos, su rechazo y dificultades encontradas.
- Intolerancias alimentarias.
- Pautas alimentarias del niño/a-adolescente y de la familia.
- Distribución de las comidas a lo largo del día.
- Picoteo entre horas.
- Uso de comedor escolar.
- Problemas relacionados con la alimentación: vómitos, regurgitaciones, presencia de reflujo, gases excesivos,...
- Problemas relacionados con el comportamiento hacia la comida que nos puedan poner sobre la pista de posibles casos de anorexia nerviosa, bulimia, conductas purgantes,...
- Problemas de la piel y/o cicatrización.

Exploración

- **Somatometría y curvas de crecimiento:** incluirá:
 - **Peso:** se utilizarán **básculas de precisión**, colocadas en superficies planas y sólidas, pudiendo ser electrónicas o mecánicas. Se colocará al adolescente en el centro de la plataforma con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, sin tocar ningún elemento externo que pueda distorsionar la medida.

Se pesará en ropa interior, preservando su intimidad (pueden sentir vergüenza por estar en ropa interior o desnudos/as ante alguien extraño, por eso disminuir estos momentos a los imprescindibles y tratar de que sean lo más breves posibles).
 - **Talla:** indicador del tamaño corporal y longitud de los huesos. Para su realización se utilizará **tallímetro vertical**, colocando al/la adolescente en una posición recta, con las rodillas extendidas y las escápulas, glúteos y talones en el mismo plano vertical; la cabeza



se colocará en posición neutra (posición de mirada al infinito con la línea de visión paralela al plano del suelo). Se hará inspirar, traccionando ligeramente la cabeza contra el soporte móvil del tallímetro.

- **Índice de Masa Corporal (IMC):** indicador más utilizado para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad. En el caso de adolescentes (hasta los 18 años) los valores de corte de normalidad, infrapeso, sobrepeso y obesidad cambian en función del sexo y la edad en la que se mida.

Estos tres parámetros se compararán con las gráficas de crecimiento, en función del sexo y la edad ([Anexo 1](#)), considerándose normal todo aquello comprendido entre el percentil 3 y el 97 en el caso del peso y la talla; mientras que en el caso del IMC se considerará bajo peso si es menor del percentil 5; Normal si se sitúa entre el percentil ≥ 5 y < 85 ; Sobrepeso si se sitúa entre los percentiles ≥ 85 y < 95 ; y finalmente se considerará Obesidad si el IMC se sitúa en el percentil ≥ 95 .

- **Estado de piel y mucosas:** exploración en busca de:
 - ✓ **Signos cutáneos de maltrato infantil.**
 - ✓ **Piel seca o eczematosa:** puede ser debida a una falta de uso de cremas/aceites hidratantes o ser debida a atopia.
 - ✓ **Lunares:** es normal que el/la adolescente tenga lunares, sin embargo, habrá que vigilar su forma, crecimiento o aparición de características anómalas.

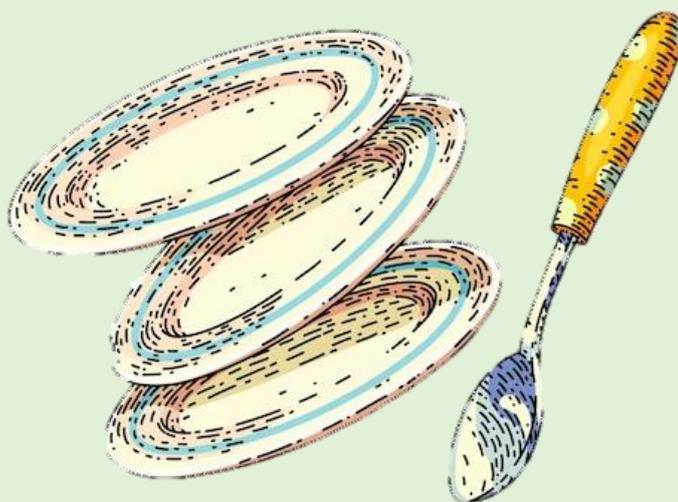


CARACTERÍSTICAS DE ALARMA DE LOS LUNARES

A	B	C	D	E
ASIMETRÍA	BORDES	COLOR	DIÁMETRO	EVOLUCIÓN
UN LUNAR QUE NO TENGA FORMA OVALADA	IRREGULARES Y CON PICOS	VARIADO, NO HOMOGÉNEO. POR EJEMPLO: DE MARRÓN CLARO A NEGRO.	DIÁMETRO MAYOR DE 6 MM	CAMBIO DE ASPECTO EN CUANTO A TAMAÑO, COLOR O ESPESOR.

Las recomendaciones nutricionales y dietéticas son uno de los temas más frecuentes de las consultas de Atención Primaria porque alimentación, manejo del peso, imagen corporal y autoestima son un paquete que va a estar presente a lo largo de toda la vida de la persona.

La dieta que debe seguir el/la adolescente, es la misma que la del adulto general, una alimentación **saludable y equilibrada**, basada en el **MÉTODO DEL PLATO** y el **MÉTODO DE LA MANO**, que aporte todos los nutrientes necesarios para el correcto crecimiento y desarrollo.



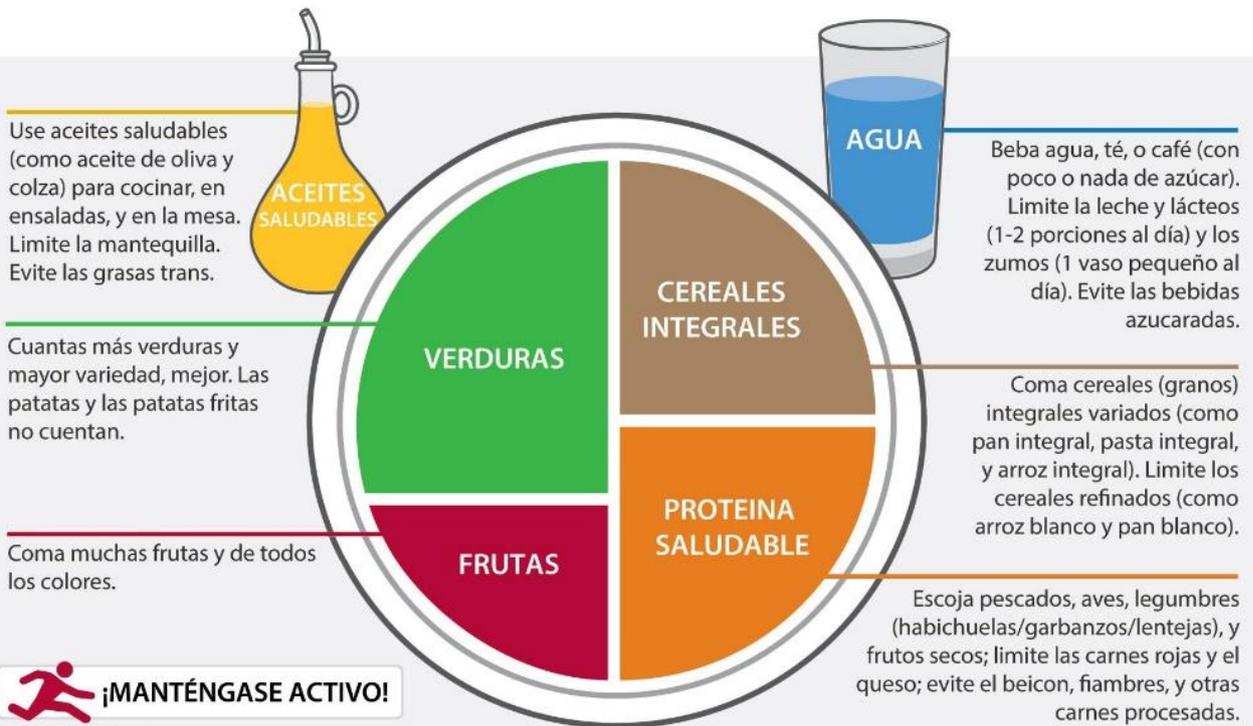
MÉTODO DEL PLATO DE HARVARD

Este método se basa en indicar las proporciones adecuadas de los diferentes grupos de alimentos que deben formar **parte de las dos comidas principales del día**: la comida y la cena. La distribución en el plato debe ser la siguiente:

- El 50% del plato serán verduras y/o hortalizas.
- El 25% carnes, pescados, legumbres y/o frutos secos.
- El 25% cereales integrales o tubérculos.

Acompañando siempre las comidas con agua como principal bebida, aceites saludables (preferentemente de oliva) para el cocinado y actividad física diaria.

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE



¡MANTÉNGASE ACTIVO!

© Harvard University



Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu



MÉTODO DE LA MANO (O DEL PUÑO)

Este método complementario, se basa en la idea de que nuestras manos suelen ser proporcionales al tamaño de nuestro cuerpo, haciendo que esta sea una buena guía para orientarnos sobre la cantidad de alimentos que se debe ingerir.

Ojo, la guía de lo que debe comer cada uno es su propia mano. No es el mismo tamaño la mano del niño/a que la de la madre o la del padre.

El Método del Puño^{2,3}

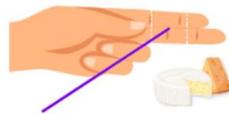
Es una guía muy práctica e intuitiva para calcular el tamaño de las porciones que deberíamos consumir en nuestro menú



Verduras: una ración es la capacidad de dos manos juntas y abiertas



Hidratos de carbono: una ración es el tamaño de un puño cerrado



Queso: una ración adecuada equivale al grosor de 2 dedos



Fruta: una ración equivale a una mano abierta en forma de cuenco



Grasas: una ración es la punta de un dedo

Proteínas: una ración es el tamaño de la palma de la mano

- **Verduras:** tanto crudas como cocidas, deben ocupar el espacio que incluyen **las dos manos juntas en forma de cuenco**.
- **Hidratos de carbono:** este grupo de alimentos incluye la pasta, el arroz, la patata y el pan, y la cantidad que le corresponde es el **puño cerrado**.
- **Proteína:** cuando nos refiramos a un filete de carne o pescado, habrá que escoger el que sea del **tamaño de la palma de la mano**, que va desde la muñeca hasta dónde empiezan los dedos. El **grosor** de la pieza debe ser más o menos el **del dedo meñique**.
- **Legumbres:** su contenido nutricional destaca en proteínas de alta calidad biológica, aunque resultan también una buena fuente de hidratos de carbono, por lo que **se podrá contar como aporte proteico o como aporte de hidratos de carbonos**.
- **Frutas:** toda la que quepa en una **mano abierta en forma de cuenco**.
- **Quesos:** un pedazo de queso no debe ser superior al tamaño que ocupan, tanto a lo ancho como a lo largo, los **dedos índice y corazón juntos**.
- **Grasas y azúcares:** la proporción de grasas (mantequilla y aceite) y azúcares debe **limitarse al tamaño de la primera falange del dedo índice**, es decir, el segmento dónde este dedo se dobla por primera vez.
- Además, los cinco dedos nos recuerdan que hay que **realizar cinco comidas al día e ingerir cinco raciones diarias de frutas y verduras**.

RECOMENDACIONES GENERALES DE ALIMENTACIÓN

– Se debe **enseñar al/la adolescente a comer de todo**, ya que siguiendo una dieta variada se cubren las necesidades nutritivas y se aseguran hábitos de alimentación adecuados para el futuro. **La prevención de la obesidad se inicia desde el nacimiento.**

– **Puede comer con sal**, pero se recomienda un máximo de 5g al día (2.000mg de Sodio al día).

– **Establecer horarios regulares** en las comidas, evitando picar entre horas.

– **Hacer hincapié en la importancia de realizar 5 comidas al día**, evitando sobre todo saltarse el desayuno.

– **Procurar que el/la adolescente no adquiera conductas caprichosas y monótonas.**

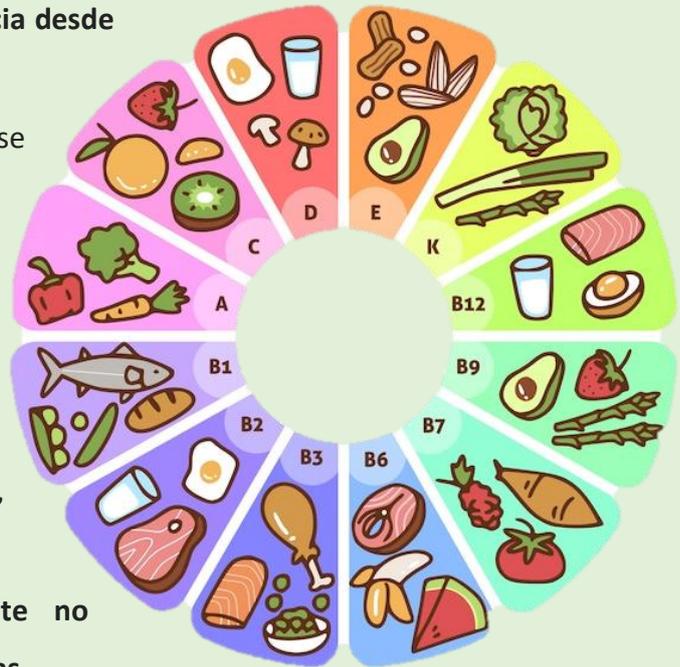
– **Se aprende de lo que se ve en casa.** Si el resto de la familia no come verduras, por ejemplo, ellos tampoco las comerán.

– **Acompañar las comidas con AGUA** y evitar la toma de refrescos o zumos azucarados tanto durante como entre las comidas.

– **Incluir 5 raciones de frutas o verduras al día** (con al menos una ración de verduras crudas al día) (preferentemente se tomará la fruta en pieza entera, evitando los zumos naturales, ya que estos contienen más cantidad de azúcares y menos fibra).

– **Precaución con el consumo de PESCADO AZUL** de grandes dimensiones como atún, emperador, cazón, tiburón,... Se recomienda un consumo moderado, comiendo 3-4 raciones totales de pescado a la semana, alternando entre especies de pescado blanco y azul.

– **Se recomendará cocinar los alimentos de la forma más sana posible**, cambiando los fritos o empanados tradicionales por cocinados a la plancha, AirFryer, horno,...





PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

¿Qué valoramos?

- **Eliminación Intestinal:**

- N.º de deposiciones y frecuencia.
- Consistencia de las heces.
- Color.
- Si refiere algún problema: fisuras, fecalomas,...
- Utilización de ayudas para la defecación: laxantes, estimulación, enemas,...
- Presencia de ostomías de eliminación.

- **Eliminación Urinaria:**

- N.º de micciones.
- Características de la orina.
- Presencia de dificultad para orinar.
- Presencia de ostomías urinarias, sondas u otros dispositivos.

- **Eliminación Cutánea:**

- Sudoración profusa.

Educación para la salud

En este momento, el patrón de eliminación urinaria e intestinal será igual al del adulto.

ESTREÑIMIENTO

Se considerará estreñimiento cuando el/la adolescente evacue **menos de tres veces a la semana y/o cuando evacuando con más frecuencia, lo hace de forma incompleta o son heces duras expulsadas con dolor.**

Recomendaciones para evitarlo:

- **Dieta rica en fibra** (alta en cereales integrales, frutas y verduras). Ayuda a la formación de heces blandas y voluminosas.
- **Beber líquidos de forma abundante.**
- **Fomentar la actividad física** para favorecer el movimiento intestinal normal.
- **Crear una rutina para el baño.** Puede ser adecuado recomendar pasar un tiempo en el baño después de cada comida para favorecer que evacue las heces.
- **Recordar prestar atención a “la llamada de la naturaleza” y no inhibir el reflejo.**



Será necesario consultar con el servicio sanitario cuando:

- Presencia de fiebre.
- Negativa a comer.
- Sangre en las heces.
- Hinchazón abdominal.
- Pérdida de peso.
- Presencia de prolapso rectal (salida de parte del intestino por el ano).





PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO

¿Qué valoramos?

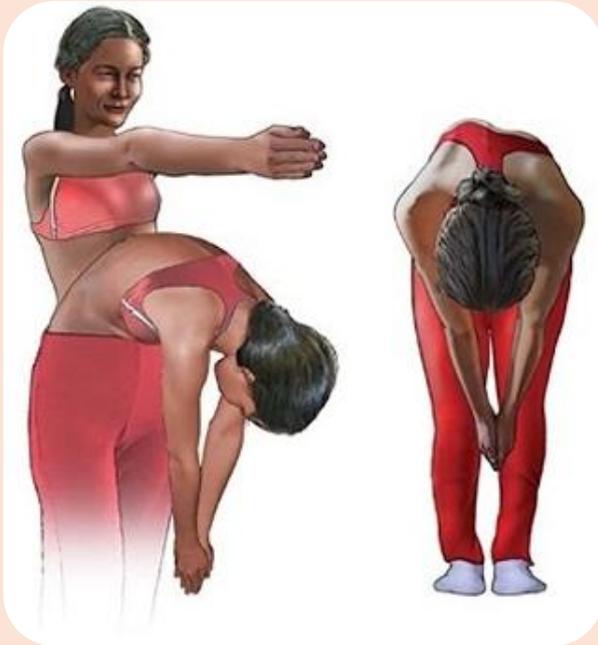
- Grado de actividad física del/de la adolescente.
- Actividades extraescolares que realiza.
- Número de horas al día empleadas en dispositivos electrónicos (en los momentos de ocio).
- Presencia de sedentarismo.

Exploración

– **Pisada del/de la adolescente.** Uso del **podoscopio**. Colocaremos al/la adolescente sobre su plataforma, con los pies juntos, manteniendo las rodillas estiradas. Con ello se observará la posición de pie, tobillo, rodilla y cadera, así como su pisada (podremos ver pie plano, cavo, varo, valgo,...). Solamente se tratarán en caso de generar alguna sintomatología. Se pueden recomendar ejercicios en casos de pie cavo o plano con el fin de fortalecer la musculatura del arco plantar como movilidad articular de dedos y tobillos, automasaje rodando una pelota, coger un lápiz con los dedos de los pies, arrugar una toalla con los dedos de los pies, andar de puntillas, andar con los talones,...



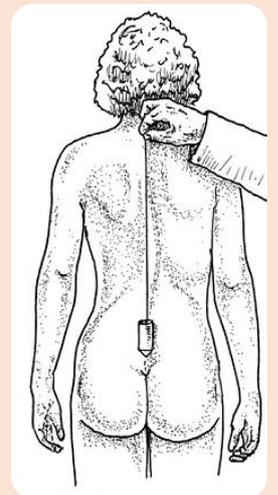
– **Exploración postural general.** Se colocará al/la adolescente en ropa interior, en bipedestación con los pies juntos, la columna recta y con la mirada al frente. Se observará la posición de pies, tobillos, rodillas, caderas, espalda, hombros y escápulas en busca de asimetrías y/o disimetrías que habrá que valorar si precisan o no tratamiento postural, protésico,...



– **Desviaciones de columna: Test de Adams.**

Prueba específica para detectar la **escoliosis**. Para realizar dicho test, colocaremos al/la adolescente en ropa interior, en bipedestación con pies juntos, rodillas estiradas y cabeza con el mentón pegado al pecho. Se pedirá que se incline hacia adelante mientras descuelga los brazos. Cualquier desequilibrio en la caja torácica u otras deformidades a lo largo de la espalda en forma de giba o desviación de la línea de la columna hará que el test se considere positivo, siendo necesario ampliar el estudio.

– **Prueba de la plomada:** prueba utilizada en niños mayores para la detección de desviaciones de columna. Consiste en poner el extremo de la cuerda con una plomada sobre la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical con el/la adolescente en bipedestación y observar su eje. En condiciones normales este eje debe pasar por la línea de las apófisis espinosas y por el pliegue interglúteo.



– **Control de Tensión Arterial (TA).** Según la Asociación de Pediatría en Atención Primaria (AEPAP) y siguiendo las guías europeas y americanas sobre Hipertensión Arterial en niños/as y adolescentes, recomiendan medir la TA en niños/as sanos/as asintomáticos/as a partir de los 3 años; en caso de normalidad se repetirá su toma tras uno o dos años, aprovechando otras visitas clínicas. Por este motivo, aprovecharemos para un nuevo control de TA en el/la adolescente.

Para su correcta medición, es esencial elegir el manguito en función de las características de circunferencia del brazo, de tal forma que su ancho sea el 40% de la medida de la circunferencia del brazo y su longitud cubra el 100% de dicha circunferencia.

Para la evaluación de la TA, se comparará la obtenida con las tablas normalizadas por las asociaciones de pediatría en función del sexo y la edad del/de la adolescente, considerando como normal una **presión arterial sistólica y/o diastólica por debajo del percentil 90**. (Se considerará **Normal-Alta si se halla entre el percentil 90 y 95**; y entraríamos en **hipertensión**

arterial a partir de ese percentil 95) ([Anexo 4](#)). Debido al alto grado de alteraciones de la TA por motivos ambientales, estrés,... si se presentan valores elevados, habría que comprobarlos en consultas sucesivas.

Educación para la salud

HIGIENE POSTURAL

– **Sedestación:** en esta etapa es muy frecuente que cuando el/la adolescente se sienta en una silla, se lateralice a izquierda/derecha o se “tumble” sobre la mesa.

Todas estas posiciones ocasionan problemas musculares con dolores de espalda, cuello e incluso pueden ocasionar dolores de cabeza frecuentes.



Se recomendará que cuando el/la adolescente se sienta en la silla a la mesa lo haga con ambos pies apoyados en el suelo y con la espalda recta, pegada al respaldo de la silla, acercándola a la mesa si es necesario.

– **Uso de mochilas:** en muchas ocasiones, los/las adolescentes cargan un gran peso sobre los hombros (libros y material escolar, material de actividades extraescolares, instrumentos musicales,...) pudiendo ocasionar desviaciones de columna y dolores.

Se recomendará el **uso de mochilas con protección de espalda y brazos, así como tratar de disminuir el peso lo máximo posible**, dejando aquellos materiales que no se necesiten en el instituto, lugar de entrenamiento, lugar de ensayo o en casa.

De forma general, ante los problemas posturales se recomendará que el/la adolescente realice algún tipo de deporte para el fortalecimiento muscular sobre todo de la zona de la espalda, pero también de extremidades inferiores (por ejemplo, realizar natación, marcha o atletismo,...).

ACTIVIDAD FÍSICA / SEDENTARISMO

La OMS identifica el **sedentarismo** como un grave problema de salud entre los 5 y 17 años. En los últimos años, **la realización de ejercicio físico ha sido reemplazada por un ocio sedentario** pasando del juego al aire libre, la práctica de fútbol, baloncesto, ciclismo,... a horas tras una pantalla jugando a videojuegos, viendo series, chateando,...

Por este motivo, desde los distintos ámbitos, educativos y sanitarios, se debe hacer una promoción de la actividad física practicada de forma regular.

Desde la OMS y la Asociación Española de Pediatría **se recomienda:**

– Realizar **actividad física moderada o vigorosa durante un mínimo de 60 minutos al día** (en una o varias sesiones) con características aeróbicas en su mayor parte, así como **fortalecimiento muscular** (escalada, flexiones,...) **y óseo** (saltar, correr,...) **3 veces por semana.**

– **Evitar conscientemente el sedentarismo** aprovechando cualquier actividad cotidiana para favorecer la actividad.

– **Entre los 13 y 16 años de edad, se recomienda un uso máximo de las tecnologías de dos horas al día (incluyendo el período escolar).** Recomendando realizar un **uso supervisado por un adulto** (al menos con herramientas de control), **limitando el acceso a internet.** Se priorizará el uso de teléfonos

sin acceso a internet y retrasando la edad del primer móvil inteligente con conexión a la red.

– **La actividad física y el ejercicio deben verse como un hábito divertido para que se mantenga en el tiempo y no como una imposición u obligación.**

– Asegurar una **hidratación adecuada** antes, durante y después del ejercicio.

– **Evitar las horas de máximo calor para la realización del ejercicio** con el fin de prevenir golpes de calor u otras patologías asociadas. Además, se deberá utilizar crema de protección solar adecuada.



Beneficios del deporte para la salud:

- Mejora del patrón cardiovascular presente y futuro.
- Prevención del sobrepeso y la obesidad, así como de enfermedades de base cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión arterial,...).
- Ayuda a la prevención y tratamiento de problemas psicoafectivos.
- Mejora de la autoestima.
- Facilita la sociabilización.
- Ayuda a la prevención de la desmineralización ósea.
- Prevención de algunos tipos de cáncer.





PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

¿Qué valoramos?

- Patrón de sueño del/de la adolescente.
- Presencia de pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo,...
- Rutinas establecidas para favorecer el descanso.

Educación para la salud

En este momento, el patrón de sueño/descanso de los/las adolescentes es el mismo del adulto, contando con un descanso nocturno de 8-10 horas.

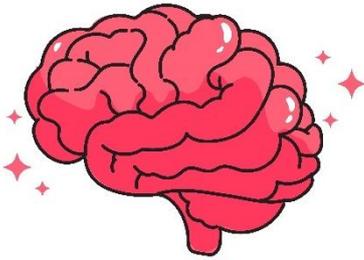
HIGIENE DEL SUEÑO

En este periodo, pueden mantenerse **despertares nocturnos**, en general relacionados con estrés o por problemas en su día a día (acoso escolar o familiar, problemas amorosos, estrés por exámenes o competiciones deportivas,...).



Recomendaciones para una buena higiene del sueño:

- **Evitar la actividad física 1-2 h antes de acostarse**, así como actividades que lo estimulen como los juegos, videojuegos, deporte,...
- **Establecer horarios fijos.**
- **Establecer rutinas relajantes** (baño, leer un libro,...) que deben acabar en la habitación.
- **Mantener ambiente relajado, sin ruido, luz tenue y temperatura confortable.**
- **No acostarse con hambre**, pero tener en cuenta que el exceso de líquidos favorece los despertares nocturnos. Tampoco se recomiendan las cenas copiosas o con exceso de azúcar puesto que actuará como excitante.
- **No utilizar dispositivos electrónicos multimedia 1-2 h. antes de acostarse**, ya que dificultan la conciliación del sueño.



PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Qué valoramos?

- Rendimiento escolar: preguntar sobre adaptación a las diferentes etapas escolares.
- Dificultades con el lenguaje, lectura, escritura o cálculo.
- Dificultades de atención e hiperactividad.

Exploración

- **Ojos /Visión:**

- **Fijación de la mirada y motilidad ocular.**
- **Test del Reflejo Rojo o Test de Brückner:** explora la transparencia de córnea y cristalino; y presencia de ambliopías irreversibles que interfieran con la visión. Con la sala ligeramente oscurecida, el explorador mira a través del oftalmoscopio directo y el/la adolescente fija la mirada en la luz del aparato que iluminará simultáneamente ambos ojos.

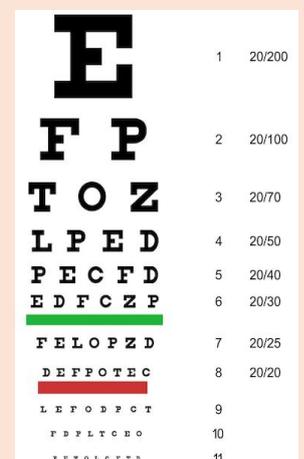


Las pupilas se iluminarán en rojo y buscaremos la presencia de desequilibrios en la iluminación entre ambos ojos.

- **Agudeza visual de cada ojo por separado mediante optotipos (carta de Snellen)** colocando al/la adolescente a una distancia de 2,5m.

Para llevar a cabo la exploración, el/la adolescente se debe tapan uno de los ojos sin presionar el tapado para no afectar a la visión.

A partir de los 6-7 años, la visión alcanza la unidad completa aunque se consolidará entre los 10-12 años.



La función de los padres será estimular las distintas capacidades del niño/a-adolescente.

CAPACIDADES ACADÉMICAS

El colegio/instituto es el lugar donde se van a aportar los conocimientos al futuro adulto, base del desarrollo cognitivo y del pensamiento en esta etapa. Desde el nivel familiar, se fomentará y se ayudará al niño/a-adolescente a que aprenda a estudiar solo y adquiera una actitud positiva ante la educación (obligatoria o voluntaria). Para ello, los padres deberán hacer hincapié en:

- **Autocontrol, organización y planificación:** diseñando un horario de estudio/actividades realizado y aceptado por el propio adolescente (nunca impuesto).
- **Evitar las distracciones digitales:** limitación del uso de pantallas y dispositivos electrónicos ya que interrumpen la concentración y favorecen la distracción.
- **Establecer un espacio de estudio eficaz.**
- Fomentar el establecimiento de **expectativas realistas.**
- Favorecer la **motivación intrínseca** para que el estudio no se vea como una obligación externa: conectar lo aprendido con sus intereses y proyecto de vida.
- Desarrollo de **técnicas de estudio** como resúmenes, esquemas, mapas conceptuales,... adaptados a las preferencias de cada niño/a-adolescente.
- **Evitar presionar** al adolescente.
- **Evitar la sobrecarga de tareas** (es bueno que el adolescente acuda a actividades extraescolares, pero debe de encontrarse un equilibrio adecuado).
- **Fomentar la autoconfianza:** las malas notas no significan una ausencia de capacidades para aprender y estudiar de forma independiente, sino que habrá que buscar cómo reforzar las distintas capacidades empleadas en el proceso.



Además, se recomendará a los padres el **fomento de otras actividades de tiempo libre que desarrollen las capacidades cognitivas y perceptivas del niño/a-adolescente** como actividades musicales (manejo de instrumentos, baile,...), artísticas (dibujo, pintura, manualidades,...), expresivas (teatro, lectura en voz alta,

idiomas,...), psicomotrices (fútbol, natación, baloncesto,...), espaciales (senderismo, geocaching,...), etc. Pero, siempre que sean de elección del niño/a-adolescente y buscando no sobrecargarle.

CONSEJOS PARA MANTENER UNA BUENA VISIÓN

En este momento, ya se ha completado el desarrollo pleno de la visión y es frecuente que aparezcan alteraciones como la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo, etc. Por ello, se recomendará **realizar exámenes oftalmológicos periódicos** con el fin de detectar y tratar estos y otros problemas cuanto antes.

Como **principales cuidados y recomendaciones para mantener una buena visión** en la adolescencia y edad adulta se encuentran:

- Uso **de gafas de sol homologadas con filtros UV** adecuados.
- Al estudiar o utilizar dispositivos electrónicos, utilizar una **iluminación intermedia, ni excesiva ni deficiente**.
- Mantener una **distancia de visualización** de entre 60-70 cm en el caso de ordenadores de sobremesa, entre 50-60 cm para ordenadores portátiles y de 35-45 cm para móviles o tablets.
- **Limitar el uso de pantallas y dispositivos electrónicos** a un máximo de dos horas diarias en esta etapa.
- Elegir **colores suaves y mates para las paredes del lugar de estudio** puesto que disminuye la fatiga visual.
- Utilizar la **regla del "20-20-20"** al estudiar, leer o utilizar dispositivos digitales: realizar pausas de 20 segundos cada 20 minutos, mirando a una distancia de 20 pies o 6 metros para disminuir la fatiga visual.
- Mantener una **correcta higiene ocular**: lavarse las manos antes de tocar los ojos y evitar frotarlos con fuerza.
- Si se usan **lentillas**, no utilizarlas más días de los indicados por el fabricante y mantener una correcta higiene de las mismas para evitar daños oculares.





PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

¿Qué valoramos?

- Rasgos de personalidad del/de la adolescente y sus respuestas ante el mundo que le rodea (curiosidad, miedo, rabietas, falta de respuesta,...).
- Percepción del/de la adolescente de sí mismo (género, imagen corporal,...).
- Presencia de sentimientos negativos reiterados de los padres/cuidadores hacia el/la adolescente.

Educación para la salud

La formación de la **personalidad** se produce desde el nacimiento y se va modelando a medida que el individuo adquiere experiencias vitales.

Para su desarrollo, **es muy importante un ambiente de crianza adecuado** basado en la **Parentalidad Positiva** (comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del/de la adolescente, que cuida y desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación hacia el/la adolescente, además de incluir el establecimiento de límites que permitan su pleno desarrollo).

Este ambiente debe estar basado en:

- Vínculos afectivos cálidos.
- Entorno estructurado.
- Estimulación y apoyo.
- Reconocimiento.
- Capacitación de los hijos como agentes activos de la familia.
- Educación sin violencia.



Un hogar en el que predominan los sentimientos negativos, desencadenará en problemas de falta de autoconfianza y autoestima, trastornos de la imagen corporal,...

IMPORTANCIA DEL CÍRCULO DE IGUALES EN LA FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD

A medida que avanza el desarrollo del niño/a – adolescente, dejará atrás la etapa infantil para alcanzar la etapa adulta; y con este cambio van a modificarse también sus personas de referencia.

En las etapas anteriores, el principal modelo a seguir eran los padres y familiares más cercanos, sin embargo, a partir de ahora tendrá una gran importancia su círculo de amistades y compañeros/as de colegio o actividades, queriendo hacer lo mismo que hacen ellos/as, realizarán comportamientos imitativos de otros miembros del grupo, demandarán la misma ropa,...

Será el/la adolescente quien elija estas amistades y empiece a tomar sus decisiones, siendo imposible imponérselas de forma externa. Por este motivo, **la función de los padres consistirá en darle la base a su hijo/a para elegir sus compañías y que aprenda a distinguir las sanas de las perjudiciales.**

No olvidar que **los límites son necesarios** para el/la adolescente, y son los padres los encargados de marcarlos (no los hijos/as). Poseer una estructura y pautas claras a lo largo de los cambios que se producen en la adolescencia va a generar la **toma de conciencia sobre la responsabilidad y las consecuencias de las acciones** llevadas a cabo (aunque en muchas ocasiones esto sea fuente de batalla entre ambos bandos, es un proceso básico para su desarrollo).

BULLING O ACOSO ESCOLAR

El desarrollo de la propia personalidad está también muy ligado al tema del acoso escolar ya que características o elecciones diferentes a los/las demás pueden ser utilizadas como motivo de mofa, ocasionando aislamiento, depresión e incluso casos de suicidio infantil/adolescente.



Desde las consultas de Atención Primaria, debemos preguntar por las relaciones con sus iguales y presencia de casos de acoso hacia ellos o hacia otros/as, dando pautas de cómo actuar tanto a los/las adolescentes como a los padres.

IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es un tema muy importante en la vida de los/las adolescentes por los numerosos cambios que suceden en esta época y que generan un gran número de **preocupaciones e inseguridades**.

Muchos de estos conflictos se generan por la **idealización del cuerpo y los estereotipos** que la sociedad impone en los medios de comunicación y redes sociales. Esto lleva a que mientras los referentes de belleza muestran un cuerpo “perfecto”, el/la adolescente se visualiza “horroroso” con acné, acúmulos de grasa corporal, manchas en la piel, cambios en la voz, desarrollo o no de los pechos en el caso de las adolescentes,... pudiendo minar su autoestima.



Consejos para que familia y adolescentes hagan frente a estas inseguridades:

- Desde su entorno más cercano, mantener una **actitud positiva hacia su cuerpo**, ayudándoles a valorar su riqueza personal y las características que le hacen único/a en lugar de centrarse constantemente en lo que ellos/as perciben como defectos.
- **Dar pie a debatir y hablar libremente sobre la diversidad corporal.**
- **Fomentar estilos de vida saludables.** Promocionar la dieta equilibrada y el ejercicio físico, evitando conductas purgativas o restrictivas, así como el ejercicio compulsivo.
- **Insistir al adolescente que se halla en un proceso de cambio** y eso que ven como “defecto”, son cosas normales y transitorias que desaparecerán cuando finalice el cambio corporal.
- **Tratar de tomar cánones de belleza realistas.** En muchas ocasiones, los modelos tomados son varios años mayores que ellos/as lo que hace que se encuentren en un momento vital y de

cambio completamente distinto (no va a ser igual el cuerpo de una persona de 12 años que uno de 21).

- **No creer todo lo que se ve en las redes sociales.** Cualquier persona que cuelga una foto en ellas, elige siempre la mejor o en la que menos defectos reconoce, sin olvidarnos de filtros, maquillajes, editores de imágenes o inteligencia artificial,... Pero, aunque no se vean los granos, la celulitis, los “michelines” o las manchas en la piel, no quiere decir que no estén.
- **Fomentar el amor propio y el autocuidado.**





PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

¿Qué valoramos?

- Estructura familiar: miembros que componen el domicilio, presencia de hermanos/as,...
- Convivencia en el domicilio y cómo son las relaciones familiares.
- Presencia de problemas en la familia.
- Cuidador/a principal.
- Apoyo familiar.
- Forma de relacionarse con sus iguales.
- Núcleo de amigos.
- Rol social.

Exploración

- **Genograma** (representación gráfica de la familia, sus relaciones, su problemática y su historial médico).
- **Apgar familiar.**

Educación para la salud

ROL FAMILIAR

Se ocupa del papel que tiene el/la adolescente dentro del núcleo familiar. Para el desarrollo de unos correctos hábitos dentro de la familia, desde las consultas de Atención Primaria, daremos los siguientes **consejos**:

- Pasar tiempo en familia todos juntos.
- Intentar comer juntos al menos una vez al día sin TV ni pantallas de por medio.
- Buscar hobbies y aficiones compartidas entre los miembros de la familia.
- Conocer la opinión de todos los miembros de la familia a la hora de tomar decisiones.



ROL SOCIAL

Referido al papel que ejerce el/la adolescente en su grupo de amigos/as y compañeros/as fuera del hogar. Para ello:

- Reforzaremos aquellas amistades y comportamientos positivos que van a ayudar al desarrollo general del/de la adolescente.
- Desaconsejaremos conductas sociales basadas en el consumo de tóxicos y daremos alternativas al respecto.



ROL "VIRTUAL"

Referido a la relación del adolescente con el mundo que le rodea a través de las nuevas tecnologías. Es muy frecuente que las relaciones sociales se complementen con las nuevas tecnologías, sin embargo, hay que tratar de evitar que la vida virtual sustituya a las relaciones sociales físicas.

Recomendaciones:

- Control del tiempo empleado en pantallas con el fin de evitar el aislamiento y el sedentarismo.
- Supervisión por un adulto de todo lo relacionado con las nuevas tecnologías.
- Advertir de los riesgos de las redes sociales: adultos que se hacen pasar por adolescentes, solicitud de fotos/videos de contenido erótico/sexual, extorsión económica, suplantación de perfiles,... y cómo actuar ante dichos riesgos.



PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

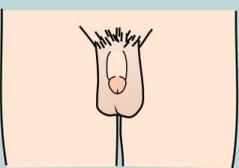
¿Qué valoramos?

- Relaciones de apego.
- Identidad de género e identidad sexual.
- Actitud de padres y entorno familiar ante la diversidad de género y sexual.
- Menarquia y fórmula menstrual.
- Relaciones sexuales: inicio, consentimiento, protección utilizada,...

Exploración

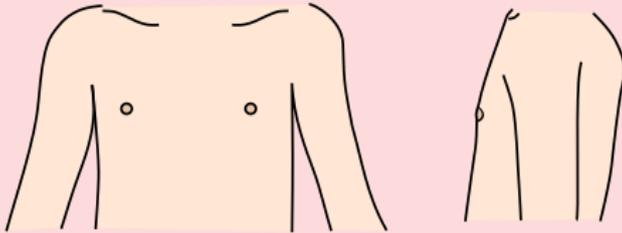
- **Estadios de Tanner.** Describe los cambios físicos que se observan en genitales, mamas y vello púbico, a lo largo de la pubertad en ambos sexos. Se empleará **a partir de los 8-10 años** y hasta la finalización de la adolescencia a los **18 años**, siendo indicador del estadio de desarrollo sexual y de posibles problemas del desarrollo de los caracteres sexuales del niño/a, adolescente y futuro adulto.

GENITALES MASCULINOS

<u>TANNER I / PREPUBERAL (G1)</u>		
I		<p>Pene, escroto y testículos del mismo tamaño y forma que en la infancia.</p> <p>Pene pequeño de ≤ 5cm.</p> <p>Edad normalmente menor de 10 años.</p>
II		<p><u>TANNER II (G2)</u></p> <p>Agrandamiento de escroto y testículos. La piel se vuelve más roja, delgada y arrugada.</p> <p>Longitud del pene sin cambios (≤ 5cm).</p> <p>Edad normalmente de 10-14 años.</p>
III		<p><u>TANNER III (G3)</u></p> <p>Agrandamiento de escroto y testículos.</p> <p>Agrandamiento del pene, principalmente en longitud.</p> <p>Edad normalmente entre 14 y 16 años.</p>
IV		<p><u>TANNER IV (G4)</u></p> <p>Agrandamiento de escroto y testículos. Aumento de la pigmentación de la piel del escroto.</p> <p>Aumento del tamaño del pene con crecimiento en diámetro y desarrollo del glande.</p> <p>Edad normalmente de 16-18 años.</p>
V		<p><u>TANNER V (G5)</u></p> <p>Escroto y pene de tipo y tamaño adulto.</p> <p>Edad normalmente mayor de 18 años.</p>

DESARROLLO MAMARIO FEMENINO

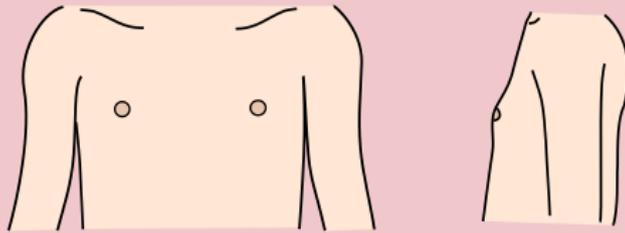
I



TANNER I / PREPUBERAL (S1)

Mamas infantiles.
Sin tejido glandular.
Areola sin contorno sobre la piel del tórax.
Pezón ligeramente sobreelevado.
Edad normalmente < 9 años.

II



TANNER II (S2)

Brote mamario, con una pequeña zona de tejido glandular circundante.
Aumento del diámetro de la areola.
Areola y pezón sobresalen como un cono.
Edad normalmente entre 9 y 13 años.

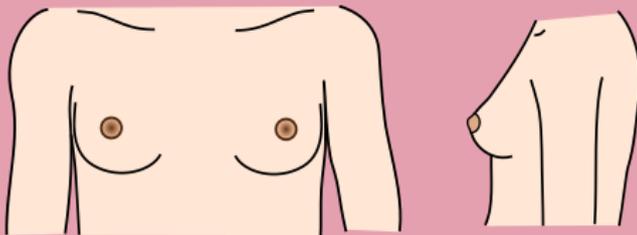
III



TANNER III (S3)

Continuación del crecimiento y elevación de la mama y areola en el mismo plano.
La mama se extiende más allá de los límites de la areola.
Edad normalmente de 13-15 años.

IV



TANNER IV (S4)

La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación por encima del contorno mamario.
Elevación y aumento de los senos.
Edad normalmente de 15-17 años.

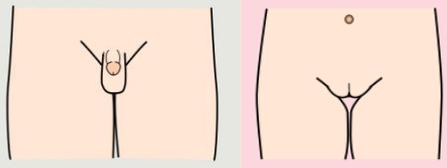
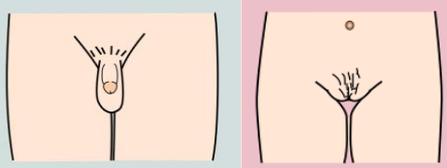
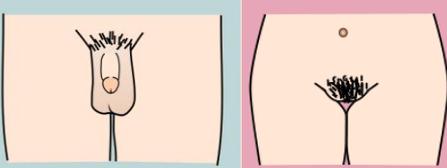
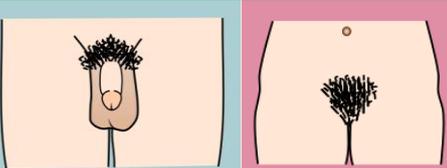
V



TANNER V (S5)

Desarrollo mamario total.
La areola se encuentra a nivel de la piel y sobresale solo el pezón.
Edad normalmente \geq 17 años.
(En algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio IV).

VELLO PÚBICO (Masculino y Femenino)

I		<u>TANNER I / PREPUBERAL (P1)</u> Sin vello púbico. Edad normalmente $\leq 9-10$ años.
II		<u>TANNER II (P2)</u> Pequeña cantidad de vello largo y aterciopelado, con una ligera pigmentación en base del pene y escroto (hombres) o en labios mayores (mujeres). Edad normalmente entre 9 y 13-14 años.
III		<u>TANNER III (P3)</u> El vello se vuelve más grueso y rizado. Comienza a extenderse lateralmente. Edad normalmente entre 13-14 y 15-16 años.
IV		<u>TANNER IV (P4)</u> Características del vello, similares a las del adulto. Se extiende a través del pubis, hacia los pliegues inguinales, pero sin alcanzar los muslos. Edad normalmente entre 15-16 y 17-18 años.
V		<u>TANNER V (P5)</u> El vello cubre el pubis y se extiende por la superficie medial de los muslos. Edad normalmente mayor de 17-18 años.

Educación para la salud

MENSTRUACIÓN

La **menarquia o inicio de la menstruación** es un hito en el ciclo sexual femenino. Normalmente se produce entre los 10 y 14 años (se ha observado una tendencia a adelantarse esta edad con respecto a los últimos tiempos).

El modo en el que se afronte el inicio de la menstruación, será crucial para la forma en que la adolescente asumirá esta etapa y la perspectiva acerca de su cuerpo. Por este motivo, se recomendará que desde el hogar se siga una actitud positiva y que ofrezca seguridad. Algunos **consejos** son:

– **Acompañar** y estar con ella durante su primera menstruación y su adaptación a la misma.

– **No mostrar asombro ni decepción** por la llegada de la menstruación, es una etapa fisiológica del desarrollo.

– **Escuchar sus preocupaciones y miedos.** Puede ayudarle que exprese cómo sucedió y cómo se sintió.

– **Respetar sus sentimientos.**

– **Evitar dramatizar.** Se recomendará a los padres no contar a todas las personas del entorno que su hija “ya es mujer”, o insistir en lo pronto o tarde que es, o lo bueno / terrible que es. Su hija está iniciando una nueva etapa en su vida y seguramente se sentirá molesta e incómoda, por lo que cualquier exageración sobre el tema será dañina para ella.

– **No imponer tabúes ni restricciones.** La menstruación no supone un cambio drástico de estilo de vida, tendrán que acompañar a su hija en la adaptación a la nueva situación.

– **Mostrar la menstruación de un modo realista.** Dejar que exprese sus dudas y hablar con ella sobre calambres, dolores, sangrado,... sin criminalizarlos ni embellecerlos.

– Actualmente, **existen muchas posibilidades higiénicas** (compresa, tampones, copa menstrual, bragas menstruales,...) y puede que lo que a una mujer le ha funcionado a otra no le sirva, por ello recomendaremos a la adolescente que **pruebe las diferentes alternativas** y dialogue sobre cómo se siente usándolos.

– **Incentivar la autoimagen positiva.** Poner el foco en lo valiosa que es como persona no en cambios como el peso o comparaciones con otras mujeres, que le puedan hacer sentir incómoda.

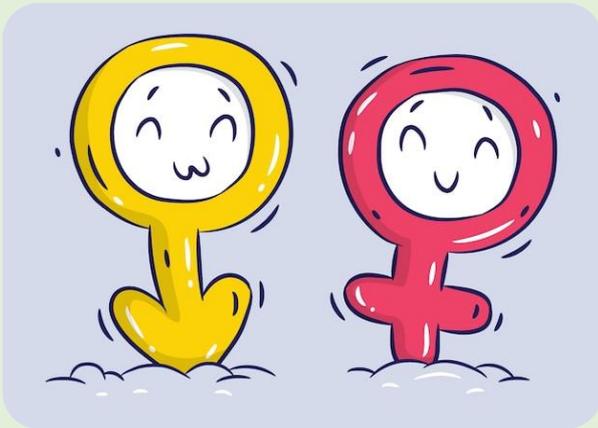
– **No abrumar.** El momento de la menarquia, no es el mejor momento para soltar toda la información sobre la menstruación y los cambios que se han producido o se van a producir. Es importante que durante el crecimiento de la niña, se hable de la menstruación en casa y lo vean como algo normal no como algo que hay que esconder, de tal forma que se vaya dando la información de forma dosificada a medida que avanza la etapa. La información da seguridad sobre el proceso.



– La educación menstrual debe de ser compartida y comprendida por ambos progenitores como forma de normalizar y aceptar la nueva situación.

SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Con el despertar hormonal de la adolescencia, comenzará el interés por otras personas (del sexo opuesto o del mismo) de una forma más romántica y afectivo-sexual. Aparecerán los primeros enamoramientos, los primeros besos y las primeras experiencias sexuales (con o sin penetración).



Por este motivo se debe recomendar a los padres que la sexualidad sea tratada en el hogar de una forma natural y no como un tabú, dando a los hijos libertad para poder expresarse y consultar las cosas que les preocupan sobre el tema (la otra opción, si se trata como un tabú, es que ellos/as lo descubran a través de otras fuentes menos realistas como las redes sociales, amigos/as o la pornografía).

Desde los hogares, colegios e instituciones sanitarias, a partir de los 10 años, se deberá iniciar la educación en conductas de riesgo de tipo sexual y en las medidas de prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

Una buena educación afectivo-sexual en la infancia y adolescencia, será la base de una sexualidad sana en la edad adulta.

A lo largo de esta etapa, se debe continuar con la pedagogía sobre la diferencia entre caricias y conductas deseadas y no deseadas, con el fin de prevenir la aparición de abusos sexuales, así como la capacidad de marcar sus límites y que estos sean respetados.



PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Qué valoramos?

- Adaptación del núcleo familiar (padres, adolescente, hermanos/as,...) a la realidad cambiante.
- Autoadaptación del/de la adolescente a los cambios de esta etapa.
- Adaptación al instituto.
- Adaptación a los cambios físicos de la adolescencia.

Exploración

- Observar la aparición de signos de sospecha de maltrato a nivel relacional entre el núcleo familiar.
- Observar la aparición de signos de acoso escolar.
- Interrogar sobre sentimientos de estrés y/o presencia de crisis de ansiedad.

Educación para la salud

Las **fuentes de estrés** pueden ser muy diferentes de unas personas a otras y también lo van a ser las formas de afrontarlo.

Algunas **estrategias** que podemos recomendar desde las consultas de Atención Primaria, son:

- **Técnicas de relajación** (musicoterapia, control de la respiración, meditación, pintura de mandalas,...).
- **Práctica de deporte** para descargar la ansiedad y el estrés.
- **Evitar volcar la ansiedad en la comida** (evitar comer por ansiedad en lugar de por hambre).
- **Evitar saltarse comidas y las conductas compulsivas** que puedan dar lugar a trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- **Reuniones familiares para expresar sentimientos.**





PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

¿Qué valoramos?

- Creencias familiares (religión y valores).
- Creencias individuales.
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o la enfermedad.
- Valores respecto al cuidado/educación de los hijos/as.
- Actitud-percepción ante la vida.

Consejos para profesionales

La actuación en nuestras consultas debe estar basada en:

- **No juzgar** la religión o los valores familiares e individuales siempre y cuando no afecte a la salud del/de la adolescente; y en el caso de que influyan, argumentar los efectos de esas conductas de riesgo.

- **Adaptación a las creencias familiares.**

- **Buscar alternativas** posibles que no entren en conflicto con los valores de los padres y/o adolescentes; y no perjudiquen a la salud.

- **Aconsejar recursos de la comunidad** acorde a sus creencias y valores para favorecer la formación de una red de apoyo familiar, social y comunitario.

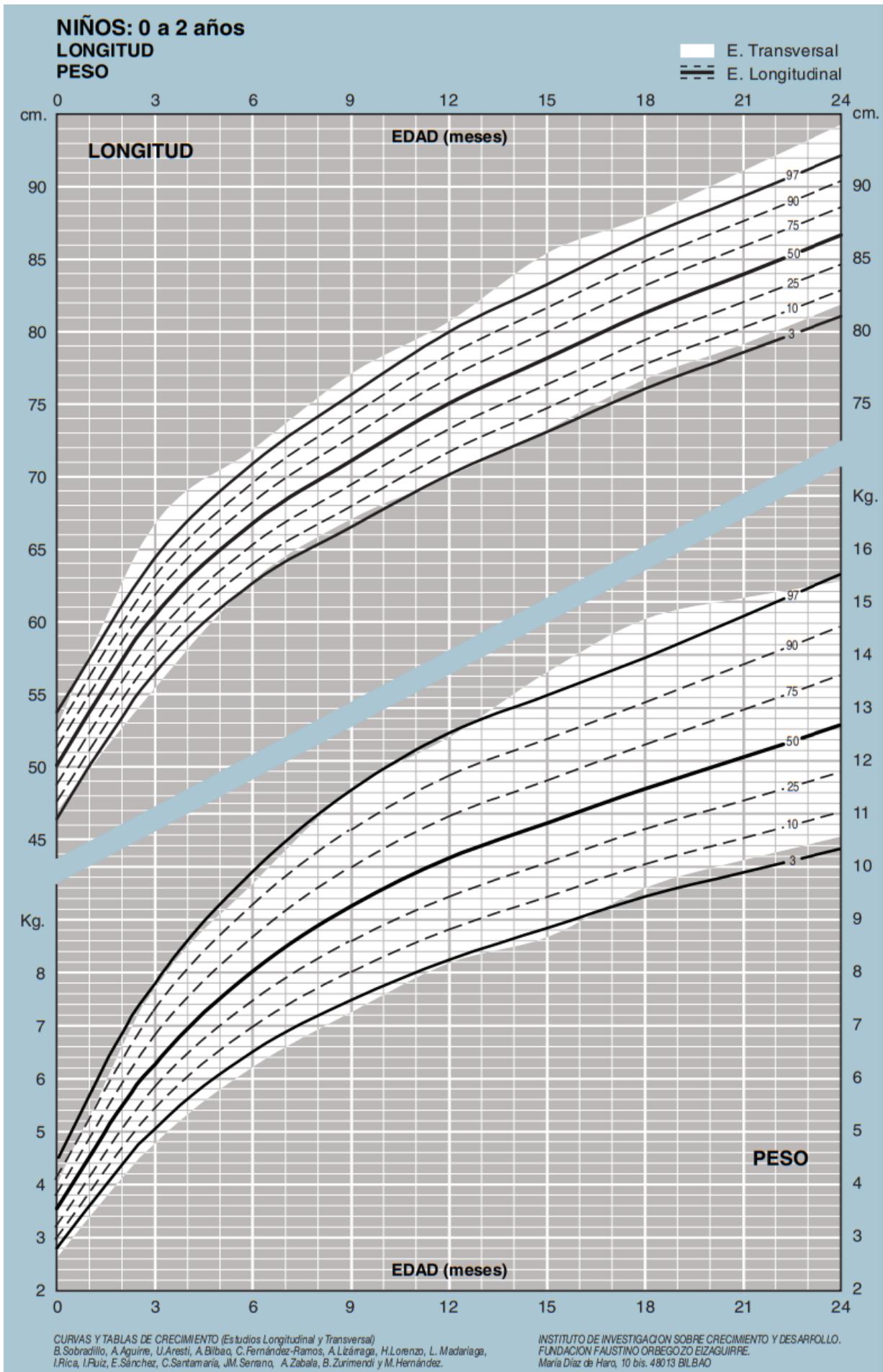
- **Informar a los padres sobre los cambios que se producirán en la escala de valores del/de la adolescente.** Hasta este momento, las creencias y valores del niño/a eran los inculcados en la familia, sin embargo con la apertura de su mundo a medida que crecen, va a cambiar su forma de pensar, **predominando la parte emocional sobre la racional**, con pensamientos más radicales en forma de todo o nada (soy el único/a que no lo tiene, los demás padres les dejan,...); sus amigos/as se convertirán en referentes de su conducta; aumentará su impulsividad; querrán encajar en su grupo de amigos; etc. siendo necesaria una recolocación del núcleo familiar para dar cabida a estos nuevos enfoques de pensamiento a través de la **tolerancia**.



ANEXOS

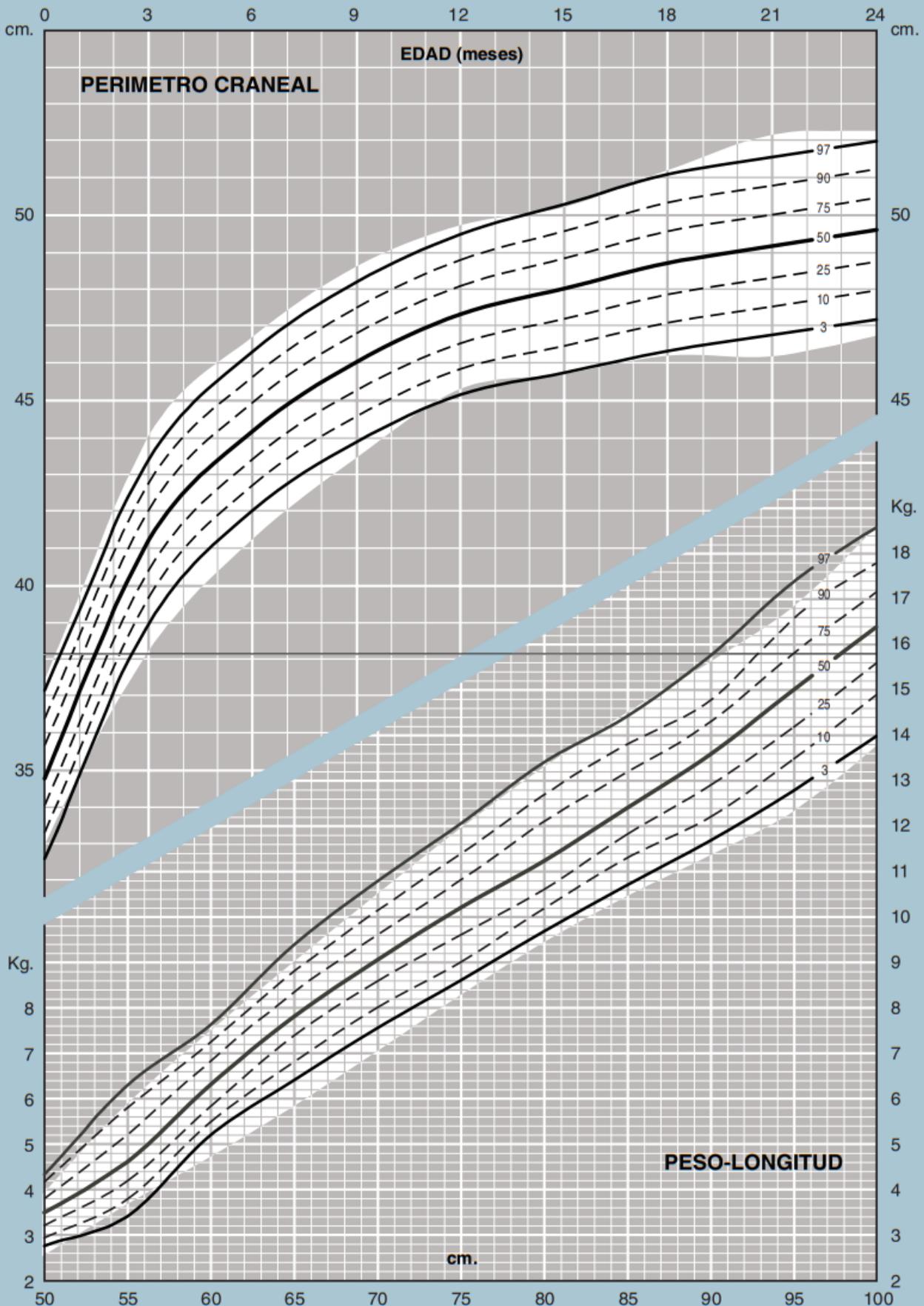


Anexo 1: Tablas de Crecimiento.



NIÑOS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD

— E. Transversal
 - - - E. Longitudinal

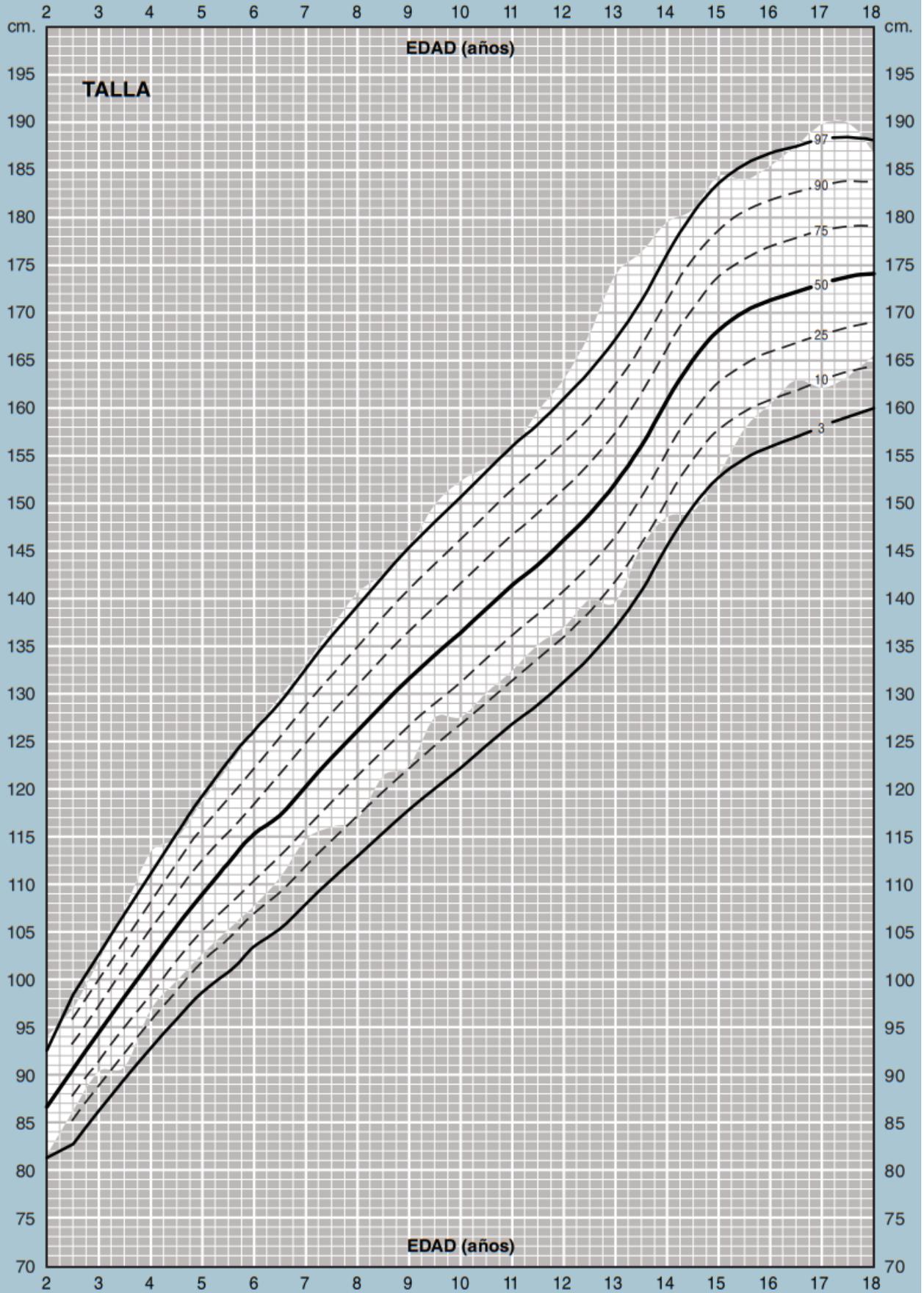


CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
 B. Sobradillo, A. Aguirre, U. Aresti, A. Bilbao, C. Fernández-Pamos, A. Lizárraga, H. Lorenzo, L. Madariaga,
 I. Rica, I. Ruiz, E. Sánchez, C. Santamaría, JM. Serrano, A. Zabala, B. Zurimendi y M. Hernández.

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE.
 María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

CHICOS: 2 a 18 años
TALLA

— E. Transversal
- - - E. Longitudinal

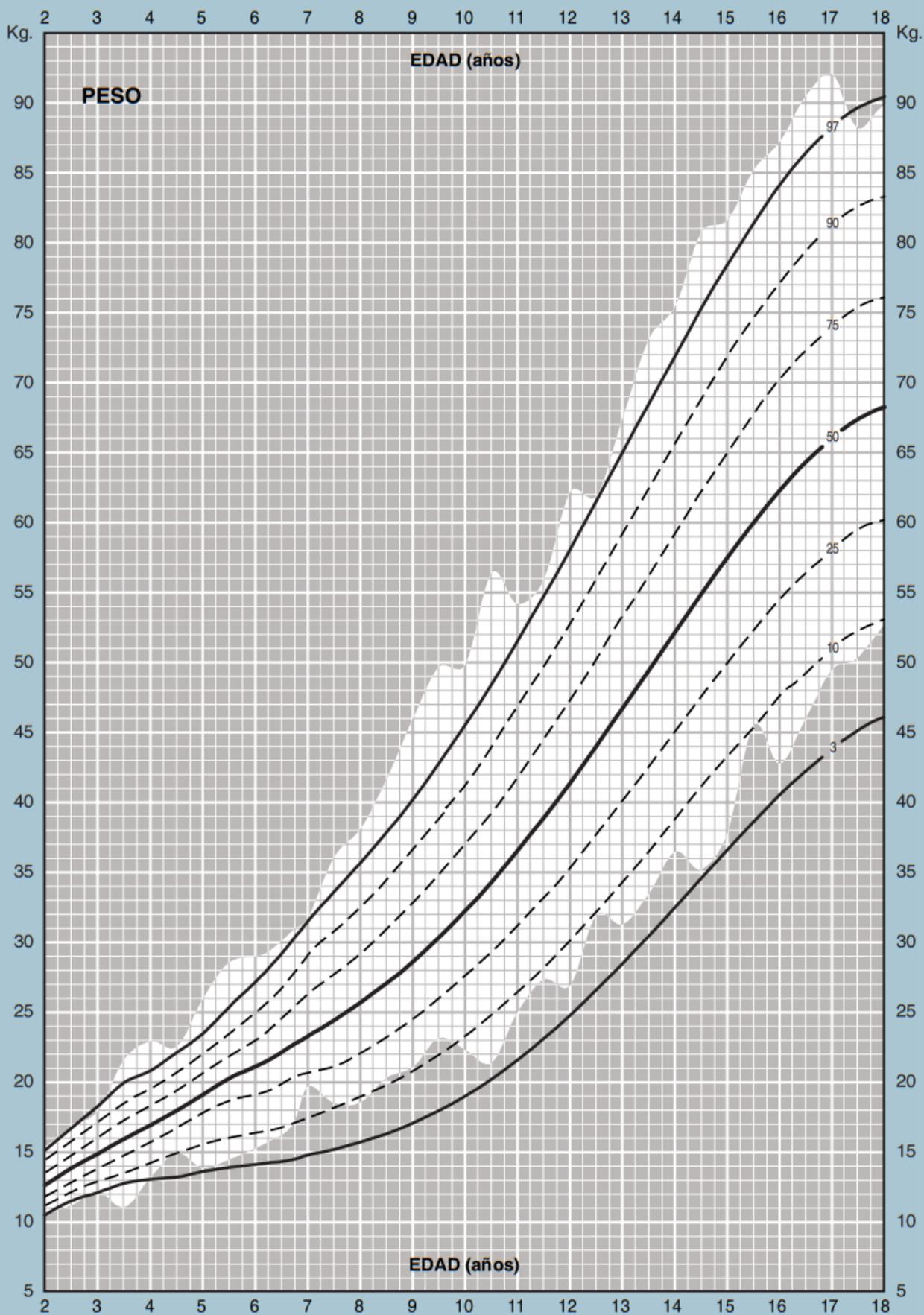


CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
B.Sobradillo, A.Aguirre, U.Aresti, A.Bilbao, C.Fernández-Ramos, A.Lizárraga, H.Lorenzo, L. Madariaga,
I.Rica, I.Ruiz, E.Sánchez, C.Santamaría, JM.Serrano, A.Zabala, B.Zuñimendi y M.Hernández

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE.
María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

CHICOS: 2 a 18 años
PESO

□ E. Transversal
▬ E. Longitudinal

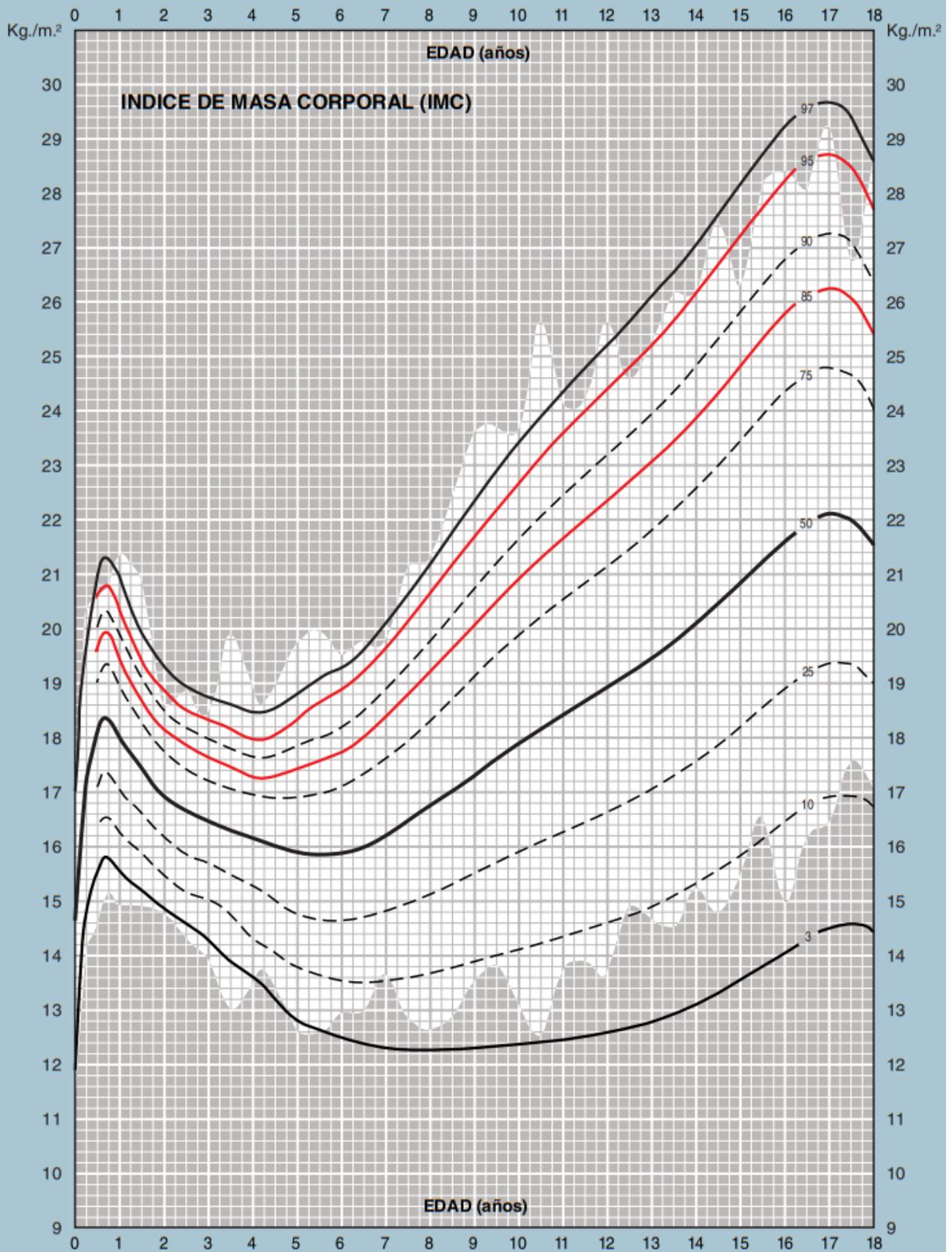


CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
B.Sobradoño, A.Aguirre, U.Aresti, A.Bilbao, C.Fernández-Ramos, A.Lizárraga, H.Lorenzo, L. Madariaga,
I.Rica, I.Puiz, E.Sánchez, C.Santamaría, JM.Serrano, A.Zabala, B.Zurimendi y M.Hernández

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE.
María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

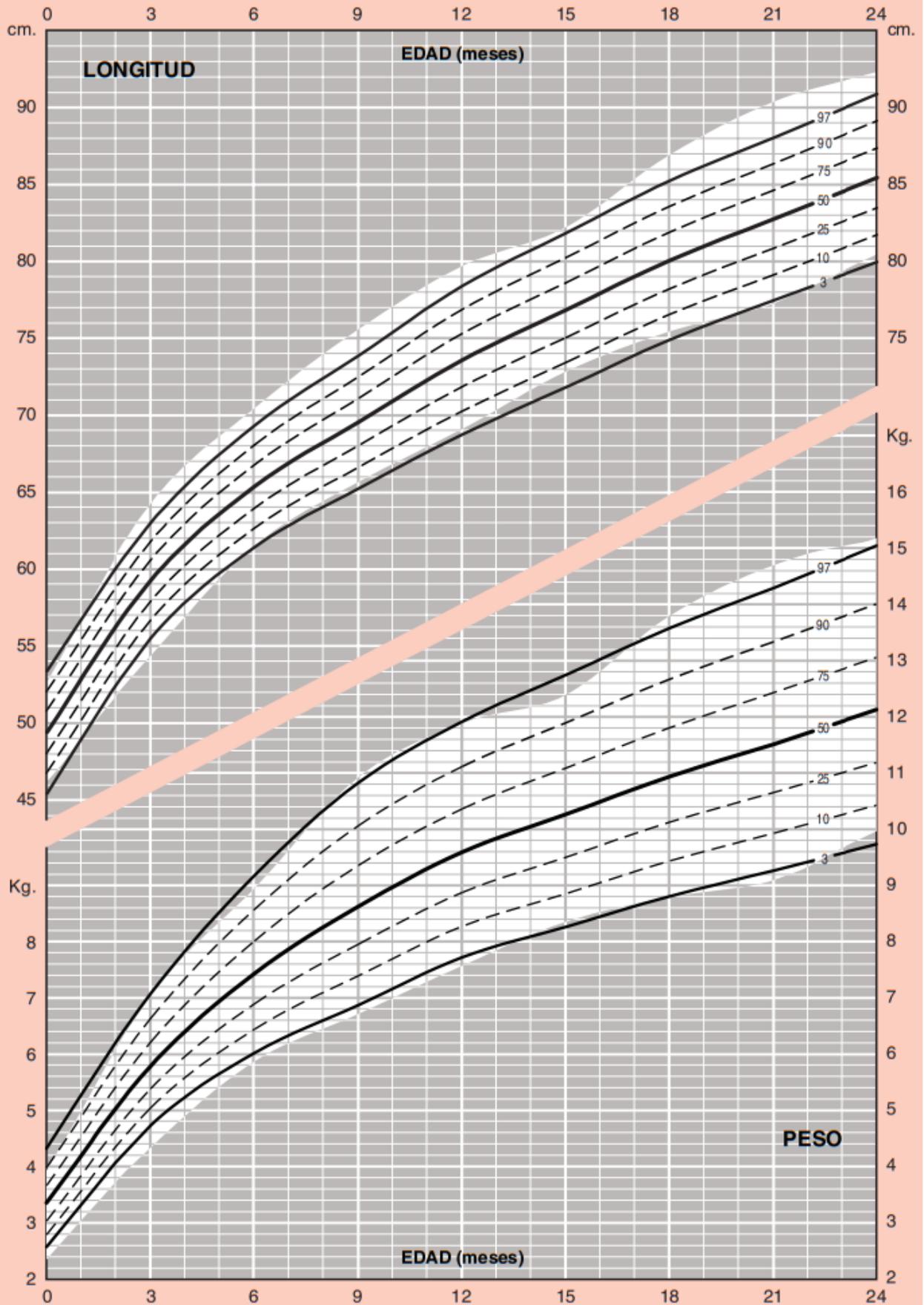
CHICOS: 0 a 18 años
IMC

█ E. Transversal
 █ E. Longitudinal



NIÑAS: 0 a 2 años
LONGITUD
PESO

— E. Transversal
 - - - E. Longitudinal

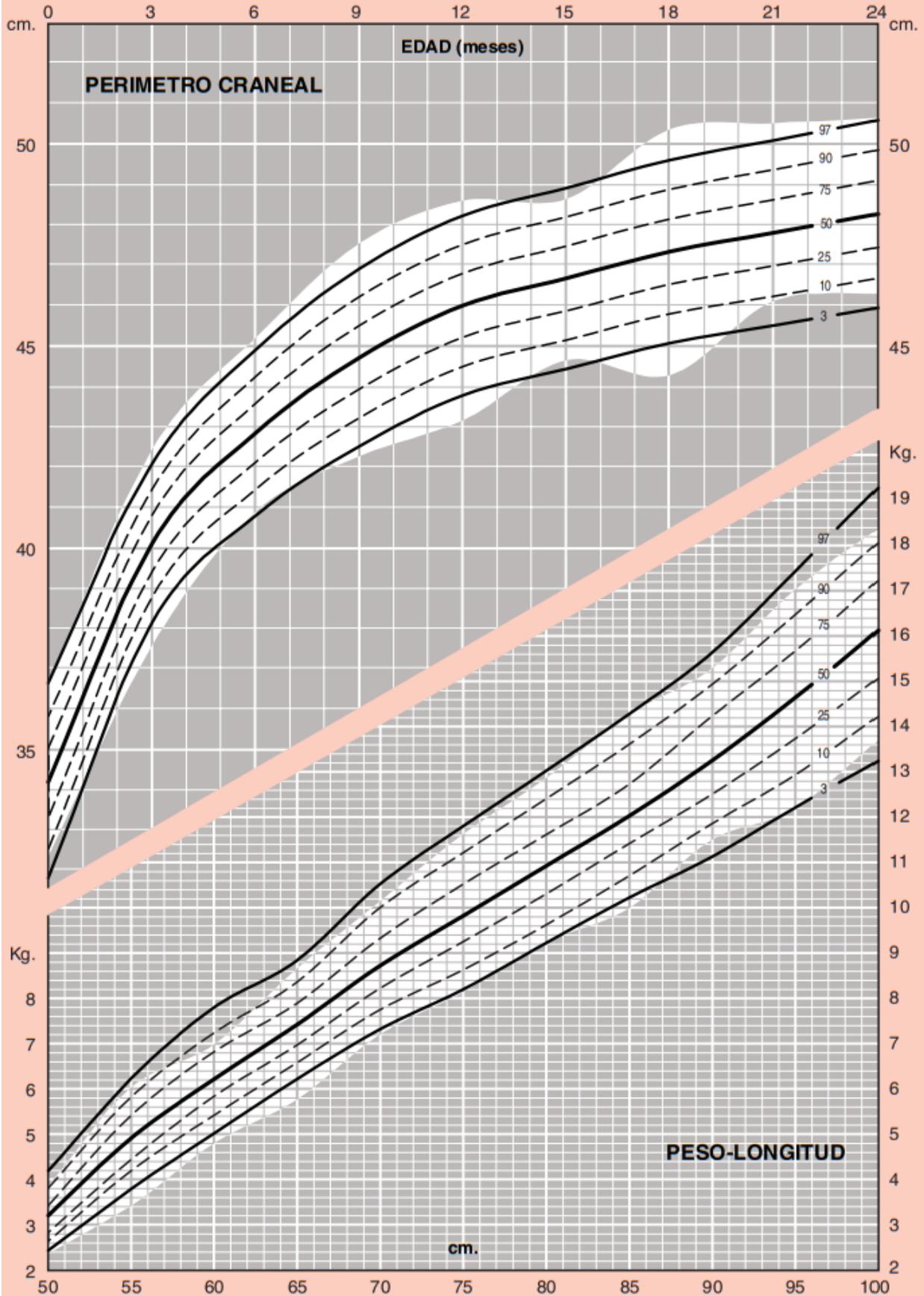


CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
 B. Sobradillo, A. Aguirre, U. Aresti, A. Bilbao, C. Fernández-Ramos, A. Lizárraga, H. Lorenzo, L. Madariaga,
 I. Rica, I. Ruiz, E. Sánchez, C. Santamaría, JM. Serrano, A. Zabaña, B. Zurmendi y M. Hernández.

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE.
 María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

NIÑAS: 0 a 2 años
PERIMETRO CRANEAL
PESO-LONGITUD

— E. Transversal
 - - - E. Longitudinal



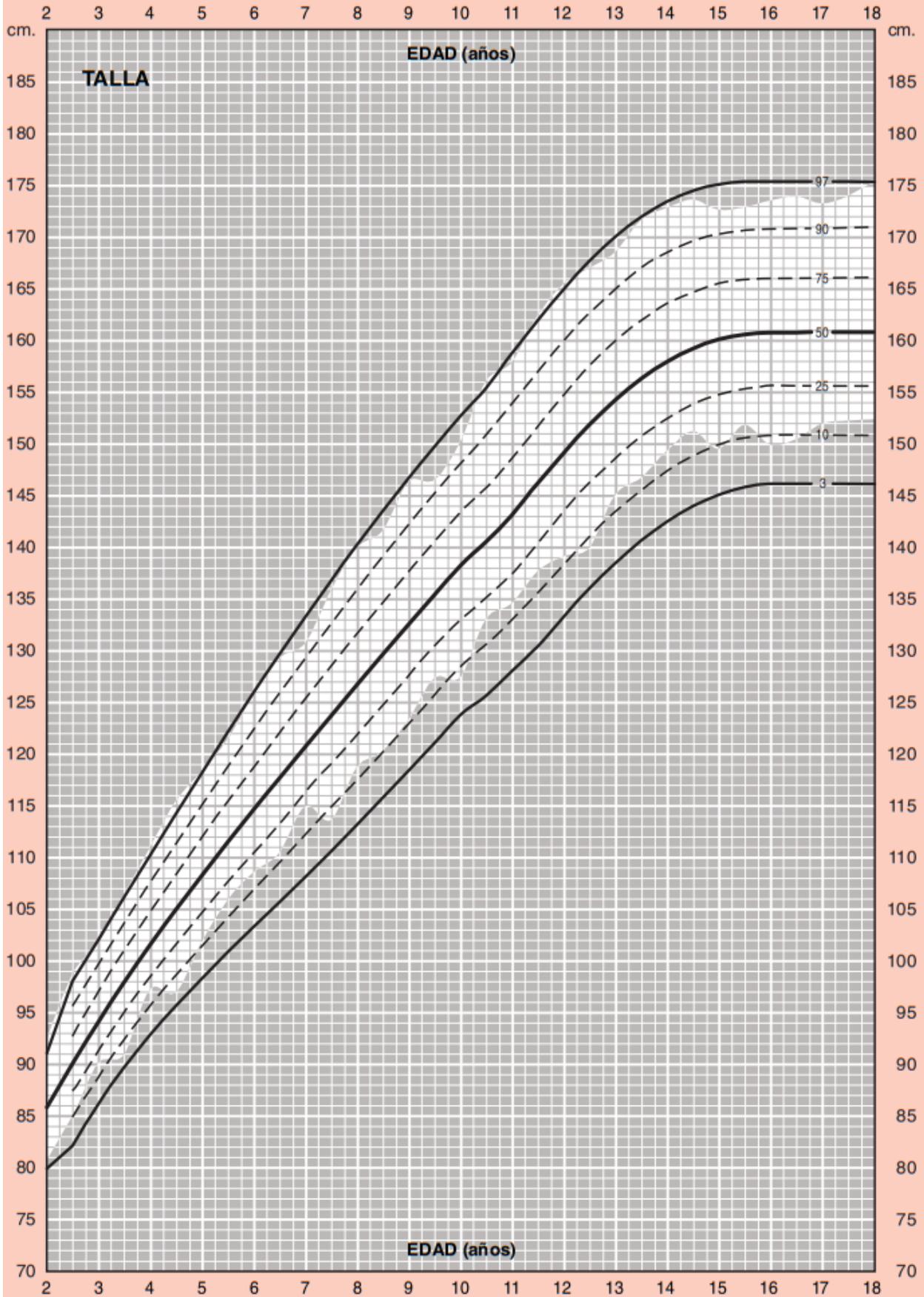
CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
 B.Sobradillo, A.Aguirre, U.Aresti, A.Birbaio, C.Fernández-Ramos, A.Lizárraga, H.Lorenzo, L.Madariaga,
 I.Rica, I.Ruiz, E.Sánchez, C.Santamaria, J.M.Serrano, A.Zabaia, B.Zurimendi y M.Hernández.

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE.
 María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BLBAO

CHICAS: 2 a 18 años

TALLA

E. Transversal
 E. Longitudinal

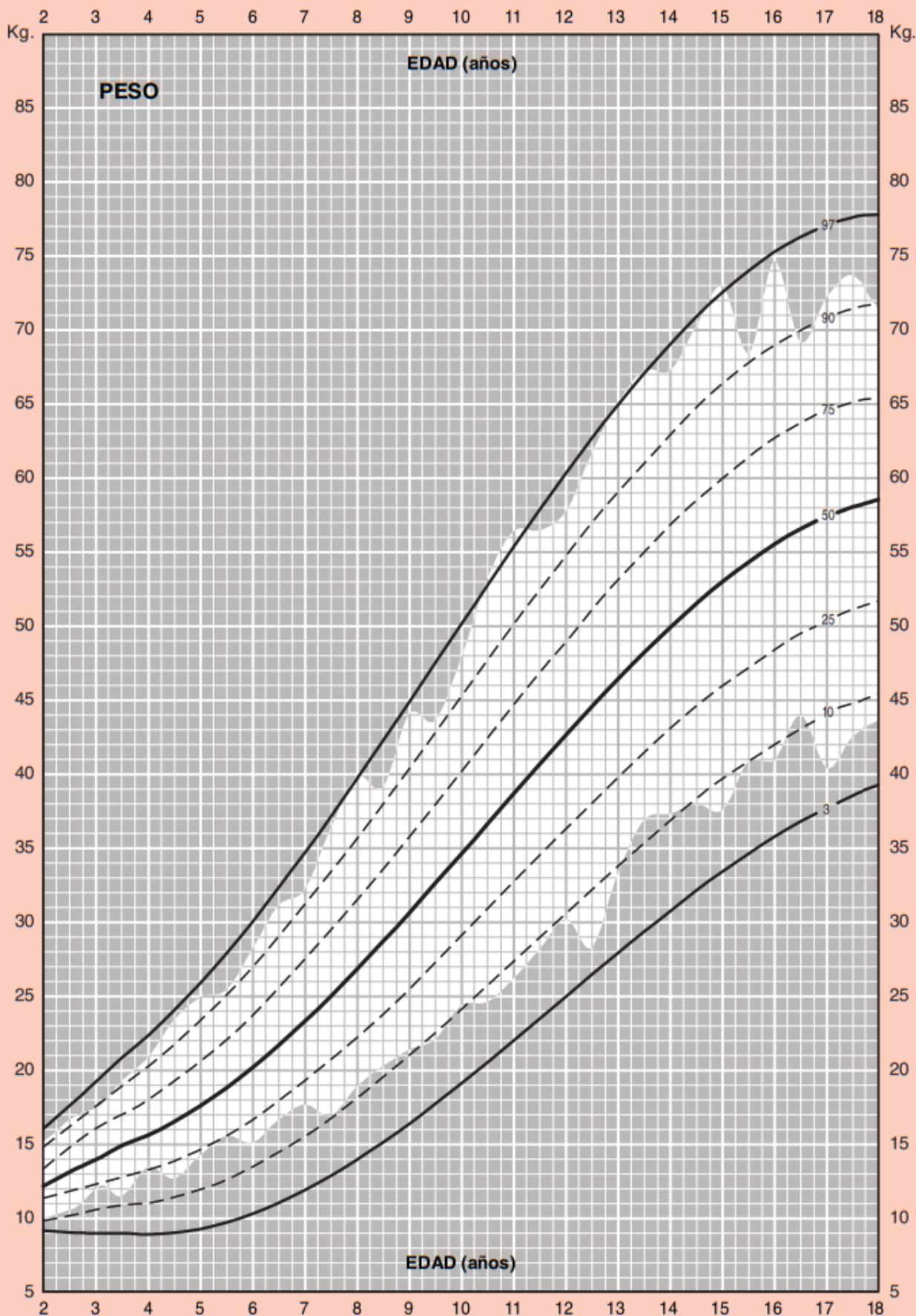


CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
 B. Sobradillo, A. Aguirre, U. Aresti, A. Bibao, C. Fernández-Ramos, A. Lizárraga, H. Lorenzo, L. Madariaga,
 I. Rica, I. Ruiz, E. Sánchez, C. Santamaría, JM. Serrano, A. Zabala, B. Zurimendi y M. Hernández.

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE.
 María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

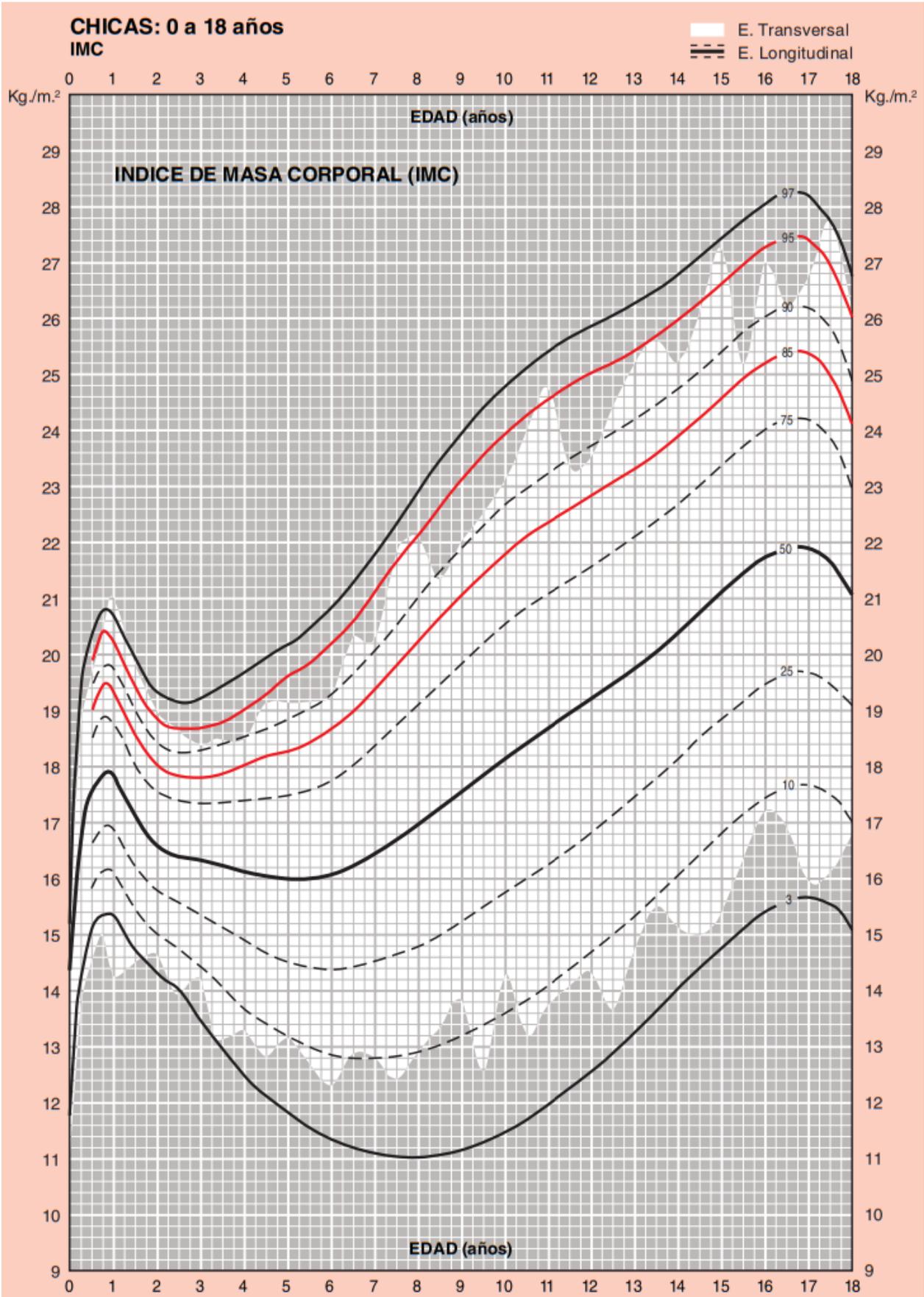
CHICAS: 2 a 18 años
PESO

□ E. Transversal
--- E. Longitudinal



CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
B. Sobradillo, A. Aguirre, U. Aresti, A. Bilbao, C. Fernández-Ramos, A. Lizárraga, H. Lorenzo, L. Madariaga,
I. Rica, I. Ruiz, E. Sánchez, C. Santamaría, JM. Serrano, A. Zabaia, B. Zurimendi y M. Hernández.

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGURRE.
María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO



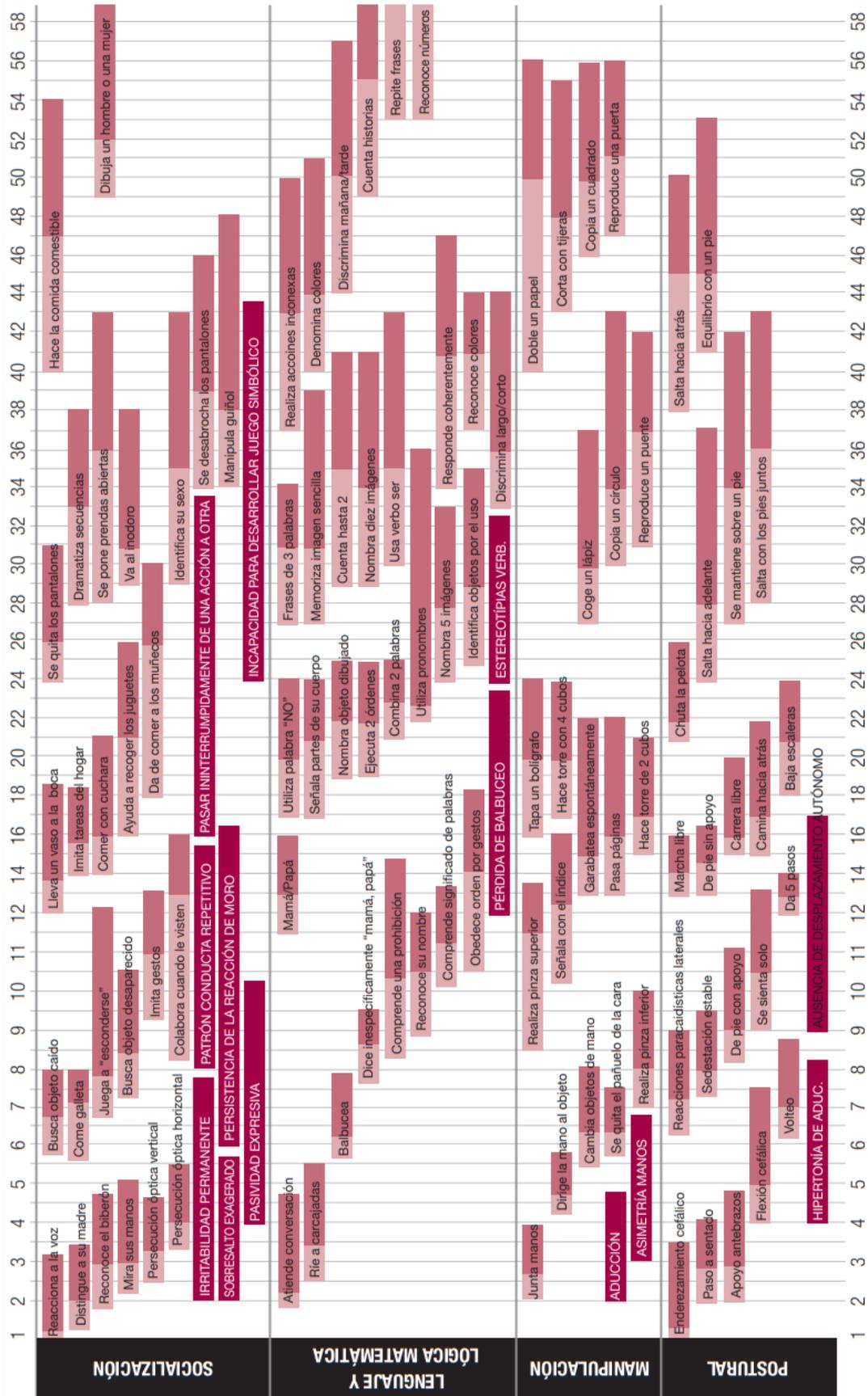
2

CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
 B.Sobradillo, A.Aguirre, U.Aresti, A.Bilbao, C.Fernández-Ramos, A.Lizárraga, H.Lorenzo, L. Madariaga,
 I.Rica, I.Ruiz, E.Sánchez, C.Santamaría, JM.Serrano, A.Zabaia, B.Zurimendi y M.Hernández.

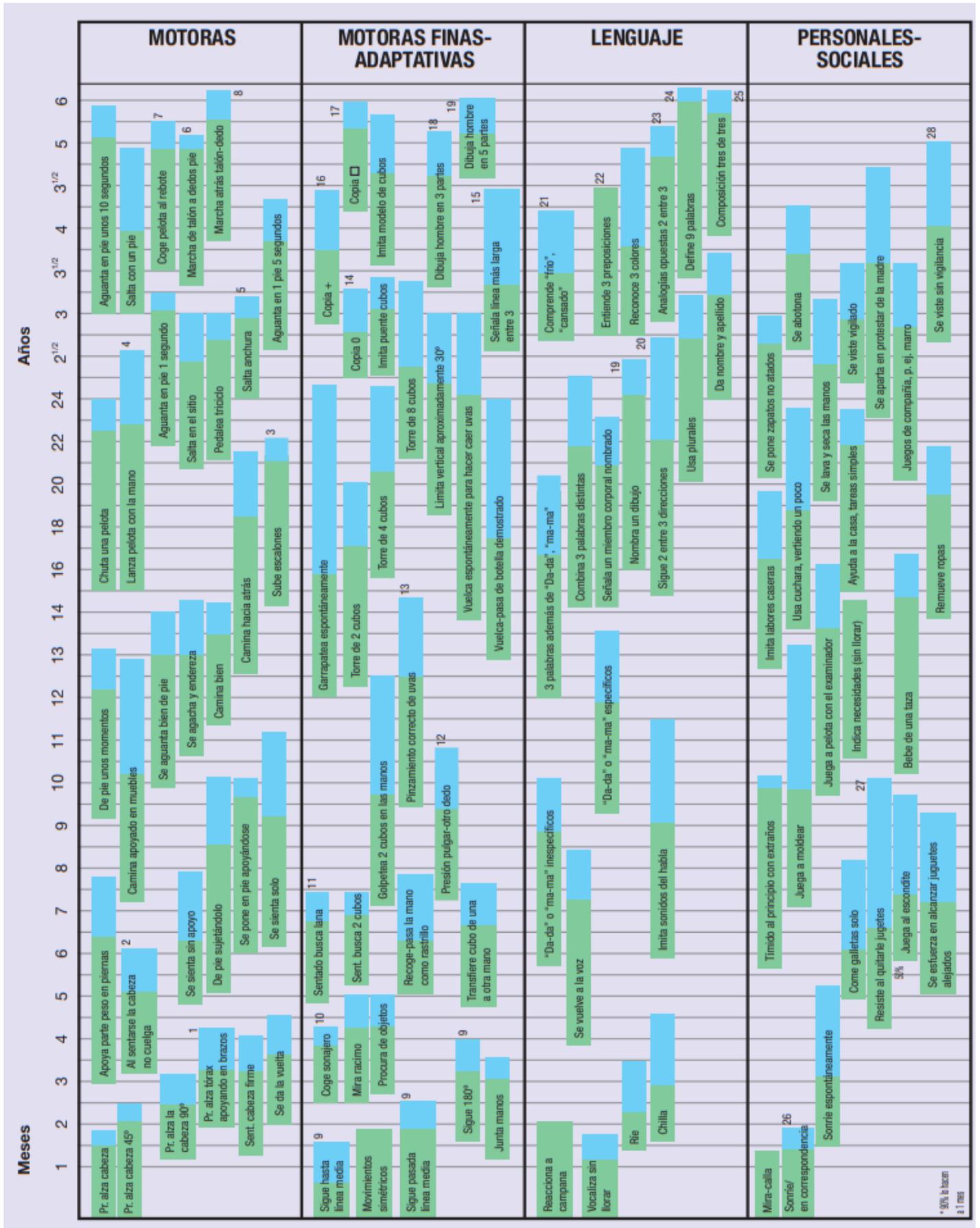
INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE.
 María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

Anexo 2: Tablas de Desarrollo: Tabla Haizea-Llevant / Test de Denver.

2.1. Tabla Haizea-Llevant:



2.2. Test de Denver:



Anexo 3: Test M-CHAT-R.

Por favor responder a estas preguntas acerca de su niño. Tenga en cuenta cómo su niño se comporta normalmente. Si visto su hijo hacer el comportamiento un par de veces, pero él o ella no suele hacerlo, entonces por favor responda **no**. Por favor círculo **sí** o **no** para cada pregunta. Muchas gracias.

- | | | |
|-----|---|---|
| 1. | Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo o hija mira hacia allí? (POR EJEMPLO: si Ud. señala un juguete o un animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o al animal?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Alguna vez se preguntó si su hijo o hija era sordo o sorda? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Su hijo o hija juega a simular, hacer "como si", o juegos de imaginación? (POR EJEMPLO: simula que toma de una taza vacía, finge hablar por teléfono, o hace como que le da de comer a una muñeca o a un peluche?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿A su hijo o hija le gusta treparse a las cosas? (POR EJEMPLO: muebles, juegos de la plaza, o escaleras) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Su hijo o hija hace movimientos raros con los dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos cerca de sus ojos de manera rara?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Su hijo o hija señala con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Su hijo o hija señala con el dedo cuando quiere mostrarle algo interesante? (POR EJEMPLO: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Su hijo o hija se interesa por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿mira a otros niños, les sonrío, se acerca a ellos?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Su hijo o hija le muestra cosas, trayéndoselas o alzándolas para que Ud. las vea – no para buscar ayuda sino simplemente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: le muestra una flor, un peluche, o un camión de juguete) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Su hijo o hija responde cuando lo/la llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija lo mira o la mira, habla o balbucea, o interrumpe lo que está haciendo cuando lo/la llama por su nombre?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 11. | Cuando le sonrío a su hijo o hija, ¿le devuelve la sonrisa? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 12. | ¿A su hijo o hija le molestan los ruidos comunes de todos los días? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija grita o llora cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 13. | ¿Su hijo o hija camina? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 14. | ¿Su hijo o hija lo/la mira a los ojos cuando le está hablando, jugando con él/ella, o cuando lo/la está vistiendo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 15. | ¿Su hijo o hija trata de copiar lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir adiós con la mano, aplaudir, o hacer un ruido gracioso cuando Ud. lo hace) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 16. | Si Ud. se da vuelta para mirar algo, ¿su hijo o hija gira la cabeza para ver lo que Ud. está mirando? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 17. | ¿Su hijo o hija intenta hacer que Ud. lo/la mire? (POR EJEMPLO: ¿su hijo o hija lo/la mira para que lo/la felicite, o dice "mirá" o "mirame"?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 18. | ¿Su hijo o hija entiende cuando Ud. le dice que haga algo? (POR EJEMPLO: si Ud. no se lo señala, ¿su hijo o hija entiende cuando le pide "poné el libro sobre la silla" o "traeme la frazadita"?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 19. | Si pasa algo nuevo, ¿su hijo o hija lo/la mira a la cara para ver qué hace Ud.? (POR EJEMPLO: si su hijo o hija escucha un ruido raro o gracioso, o ve un juguete nuevo, ¿lo/la mira a la cara?) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 20. | ¿A su hijo o hija le gustan las actividades de movimiento? (POR EJEMPLO: hamacarse o jugar al "caballito" sobre sus rodillas) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Puntaje total:

Anexo 4: Niveles de TA en niños/as según edad y percentil de talla.

Sexo Masculino

Edad	Percentil	SBP mmHg								DBP mmHg							
		Percentil de talla										Percentil de talla					
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95		
1	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	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		
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48		
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63		
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67		
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75		
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52		
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67		
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71		
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79		
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55		
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70		
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74		
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82		
6	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	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	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	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	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	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		
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82		
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90		
12	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	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	50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65		
	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	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	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		
17	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		

Sexo Femenino

Edad	Percentil	SBP mmHg							DBP mmHg						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	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	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
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	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	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	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	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	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	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	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
	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	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	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	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	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	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	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
17	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

BIBLIOGRAFÍA



Documentos de consulta empleados para la elaboración del presente manual y ampliación de conocimientos:

- Casado J. El gran libro de la pediatría. 3ª Edición. Barcelona: Editorial Planeta; 2017.
- En Familia AEP [sede Web]. Madrid: Asociación Española de Pediatría – En familia. Dirección electrónica: <https://enfamilia.aeped.es/>
- Asociación Española de Pediatría [sede Web]. Madrid: Asociación Española de Pediatría. Dirección electrónica: <https://www.aeped.es/>
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Al cuidado de la infancia y la adolescencia [sede Web]. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Dirección electrónica: <https://www.aepap.org/>
- Familia y Salud [sede Web]. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Dirección electrónica: <https://www.familiaysalud.es/>
- Pediatría Integral: Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Dirección electrónica: <https://www.pediatriaintegral.es/>
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria [sede Web]. Madrid: SEPEAP. Dirección electrónica: <https://sepeap.org/>
- HealthyChildren.org [sede Web]. Itasca: American Academy of Pediatrics. Dirección electrónica: <https://www.healthychildren.org/Spanish/Paginas/default.aspx>

- Zupan J, Garner P, Omari AAA. Topical umbilical cord care at birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004; 3. Art. No.: CD001057. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001057.pub2/full/es?highlightAbstract=umbil%7Cumbilical>
- Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA, et al. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 5. Art. No.: CD008635. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008635.pub2/full/es?highlightAbstract=umbil%7Cumbilical>
- García Roldán A, Guerrero Etxeberria E, Hernández Aguilar MT, et al. Guía para las madres que amamantan. 1ª ed. Vitoria Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2017. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteoba_paciente.pdf
- Cardona Alfonseca D, Cortada Gracia M, Chacartegui Cirerol V, et al. Anexo 5 – Lactancia Artificial. En programa de salud infantoadolescente. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2018. Disponible en: <https://docusalut.com/handle/20.500.13003/18185>
- Sociedad Española de Odontopediatría. Odontología maternoinfantil y del bebé. Barcelona: SEOP. Disponible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2024/02/2024-ODONTOLOGIA-MATERNAINFANTIL-Y-DEL-BEBE.pdf>
- Sociedad Española de Neonatología. Protocolos de la Sociedad Española de Neonatología 2023. Madrid: SeNeo – Sociedad Española de Neonatología; 2023. Disponible en: <https://www.seneo.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneo-2023>
- Neuropediatría – Interpretación Haizea-Llevant. Ayupedia – Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.pediatrasandalucia.org/ayupedia/neuro/>

- Puigbó J. Test de Denver: qué es, cómo se realiza e interpretación. Psicología-Online [sede Web]; 2019. Disponible en: https://www.psicologia-online.com/test-de-denver-que-es-como-se-realiza-e-interpretacion-4326.html#anchor_3
- Espacio Autismo. Test M-CHAT-R: test de autismo para niños ONLINE. Espacio Autismo [sede Web]; 2022. Disponible en: <https://www.espacioautismo.com/test-m-chat-r-test-de-autismo-para-ninos-online/>
- KidsHealth [sede Web]. Jacksonville: Nemours Kids Health. Disponible en: <https://kidshealth.org/>
- Bebés y más [sede Web]. Ceptual Media. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/#>
- Manual MSD: Versión para profesionales. Pediatría [sede Web]. Merck & Co: Rahway. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa>
- Shorter D, Hong T, Osborn DA. Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.: CD004595. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004595.pub2/full/es?highlightAbstract=displasi%7Cde%7Ccader%7Ccadera%7Cdisplasia>
- Indicadores del desarrollo. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) [sede Web]; 2023. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/actearly/milestones/index.html>
- CogniFit. Etapa del “NO” en niños: Aprende cómo manejar su resistencia. CogniFit Blog [sede Web]. Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/etapa-del-no-ninos-resistencia/#>

- Valdés E, López M, Navas RE. Siempre seguros, siempre protegidos, siempre en su sillita. Dirección General de Tráfico – Ministerio del Interior – Gobierno de España. Disponible en: <https://www.dgt.es/muevete-con-seguridad/viaja-seguro/con-ninos/>
- Estilos de vida saludables: Recomendaciones de actividad física. Ministerio de Sanidad – Gobierno de España. Disponible en: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/home.htm>
- Puca V. El método de la mano: el control de la porción está en tus manos. Dietistasnutricionistas Blog. Barcelona. Disponible en: <https://www.dietistasnutricionistas.es/el-metodo-de-la-mano/>
- Antonio Mas. Guía de inicio del método del plato [Sede Web]. 2021. Disponible en: <https://metododelplato.com/guia-de-inicio-del-metodo-del-plato/>
- Harvard Medical School. El plato para comer saludable. Harvard T.H. Chan School of Public Health [sede Web]. Boston. Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish/>
- Estreñimiento en niños. Mayo Clinic [sede Web]. Rochester; 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/constipation-in-children/symptoms-causes/syc-20354242>
- Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Valoración de la agudeza visual. Pediatría Atención Primaria – PaP-AEPap. 2016; 18 (71). Disponible en: <https://pap.es/articulo/12391/>

- Prueba de Brückner (reflejo rojo de Brückner). Heine [sede Web]. Gilching. Disponible en:
<https://www.heine.com/es/especialidades/medicina-general/aplicaciones-y-consejos-para-el-diagnostico/prueba-de-brueckner-reflejo-rojo-de-brueckner>
- Temboury MC. Desarrollo puberal normal: Pubertad precoz. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11 (Supl 16): 127-142. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000600002&lng=es
- Lennox B. Día internacional de la higiene menstrual: reivindicemos su importancia para la salud. Intima. Disponible en:
<https://www.intimina.com/es/blog/higiene-menstrual/>
- López I. Lo que necesitas saber para poner límites a tu hijo adolescente. Iratxe López Psicología. Bilbao. Disponible en:
<https://iratxelopezpsicologia.com/lo-que-necesitas-saber-para-poner-limites-a-tu-hijo-a-adolescente/>
- Duno M, Acosta E. Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. Rev. chil. nutr. 2019; 46 (5) : 545-553. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000500545&lng=es
- Imagen corporal y adolescencia. Ediren-Cooperativa de salud. Vitoria-Gasteiz; 2023. Disponible en:
<https://www.ediren.com/psicologia/imagen-corporal-y-adolescentes/>
- Al Azem D. Mi hijo adolescente no sabe estudiar solo. Adolescenciapositiva.com; 2024. Disponible en: <https://adolescenciapositiva.com/blog/hijo-adolescente-no-sabe-estudiar-solo/>

- Maguilla JL. Consejos a adolescentes para mantener una buena visión. Colegio oficial de ópticos-optometristas de andalucía (COOOA)-Tuoptometrista.com. Sevilla; 2022. Disponible en: <https://www.tuoptometrista.com/consejos-a-adolescentes-para-mantener-una-buena-vision/>
- Bazo L, Llorca A, Padró M. Neonatología para enfermería. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN)-Editorial Médica Panamericana; 2024.

Documento avalado por:



**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España**