

UNIDAD 2. Capítulo 3: Programa de control del crecimiento y desarrollo del niño sano

ENTORNO LEGAL Y MARCO REGULATORIO PARA LA ATENCION DE LA INFANCIA

La Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), instrumento internacional de derechos humanos y dispositivo central de la “Doctrina de la Protección Integral”, contempla a cada niño como sujeto de pleno derecho, desechando el viejo concepto de la población infanto-juvenil como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el estado y la sociedad. En este marco, plantea el desafío de asegurar a niños y adolescentes condiciones de vida que promuevan su adecuado desarrollo, reconociendo a la familia como “grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños”, merecedor, por tanto, de protección y asistencia a fin de que pueda asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.

Los esfuerzos realizados en pos de garantizar los derechos de los niños en nuestro país, se han visto reflejados en la adhesión que Argentina ha manifestado a declaraciones y convenciones internacionales, ratificando en el año 1990 la CIDN y en el año 1994 incorporando la misma a la Constitución Nacional. La Provincia de Córdoba ha acompañado, sancionando marcos regulatorios e instrumentos legales en consonancia con el compromiso nacional.

En el año 2005 se sanciona la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que efectiviza la CIDN y sitúa a las familias como responsables prioritarias en la garantía de los derechos de los niños y al estado nacional como responsable de garantizar políticas y programas que aseguren a las familias condiciones para cumplir

adecuadamente su rol.

El Sector Salud tiene, junto con otras áreas responsables de la implementación de políticas públicas, la función de promover los entornos protectores de los derechos de niños y niñas, garantizando su atención temprana en forma integral, de manera que sean contemplados los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. En la República Argentina, estos derechos están contemplados por la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

PROGRAMA PROVINCIAL DE SEGUIMIENTO INTEGRAL DE NIÑOS

Propósito:

Contribuir a la disminución de la morbilidad infantil, mejorando el acceso a condiciones y servicios de salud de calidad.

Objetivo General: Promover la salud física, mental, emocional y social de los niños de 0 a 9 años de la Provincia de Córdoba, garantizando procesos de atención, basados en la prevención como primera estrategia y en el derecho de todo niño a alcanzar los mejores niveles de salud posibles.

Objetivos Específicos:

- ✓ Garantizar a los niños y niñas de la Provincia de Córdoba el acceso a una atención de salud de calidad, centrada en la vigilancia de los procesos de crecimiento y desarrollo, como eje integrador y organizador de las acciones.
- ✓ Sistematizar la atención de salud de niños y niñas de 0-9 años en el Primer Nivel de Atención y para todos los efectores de salud de la Provincia de Córdoba.
- ✓ Prevenir cualquier alteración en el proceso de crecimiento y desarrollo, promoviendo la lactancia materna y alimentación complementaria oportuna, la educación alimentaria y nutricional, así como, la captación precoz e intervención oportuna.
- ✓ Fortalecer la vigilancia del desarrollo infantil en el marco de la consulta de

salud, y el acompañamiento familiar y comunitario de los procesos de apego, crianza y estimulación en las primeras etapas del curso de vida de los niños y niñas.

- ✓ Satisfacer la demanda espontánea de atención con criterio de equidad y foco en las poblaciones con mayor riesgo.
- ✓ Propiciar la inclusión del entorno familiar, reconociendo el aporte de factores afectivos, de pertenencia, de historia individual y familiar, que determinan características únicas, personales e intransferibles al proceso de crecimiento y desarrollo de niños y niñas.

Actividades del Programa:

- ✓ Realizar captación temprana de los Recién Nacidos del Área Programática que carecen de cobertura de obra social o, en caso de tenerla, la misma es insuficiente.
- ✓ Incorporar al Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo a los niños del Área Programática que no tienen cobertura social o que, teniendo obra social la cobertura es insuficiente.
- ✓ Vigilar la evolución del crecimiento y desarrollo de los niños bajo programa, para detectar tempranamente las alteraciones de su salud.
- ✓ Discriminar en la población bajo programa, los grados de riesgo a los que la misma está expuesta, para orientar con equidad las acciones.
- ✓ Evacuar la demanda espontánea por patología.
- ✓ Coordinar las derivaciones con efectores de Atención de la Salud Municipal, Provincial, Nacional y otros.
- ✓ Ejercer la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades prevalentes en los niños.
- ✓ Brindar atención personalizada con enfoque familiar y comunitario desarrollando vínculos positivos entre el equipo de Salud y la Comunidad.
- ✓ Favorecer la creación de espacios grupales de reflexión-acción que permitan incorporar a la población a la autogestión de su salud.
- ✓ Realizar actividades de capacitación con metodologías participativas, que

faciliten una comunicación fluida y permanente entre los equipos, las instituciones y las familias del Área Programática.

- ✓ Coordinar con aquellas instituciones, que por la índole de los servicios que prestan, están involucradas en el Crecimiento y Desarrollo Infantil (guarderías, escuelas, clubes, centros vecinales, Centros de Desarrollo Infantil, Salas Cuna).
- ✓ Programar reuniones con distintas organizaciones de la Comunidad del Área Programática para difundir la importancia del control de crecimiento y desarrollo de la población infantil y de la Captación Temprana del Recién Nacido.
- ✓ Inmunizar según calendario para las enfermedades inmuno-prevenibles.
- ✓ Organizar la Capacitación sobre temas de interés común, con participación de distintos sectores, rescatando los factores que potencian la salud de la población infantil.
- ✓ Trabajar desde el Centro de Salud con la modalidad individual, grupal y comunitaria, coordinando con los recursos propios de la comunidad (boletines juveniles, parroquiales, radios, etc.) difundiendo la importancia del control precoz del embarazo, del control de crecimiento y desarrollo y de la lactancia materna.
- ✓ Continuar la promoción de la lactancia materna, ya iniciada durante el control de embarazo.
- ✓ Asistir con alimentación complementaria de leche en polvo, adecuada a cada edad, a los niños bajo programa (*)
- ✓ Educar para la Salud, enfatizando los aspectos de nutrición, dentición, higiene, estimulación del desarrollo, juegos acorde edad, prevención de accidentes y enfermedades comunes en cada edad.
- ✓ Realizar recuperación del niño desnutrido mediante su inclusión en las actividades de asistencia alimentaria y coordinación con CDI y/o comedores comunitarios.

(*)Entrega de leche:

Ésta se realiza a través del Plan Nacional Materno Infantil. Este está destinado a contribuir al crecimiento y desarrollo adecuado e integral de niños y niñas de 0 a 5 años de edad. Comprende atención pediátrica y la entrega de leche, mensualmente, a cada niño, desde el nacimiento hasta los 5 años 11 meses y 29 días de vida.

Se realiza a todos los niños y niñas de esa edad que están bajo programa en el área programática y concurren de forma periódica a su control de salud, según la frecuencia determinada para cada edad.

En Córdoba se cuenta también para la entrega de leche con el programa provincial “Más Leche, Más Proteínas” que abastece de leche entera y fortificada a niños y niñas cordobeses desde su nacimiento y hasta los 11 años de edad, o hasta que finalicen la escuela primaria. Este programa busca garantizar la nutrición de niños de sectores vulnerables.

Niños eutróficos, con sobrepeso u obesidad:

- ✓ Menor de 6 meses:
 - Con lactancia materna exclusiva: se entregarán 2 cajas por mes a la mamá. En la ficha del niño se aclarará que está con lactancia materna exclusiva.
 - Con lactancia mixta o artificial: se entregarán 2 cajas por mes al niño.
- ✓ Entre 6 meses y 3 años: se entregarán 2 cajas de leche por mes.
- ✓ Entre 3 años y 11 años: se entregará 1 caja de leche por mes.

Niños en riesgo de bajo peso, bajo peso, y/o talla baja:

- Se entregará 1 caja de leche más de la que le corresponde para la edad, o de acuerdo a criterio profesional.
- Niños Recuperados: se entregará 1 caja más de la que corresponde para la edad durante los tres meses subsiguientes a la recuperación.

Situaciones de excepción: se consignará la cantidad de leche entregada por diferentes motivos a personas que no estén incluidas en los programas anteriormente mencionados.

FRECUENCIA RECOMENDADA DE LOS CONTROLES PARA NIÑOS:

- a) *Recién nacido hasta el mes: Un control quincenal*
- b) *1 a 6 meses: Un control mensual*
- c) *6 a 12 meses: Un control bimensual*
- d) *12 a 24 meses: Un control trimestral*
- e) *24 a 36 meses: Un control semestral*
- f) *3 años en adelante: Un control anual.*

Esta frecuencia podrá ser modificada por el médico en el caso de niños con alteraciones nutricionales.

CONTROL DE SALUD DEL NIÑO

Los principales objetivos del control de salud del niño son:

- ✓ Realizar una evaluación física que permita detectar patologías en forma temprana.
- ✓ Evaluar el crecimiento y el desarrollo para detectar alteraciones en forma temprana.
- ✓ Realizar prácticas preventivas (vacunación, vitaminas, etc.)
- ✓ Orientar y educar a los padres en el cuidado del niño/a y en la prevención de problemas de salud (ej. consejerías en sueño seguro del bebé, puericultura, prevención de accidentes, cuidados de enfermedades respiratorias en invierno, etc.)
- ✓ Detectar y ayudar a resolver diferentes situaciones que puedan comprometer el desarrollo normal del niño (crisis patológicas, puestas de límites, conflictos entre los padres, violencia, etcétera).

Todo el personal de salud que asiste niños debe estar familiarizado con los

patrones normales de crecimiento y desarrollo de la población infantil y ser capaz de identificar las desviaciones de la normalidad.

Esto es indispensable en la atención del niño en *forma individual*, para detectar precozmente los trastornos nutricionales (desnutrición, sobrepeso, obesidad) tomar decisiones terapéuticas, controlar la evolución de la enfermedad y de su tratamiento en enfermos crónicos; pero es también fundamental a nivel de *comunidades*, a fin de determinar la prevalencia de las alteraciones del crecimiento en la población asistida, y orientar en base a ello programas de atención y de asistencia alimentaria, definir sus beneficiarios, y evaluar resultados.

El crecimiento y desarrollo de una población constituyen además excelentes indicadores de salud.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Definimos **crecimiento y desarrollo** como el conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde que es concebido hasta la madurez.

El término **crecimiento** significa incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular.

El término **desarrollo** es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

Ambos procesos se dan en forma simultánea y los factores que influyen en uno lo hacen también en el otro, en su gran mayoría. Estos factores pueden actuar de manera positiva o negativa, directa o indirectamente, y pueden agruparse como:

- ✓ *Factores endógenos* (genéticos, neuro-endócrinos, funcionamiento de órganos y sistemas)
- ✓ *Factores exógenos* (nutricionales, socioeconómicos, culturales, psico-afectivos,

infecciosos, políticas de salud, accesibilidad a los servicios, etc.).

La evaluación del crecimiento y desarrollo constituye uno de los aspectos más importantes de la consulta pediátrica, independientemente del motivo de la entrevista.

No debe confundirse evaluación del crecimiento corporal con evaluación del estado nutricional.

Los **indicadores del estado nutricional** pueden dividirse en cuatro grupos:

1. Los que surgen del *examen físico* del niño.
2. Los que resultan de la *evaluación antropométrica*.
3. Los que surgen de la investigación de la *historia alimentaria real*.
4. Los que surgen de *datos bioquímicos y otros estudios auxiliares*.

A ello habrá que sumarle los datos relacionados con los *antecedentes familiares* y las *características socioeconómicas y culturales de la población de pertenencia*, que nos permitirá individualizar los niños que tienen un mayor riesgo de presentar alteraciones del estado nutricional, aún antes de que se haga objetivable la alteración del crecimiento.

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO:

La supervisión implica confrontar los datos de crecimiento del niño con parámetros que se toman como referencia y que han sido elaborados a partir del estudio de poblaciones consideradas normales.

Evaluar el crecimiento consiste en cumplimentar los siguientes pasos:

1. Pesar, medir y efectuar la medición del perímetro cefálico, según normas. **La antropometría** es uno de los recursos más útiles, sencillos y económicos para determinar si el niño crece adecuadamente. Entonces, algunas de las **variables antropométricas** son: **peso, talla, perímetro cefálico**.
2. Construir los índices corporales y registrarlos en las **tablas de percentilos**



(peso/edad, talla/edad, perímetro cefálico/edad), obteniendo una verdadera documentación del crecimiento.

3. Interpretar los datos volcados, observando la tendencia evolutiva de la curva, producto de la continuidad de este registro en cada uno de los controles del niño.

4. Ilustrar a la madre acerca de los datos obtenidos e incluir esta información en la *Libreta de Salud*.

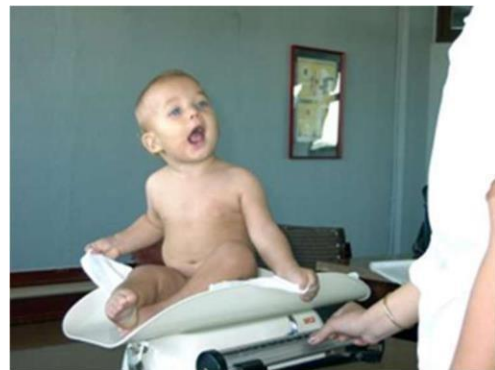
1. ¿Cómo se obtienen las variables antropométricas?

A- Peso Corporal

Instrumento: se deberá utilizar una **balanza de palanca pediátrica o una balanza pediátrica digital**.

Para pesar recién nacidos y lactantes, la balanza contará con divisiones para lectura cada 50 gramos (g) o menos; en niños mayores las lecturas serán cada 100g o menos.

Técnica: los niños deben pesarse sin ropa y sin calzado. Si esto no es posible, se descontará luego el peso de la prenda usada. Se coloca al niño sobre el



centro de la plataforma o bandeja de la balanza, efectuándose la lectura con el fiel en el centro de su respectivo recorrido, hasta los 10 o 100g. completos (según se trate de una balanza para lactantes o para niños mayores). Las balanzas de palancas deben ser controladas y calibradas al menos una vez cada tres meses.

B- Longitud Corporal en decúbito supino

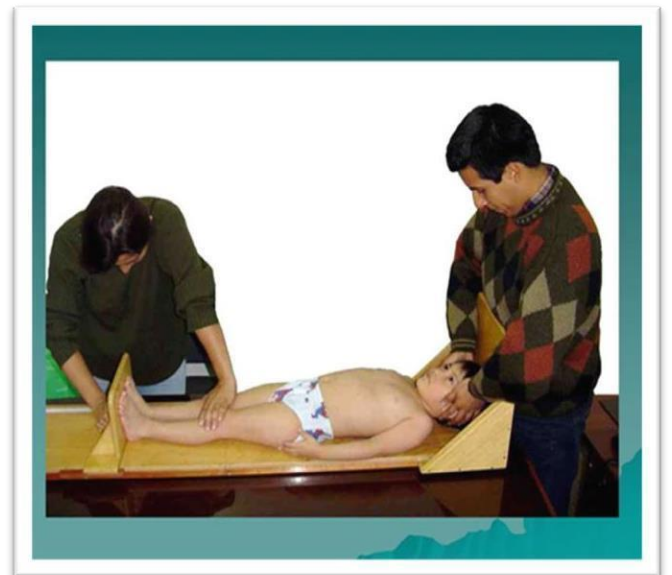
Debe medirse hasta los 2 años. A partir de esta edad en adelante se medirá al niño en posición de pie. En caso de no ser posible se realizará en decúbito supino y al valor se le descontará 0,7 cm (para igualarlo con la medición de pie).

Instrumento: cualquiera sea el instrumento usado debe reunir las siguientes condiciones:

- ✓ Una superficie horizontal dura.
- ✓ Una regla o cinta métrica inextensible graduada en milímetros a lo largo de la mesa o superficie horizontal. La cinta métrica graduada debe estar fija a la superficie dura.
- ✓ Una superficie vertical fija en un extremo de la mesa donde comienza la cinta graduada.
- ✓ Una superficie vertical móvil que se desplace horizontalmente manteniendo un ángulo recto con la superficie horizontal, y sin “juego” en sentido lateral.

Técnica: se debe medir al niño sin calzado y sin medias. Es necesario que la medición se efectúe con un ayudante, que puede ser la madre del niño. Se seguirán los siguientes pasos:

1. Se coloca al niño en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana.
2. El ayudante mantiene la cabeza en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie, contra el plano vertical fijo.
3. La cabeza del niño debe colocarse con el plano de Frankfurt



paralelo a la barra fija. Esto se logra haciendo que el niño mire hacia arriba, de tal manera que la línea que forma el borde inferior de la órbita y el conducto auditivo externo quede paralelo al soporte fijo.

4. El observador que mide al niño estira las piernas de éste y mantiene los pies en ángulo recto, deslizando la superficie vertical móvil hasta que esté firmemente en contacto con los talones del niño, efectuándose entonces la lectura.
5. En los recién nacidos, se debe hacer contactar la pieza móvil con el talón izquierdo solamente, porque es muy difícil estirar ambas piernas.

C- Estatura

Instrumento: cualquiera sea el instrumento que se use, deberá contar con las siguientes características:

- ✓ Una superficie vertical rígida (puede ser una pared).
- ✓ Un piso en ángulo recto con una superficie, en el cual el niño pueda pararse y estar en contacto con la superficie vertical.
- ✓ Una superficie horizontal móvil, de más de 6cm de ancho, que se desplace en sentido vertical manteniendo el ángulo recto con la superficie vertical.
- ✓ Una escala de medición graduada en milímetros inextensible.

Técnica:

1. Medir al niño sin calzado y sin medias.
2. El sujeto se para, de manera tal que sus talones, nalgas y cabeza estén en contacto con la superficie vertical. Puede ser necesario que un asistente sostenga los talones en contacto con el piso, y las piernas bien extendidas, especialmente cuando se trata de medir niños pequeños.
3. Los talones permanecen juntos, los hombros relajados y ambos brazos al costado del cuerpo para minimizar la lordosis.
4. La cabeza debe sostenerse de forma que el borde inferior de la órbita esté en el

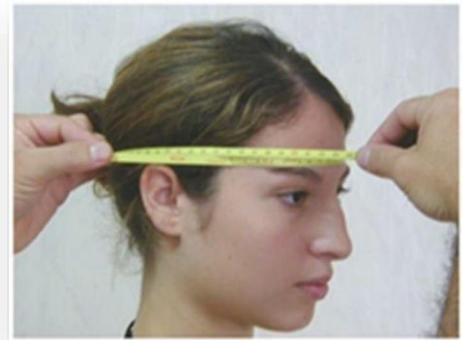


mismo plano horizontal que el meato auditivo externo (plano de Frankfurt). Las manos deben estar sueltas y relajadas.

5. Se desliza entonces una superficie horizontal hacia abajo a lo largo del plano vertical y en contacto con éste, hasta que toque la cabeza del sujeto.
6. Se le pide que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire, "haciéndose lo más alto posible" y se debe "traccionar" la cabeza hacia arriba apoyando las manos sobre las apófisis mastoideas del niño. El estiramiento minimiza la variación en estatura que ocurre durante el día y que puede llegar hasta 2cm.
7. Se efectúa entonces la lectura hasta el último centímetro o milímetro completo.

D- Perímetro cefálico

Instrumento: Cinta métrica, inextensible y flexible, con divisiones cada 1mm. Es aconsejable, aunque no imprescindible, que la cinta mida alrededor de 5mm. de ancho y que el cero de la escala esté por lo menos a 3cm del extremo de la cinta, a fin de facilitar la lectura.



Técnica: Se pasa la cinta alrededor de la cabeza del niño, que será elevada o descendida en forma paralela al plano de Frankfurt hasta alcanzar el perímetro máximo. La cinta es entonces ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo. El plano de Frankfurt pasa por los meatos auditivos externos y los bordes inferiores de las órbitas. Si los niños tienen colocados en el pelo hebillas u otros objetos, éstos deben ser sacados antes de efectuar la medición. No se realizarán ajustes o modificaciones por la



mayor o menor cantidad de pelo de cada niño. La medición del perímetro cefálico en un recién nacido debe hacerse a las 48 horas de vida, cuando se ha corregido ya el efecto del modelaje, y con el bebé tranquilo. Cuando éste llora puede aumentar el perímetro cefálico hasta 2cm debido a la extensibilidad del cráneo a esta edad.

2. Construir los índices corporales a partir de las variables antropométricas del punto 1, y registrarlos en las tablas de percentilos (peso/edad (P/E), talla/edad (T/E), perímetro cefálico/edad (PC/E), índice de masa corporal/edad (IMC/E).

- ✓ **Peso/Edad:** el peso es una medida fácil de obtener y el P/E un indicador que refleja la masa corporal (tejido magro, adiposo, hueso y otros componentes menores) en relación a la edad cronológica.
- ✓ **Talla/Edad:** la talla refleja la historia nutricional pasada de un individuo. Si bien no se modifica con la misma rapidez que el peso, cuando existe un problema que actúa en forma intensa y/o prolongada se produce una detención del crecimiento longitudinal y su posibilidad de recuperación dependerá de la gravedad del daño, de la pronta instalación de tratamiento y de la edad del niño.
- ✓ **IMC/Edad:** el IMC no es un método directo para medir el tejido adiposo. Sin embargo, a nivel poblacional, numerosos trabajos han demostrado que el IMC se correlaciona positivamente con la grasa corporal, medida con pliegues cutáneos y estudios de composición corporal.
- ✓ La composición corporal puede variar entre distintas personas de la misma edad, aunque tengan el mismo IMC. Dos personas de la misma edad con la misma talla y el mismo peso, pueden tener composiciones corporales muy diferentes. Un niño deportista tendrá mayor masa muscular que otro sedentario y podrían tener el mismo IMC. Un niño de contextura grande puede tener un IMC mayor que otro de contextura pequeña, sin que esto implique mayor cantidad de grasa corporal.

El aumento del **IMC** es el único parámetro diagnóstico consensuado

internacionalmente y el más utilizado para determinar Sobrepeso/ Obesidad en niños. **Surge de dividir el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros** (P/T^2). Otra forma sencilla y equivalente matemáticamente es tomar el peso en kg, dividirlo por la talla en metros, y luego volver a dividirlo por la talla en metros: (Peso/talla/talla).

- ✓ **Perímetro Cefálico/Edad:** medida de fácil obtención, refleja estrechamente el crecimiento cerebral. La medida del perímetro cefálico no tiene mayor valor después del 2º año de vida, ya que más del 80% del tamaño cerebral total ya se ha alcanzado a esta edad.

Los datos antropométricos de un paciente en particular siempre deben interpretarse en el contexto de toda la información recabada en la consulta pediátrica.

2 y 3. Una vez analizados los índices corporales, explicaremos su obtención e interpretación en la tabla de percentilos.

Para poder interpretar los distintos indicadores antropométricos es necesario contar con instrumentos de comparación (estándares) y definir las metas que se quieren alcanzar en relación con los patrones (puntos de corte: son aquellos valores que separan los distintos grados de anormalidad entre sí y de lo normal, se fundamentan en la probabilidad de que un indicador antropométrico sea normal o anormal). Sirven para evaluar si un niño es normal o no en relación a su población de pertenencia.

En este momento en nuestro país se utilizan desde el año 2007 los estándares de Referencia de la OMS, publicados en el "Manual: Evaluación de niños, niñas y embarazadas según antropometría" del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2009 y en la "Guía para la evaluación del crecimiento físico", Sociedad Argentina de Pediatría 2013. La utilización de un único estándar para la evaluación de un parámetro biológico en cualquier país es una de las condiciones necesarias para la tarea clínica eficaz, para una evaluación de las intervenciones, para comparar información y para la confección de estadísticas de salud.

Los percentiles o centilos: se definen como puntos estimativos en una distribución de frecuencias que dejan un determinado Nº de individuos por arriba y por debajo de los mismos (proporción de niños que están por debajo o por encima de cierto porcentaje en la distribución de la población de referencia). Un percentil es una medida estadística que indica el porcentaje de valores que caen por debajo de un determinado valor. Los percentiles se usan para comparar datos y valorar el crecimiento de un individuo.

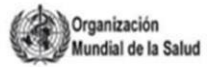
La **mediana** es el valor que está situado en la mitad del rango de valores observados y, por lo tanto, divide el rango en dos mitades iguales: el 50% superior y el 50% inferior, por esta razón, el valor de la mediana se denomina **percentil 50**. Para facilitar la evaluación individual del crecimiento de un niño se han agregado otros percentiles superiores e inferiores al 50. De esta manera, una curva de crecimiento tradicional muestra los siguientes **centilos: 3, 10, 25, 50, 90, 97**. Por ejemplo: si los valores de la talla de un niño se encuentran en Pc 3 significa que el 3% de los niños de su edad son más bajos; si los valores se acercan a los del percentil 75, indica que un 75% de los niños de esa población son más bajos.

Veamos un ejemplo: Llega a su consultorio **Anabela**, de 2 años y 6 meses de edad, para su control de crecimiento y desarrollo.

1. Usted la pesa (14kg) y mide su talla (92cm). Calcula su IMC: 16,5.
2. Construye los índices corporales: P/E, T/E, IMC/E. Para ello hay que ubicar el peso *según la edad y el sexo* en la tabla de percentilo correspondiente. Realizar lo mismo con Talla e IMC. Así se podrá obtener entre cuáles percentilos se encuentra para poder arribar a un diagnóstico.

Peso para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)

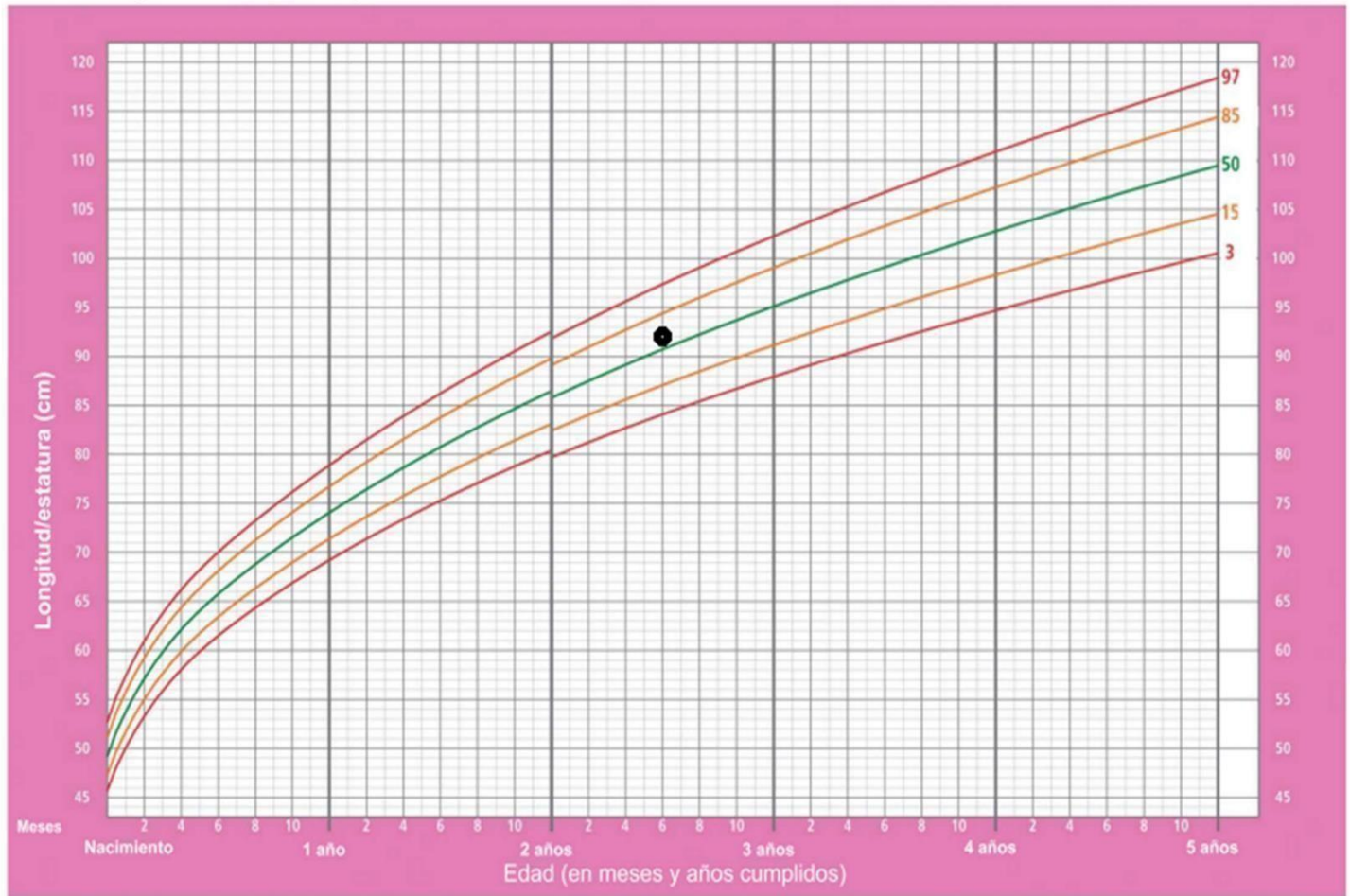


P/E: p50-85

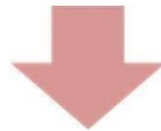
Longitud/estatura para la edad Niñas



Percentiles (Nacimiento a 5 años)



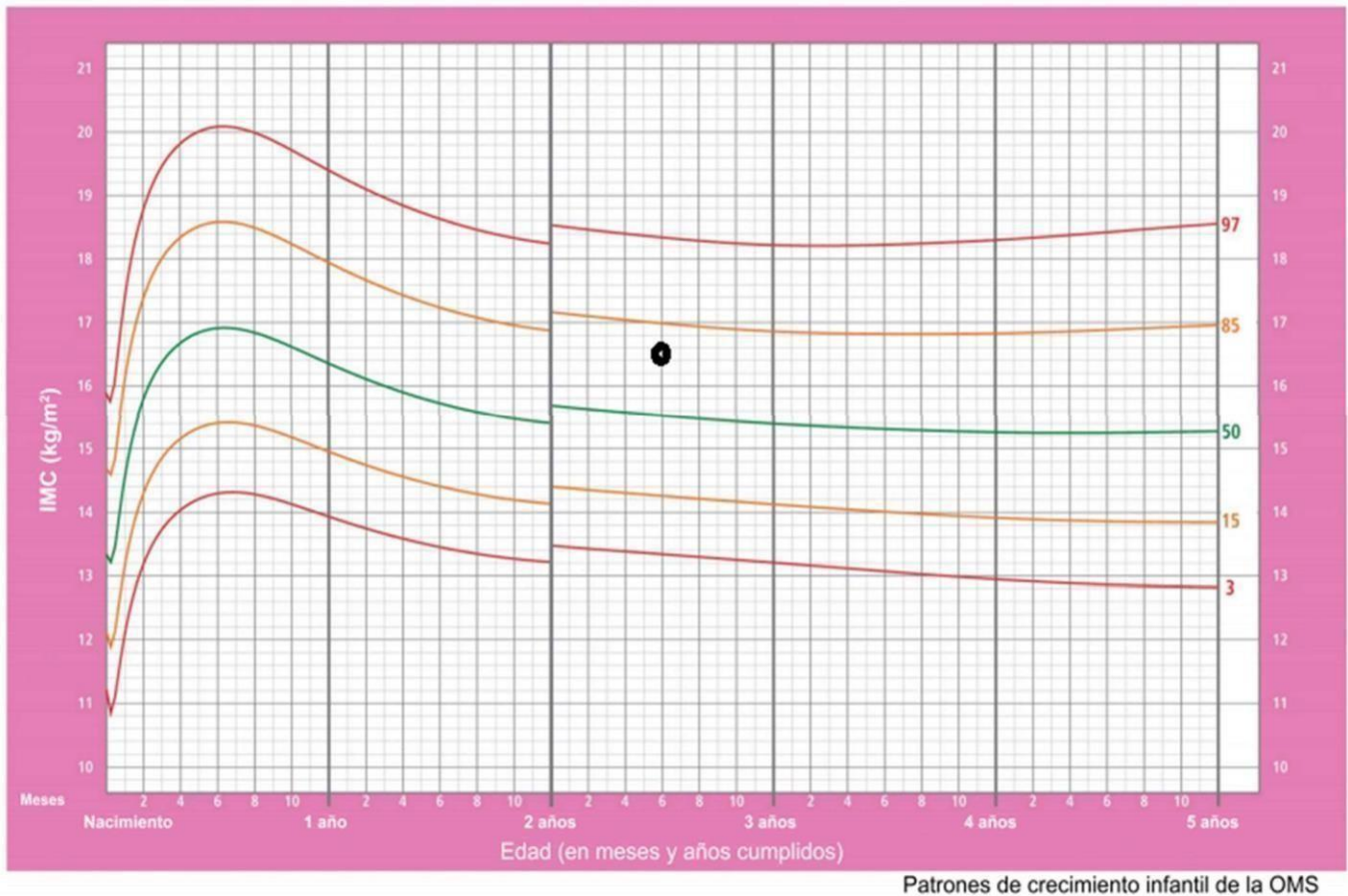
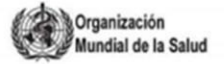
Patrones de crecimiento infantil de la OMS



T/E: p50-85

IMC para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



IMC/E: p50-85

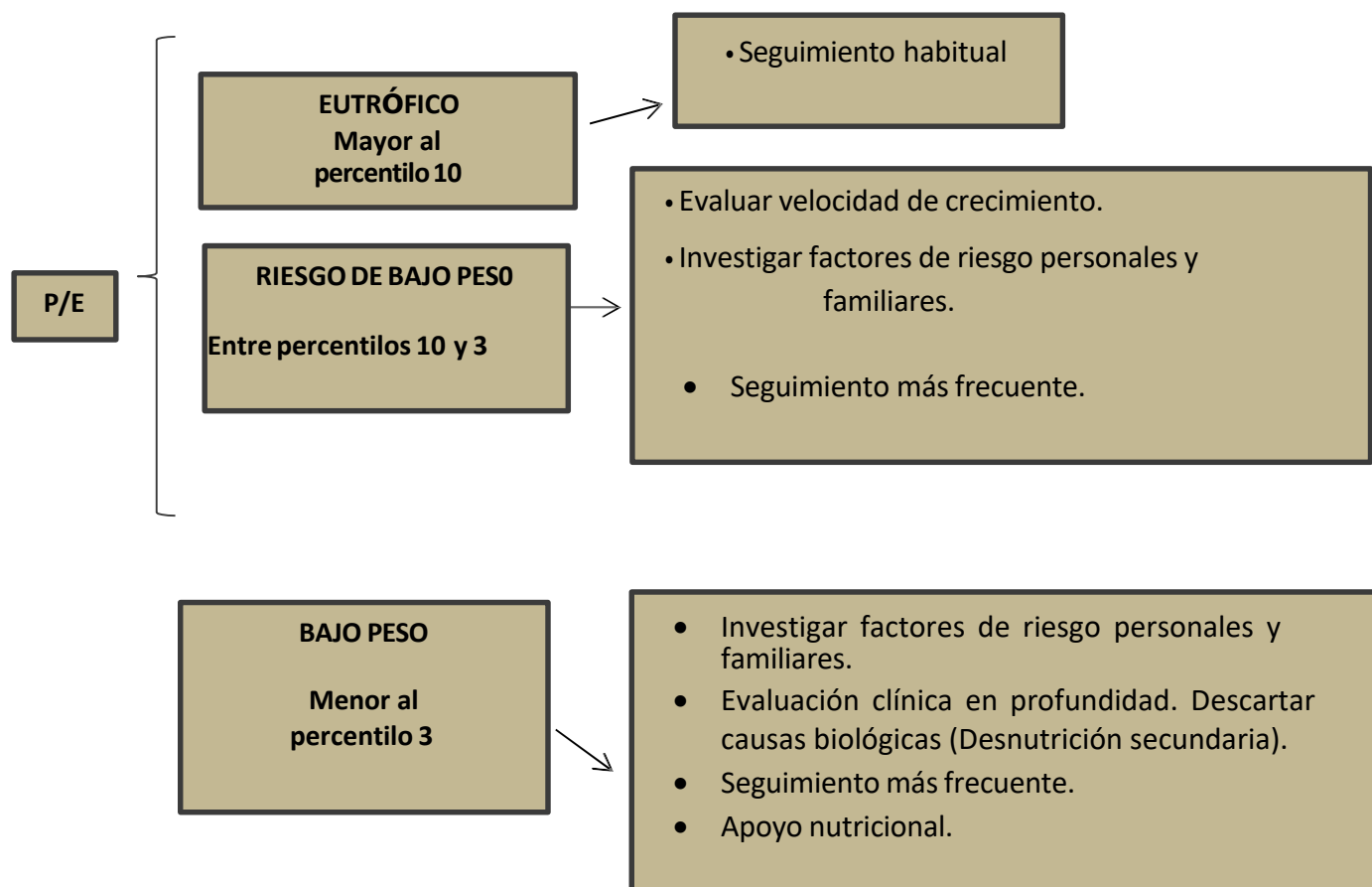
Ahora, ¿cómo sabemos si estos resultados son normales?

Para ello tenemos que fijarnos en la siguiente clasificación:

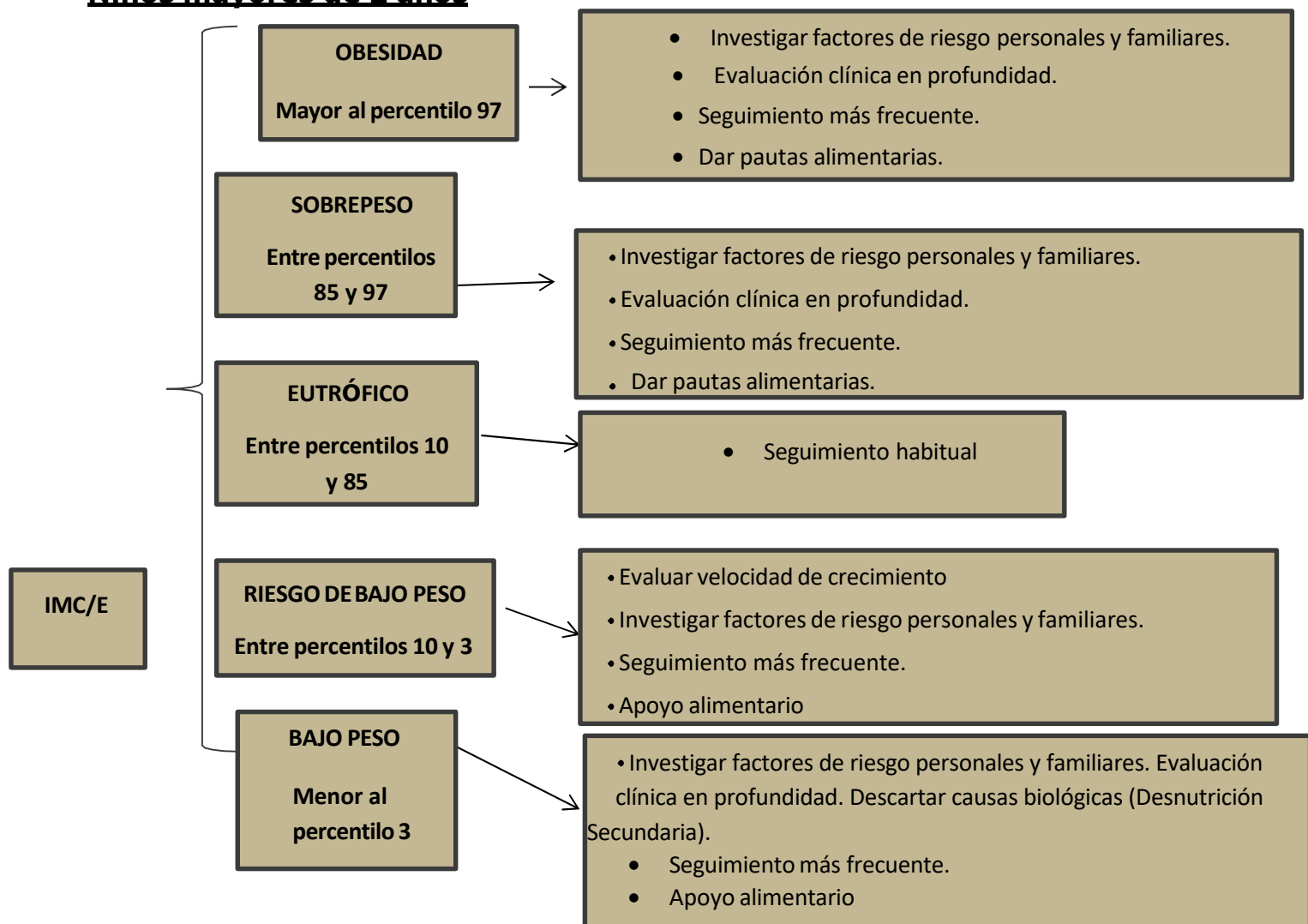
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN LA ANTROPOMETRÍA

PESO

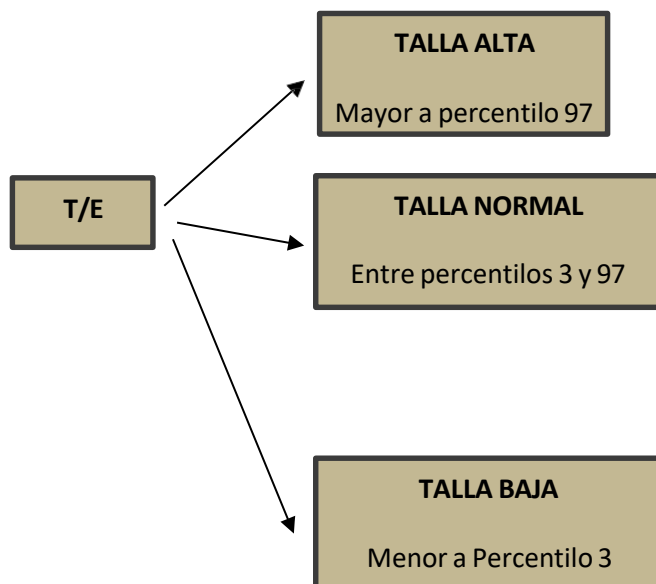
Niños menores de 2 años



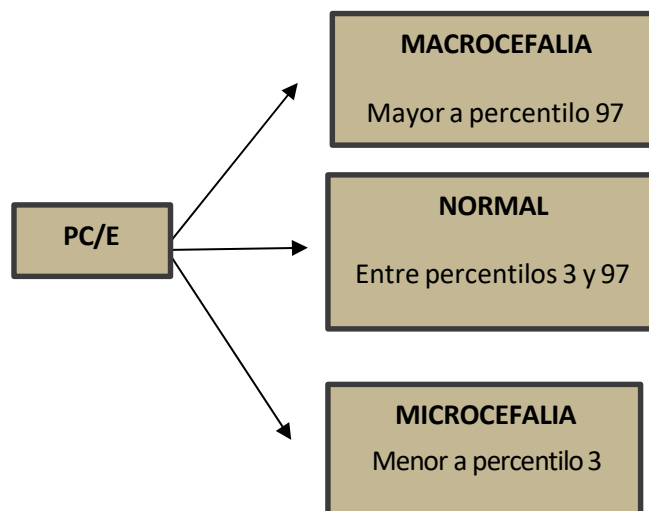
Niños mayores de 2 años



TALLA



PERÍMETRO CEFÁLICO



En nuestro ejemplo: **ANABELA es eutrófica para la edad y sexo. Su talla es normal para la edad y sexo.**

ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO.

Déficit (Bajo peso-Baja Talla) o Exceso (Sobrepeso-Obesidad)

Estos términos ya fueron definidos por la antropometría. Debemos recordar que para evaluar el estado nutricional de un niño específico no se debe hacer un diagnóstico basado exclusivamente en los índices antropométricos, sino que debemos valorar sus antecedentes familiares, personales, alimentarios, los aspectos clínicos y funcionales, así como las condiciones del ambiente en el que vive.

Historia personal: La obtención de una historia clínica completa es esencial. Se deben investigar las condiciones del período intrauterino, el estado de salud y nutrición de la madre durante el embarazo, ingesta de medicamentos y de tóxicos extrauterinos, la existencia de otros síntomas y el estado general de salud previo. Es importante registrar los antecedentes alimentarios, la función intestinal y de otros órganos (aparato cardiovascular, respiratorio, etc.), maduración psicomotriz y grado de adecuación del vínculo madre-hijo.

Antecedentes familiares: Sabemos que hasta los dos años aproximadamente el tamaño del niño está relacionado con el crecimiento fetal, a partir de allí comienza a expresarse el potencial genético (recanalización genética), lo cual es importante considerar en la valoración de un problema de crecimiento. Debe registrarse el grado de integración del niño en su familia, su ubicación en la constelación familiar y el estilo de crianza. Es de suma importancia conocer la familia ampliada, la comunidad de pertenencia de la misma y la existencia de redes de apoyo.

Examen físico: El examen físico debe ser completo y exhaustivo, aunque debe aclararse que los hallazgos del mismo en la deficiencia de nutrientes son inespecíficos. Las anomalías deben ser confirmadas por estudios diagnósticos más precisos.

Estudios auxiliares: los estudios auxiliares deben estar orientados a confirmar o rechazar un diagnóstico presuntivo basado en los ítems anteriormente analizados, teniendo en cuenta la prevalencia de patologías por edad en cada región.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

*Los términos "**desarrollo**", "**desarrollo psicomotriz**" o "**neurodesarrollo**" se utilizan indistintamente para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia, relativas al lenguaje, la cognición, la motricidad, la interacción social y la conducta.*

El desarrollo es un *proceso dinámico y continuo de organización progresiva y compleja de las funciones cerebrales* en el que convergen tanto factores genéticos como medioambientales. Este proceso comienza en el útero y continúa después del nacimiento.

Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, sienta las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de llegar a ser una persona con mayor poder de resolución ante diferentes situaciones de la vida.

El modo en que un niño se comunica, se relaciona con otros, juega, se mueve, se comporta y manifiesta sus emociones, aporta datos imprescindibles para su valoración. Es importante observar el vínculo entre el niño y el adulto referente/cuidador, así como también la capacidad de éste para interpretar las

necesidades del niño.

Los primeros años de la vida son fundamentales para el desarrollo del niño. El seguimiento del desarrollo durante esos años es de máxima importancia, ya que, en esa etapa, el sistema nervioso crece y se desarrolla como en ningún otro momento de la vida y presenta gran plasticidad neuronal. Por este motivo, resulta muy vulnerable a los factores externos nocivos, así como sensible a las intervenciones terapéuticas. Por ello, la intervención temprana repercute en un mejor pronóstico para el niño con dificultades y un beneficio en su calidad de vida y la de su familia. La identificación oportuna de los problemas del desarrollo constituye uno de los desafíos de la práctica pediátrica en la atención primaria.

Es indispensable tener en cuenta la particularidad y singularidad de cada niño, así como considerar el tiempo subjetivo que cada uno tiene para incorporar nuevos logros.

Desde un punto de vista psicomotriz, el desarrollo se caracteriza por ser:

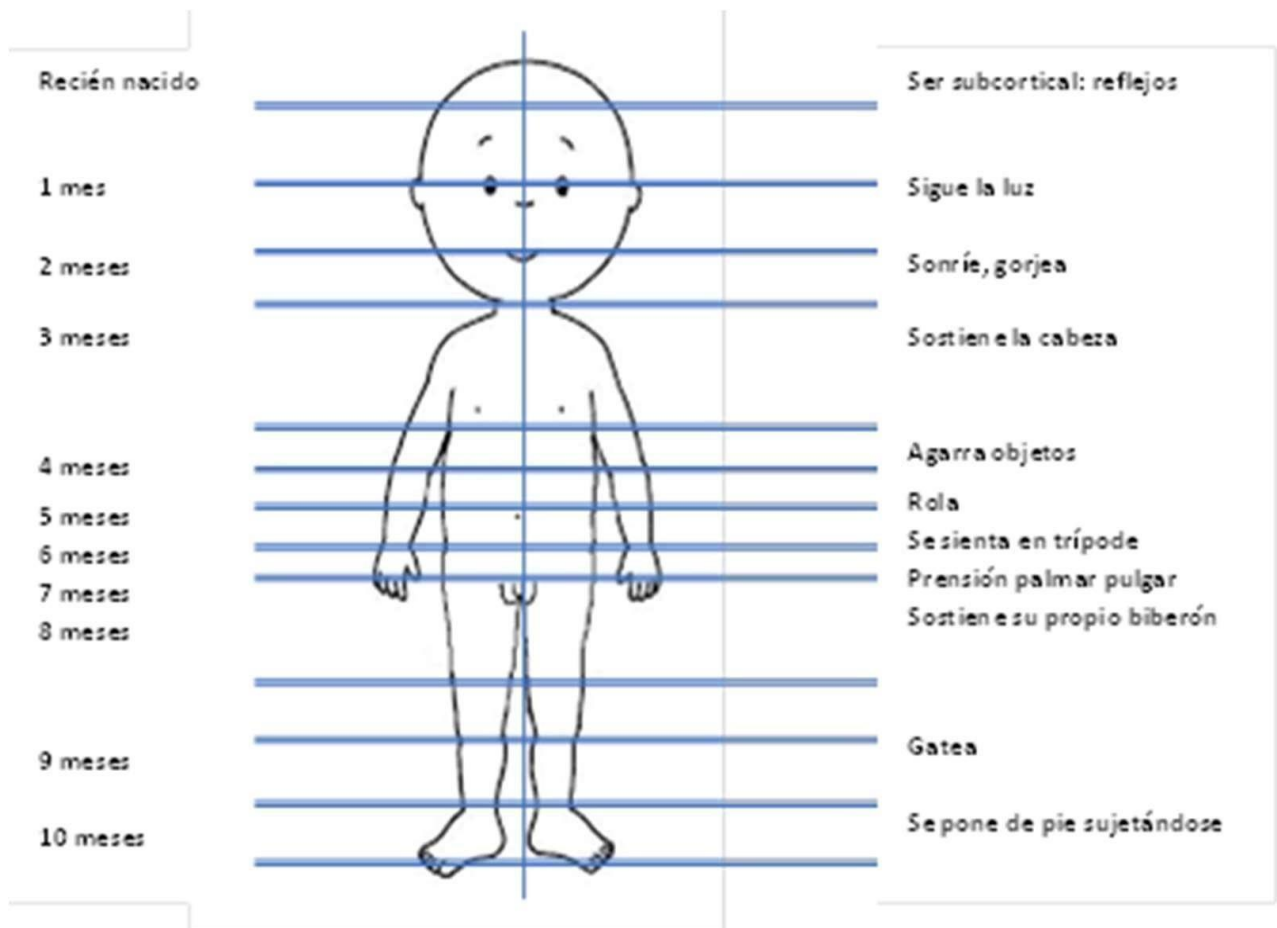
- Un *proceso ordenado, continuo, en sucesión de etapas* en el que los cambios en el que los cambios son previsibles. Cada etapa es un soporte para la estructura de la siguiente.
- Cada etapa se caracteriza por una *organización basada en los niveles anteriores*, pero cualitativamente original respecto de ellas.
- Su dirección es *céfalo-caudal, próximo-distal y de actividades globales a las específicas*.
- *No existe correlación exacta entre la aparición de una etapa y la edad cronológica*. El ritmo e intensidad de las funciones le son propias a cada individuo. De ahí que pueden observarse aceleraciones o retrocesos en sus diferentes aspectos.

La adquisición de las diferentes pautas del desarrollo presenta una secuencia

similar en la mayoría de los niños. Esto se llama “desarrollo típico”. Debemos tener en cuenta que las pautas del desarrollo pueden aparecer en un período variable y existen rangos de edad en los cuales es esperable que se manifiesten.

En general se toma como “normalidad” cuando los distintos logros ocurren dentro de los percentilos en los que se encuentran el 90% de los niños normales.

Para el estudio del desarrollo madurativo se estudian cuatro áreas: motor grueso, motor fino, lenguaje y psicosocial.



Para más conocimiento de las pautas madurativas acorde edad se puede acceder al “Manual breve para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes” de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Para la evaluación del desarrollo psicomotriz de niños pequeños existen

diferentes instrumentos validados. En Argentina el Ministerio de Salud de la Nación propone el IODI-Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil. Es una herramienta que se utiliza para evaluar el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años. Se aplica durante la consulta de control de salud. Evalúa diferentes áreas del desarrollo de un niño, teniendo en cuenta variables emocionales, sociales, motrices, cognitivas, de comunicación, y de coordinación viso-motora. El IODI es útil para:

- Observar las particularidades del desarrollo en sus diferentes etapas
- Seguir el desarrollo infantil
- Detectar situaciones de riesgo y signos de alarma
- Acompañar a la familia en el proceso de desarrollo del niño

TAMIZAJES O SCREENING EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

PESQUISA NEONATAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS, SCREENING METABÓLICO LEY N° 26.279:

Su objetivo es la detección precoz de enfermedades hereditarias del metabolismo.

Se tomará la muestra mediante punción del talón a todo niño recién nacido entre las 48hs y los 5 días de vida.

No obstante haberse establecido como momento ideal de extracción de la muestra el período comprendido entre las



48 hs de vida al 5º día de vida, si por cualquier motivo la muestra no fue oportunamente obtenida, ésta deberá ser tomada de todos modos, aún superado el 5º día de vida, ya que su valor diagnóstico está conservado y el niño, aún con un eventual diagnóstico demorado, se verá beneficiado con la pesquisa neonatal. La pesquisa busca detectar:

- ✓ **HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO**
- ✓ **FENILCETONURIA**
- ✓ **FIBROSIS QUÍSTICA**
- ✓ **HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (DEFICIENCIA DE 21 HIDROXILASA)**
- ✓ **GALACTOSEMIA**
- ✓ **DÉFICIT DE BIOTINIDASA**

PESQUISA DE PROBLEMAS VISUALES LEY N° 26.279:

La evaluación oftalmológica debe ser realizada como parte de los controles de salud desde el período neonatal y además los niños deben ser valorados por el oftalmólogo infantil: dentro del mes de vida, a los 6 y 12 meses y luego un control anual.

DETECCIÓN DE PROBLEMAS AUDITIVOS LEY N° 25.415:

La hipoacusia y la sordera en la infancia interfieren con el desarrollo del habla, la comunicación y las destrezas del lenguaje verbal. Como consecuencia, tienen efectos adversos en el conocimiento, la conducta, el comportamiento socio-emocional, en los resultados académicos y en las oportunidades laborales de la vida adulta.



Evaluación audiológica:

Prueba de las **otoemisiones acústicas-OEA**:

- ✓ Se solicita de rutina al nacer, preferentemente antes del primer mes de vida.
- ✓ Mide la función de las células ciliadas del oído interno.
- ✓ Se usa para evaluar la audición y detectar problemas auditivos.

DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA-LEY N° 26.279:

La Ley 26.279/2007 no establece la detección de la displasia congénita de cadera, sino que regula el diagnóstico y tratamiento de enfermedades congénitas en recién nacidos. Esta ley:

- Determina que todos los recién nacidos en Argentina deben ser sometidos a estudios para detectar y tratar enfermedades congénitas.
- Establece que estos estudios deben realizarse en todos los establecimientos del país, públicos y privados, que atiendan partos
- Establece que los estudios son gratuitos y obligatorios.

La Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) o Displasia Congénita de Cadera es la denominación más adecuada para describir la entidad en que la cabeza femoral tiene una relación anormal con el acetábulo.

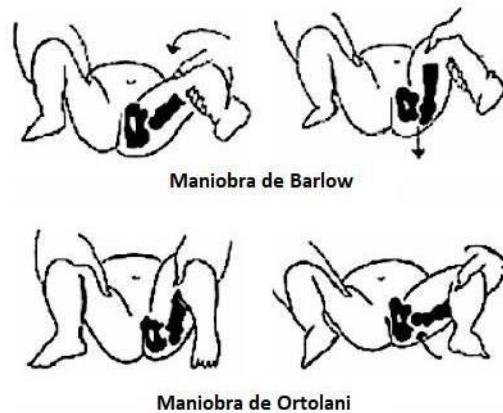
Abarca la dislocación franca (luxación), la parcial (subluxación) y la inestabilidad en la que la cabeza del fémur entra y sale de la cavidad acetabular, y un conjunto de signos radiológicos que reflejan la formación inadecuada del acetábulo.

Para la detección temprana de la DDC en el examen clínico se deberán realizar las siguientes maniobras:

- ✓ **Maniobra de Ortolani:** la cadera se abduce con suavidad y el muslo se eleva con los dedos para reducir delicadamente la cadera. Cuando se efectúa la prueba, el niño debe estar acostado en decúbito dorsal sobre una superficie dura y debe emplearse una mano para estabilizar la pelvis, en consecuencia,

debe evaluarse una cadera por vez.

- ✓ **Prueba de Barlow:** el pulgar se coloca sobre la cara interna del muslo y la cadera se abduce, ejerciendo presión longitudinal sobre el muslo y empujándolo hacia la mesa. El examinador usa una mano para estabilizar la pelvis y evalúa una cadera por vez.



Es conveniente realizar una **ecografía de caderas** entre las 2 y las 6 semanas de vida, en niños con los siguientes factores de riesgo:

- Bajos niveles de líquido amniótico en el útero durante el embarazo
- Ser primogénito
- Ser de sexo femenino
- Posición de nalgas durante el embarazo
- Antecedentes familiares de DDC o de ligamentos muy flexibles

BIBLIOGRAFÍA

- Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas; Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Organización Panamericana de la Salud; año 2009.
- Guía para el Equipo de Salud. Cuidando al bebé. Ministerio de Salud de la Nación. 2009.
- Manual para la supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes. Sociedad Argentina de Pediatría. 2010.
- Obesidad. Guía para su abordaje clínico. SAP.2010
- SAP. PRONAP. Temas seleccionados para el Pregrado de Medicina. Tomo I. Buenos aires, Argentina. 2010.
- Guía para la evaluación del crecimiento físico. Sociedad Argentina de Pediatría. 2013.
- Programa Nacional de fortalecimiento de la detección precoz de enfermedades congénitas. Pesquisa Neonatal Auditiva. Ministerio de Salud de la Nación. 2014.
- Programa Municipal de control del Crecimiento y Desarrollo del niño sano; Municipalidad de la Ciudad de Córdoba.
- Programa provincial de seguimiento integral de salud para niños/as de 0 a 9 años. Acuerdo Intersectorial para la atención integral e integrada de la Salud de los Niños/as en el Primer Nivel de Atención. Gobierno de la provincia de Córdoba. Año 2018
- www.msal.gob.ar
- Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) CUSMinisterio de Salud de la Nación. diciembre 2017
- Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica SAP 2021