

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS
PROGRAMA DE NORMALIZACION DE LA ATENCION DEL NIÑO Y LA NIÑA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Código MP.GM.DDSS. 220216

Versión: 01

SAN JOSÉ, COSTA RICA

2016

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 2

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS
PROGRAMA DE NORMALIZACION DE LA ATENCION DEL NIÑO
Y LA NIÑA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Código MP.GM.DDSS. 220216

Versión: 01

**SAN JOSÉ, COSTA RICA
2016**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 3

Elaborado por

Dra. Nereida Arjona Ortegón. Pediatra. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Alexandra Chaves Ardón. Enfermera. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas. Pediatra. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Adelaida Mata Solano. Educadora y Psicóloga. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dra. Marlene Montoya Ortega. Nutricionista. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Dr. Robert Moya Vásquez. Pediatra. Administrador de Servicios de Salud. Equipo Técnico Salud del Niño y La Niña. Área de Atención Integral a las Personas. CCSS.

Validado por¹

Validación de anexos por criterio de experto

Leslie Argüello Cruz	Oftalmología	Anexo. Valoración Ocular Pediátrica Hospital Nacional de Niños
Eladio Valverde Villalobos	Otorrinolaringología	Anexo. Valoración Auditiva Pediátrica Programa Detección Temprana de la Sordera. Hospital México
Adriana Vega Rodríguez.	Otorrinopediatría	Programa Detección Temprana de la Sordera. Hospital México
Marianela Bogantes García	Audiología	Programa Detección Temprana de la Sordera. Hospital México
Roxana Alvarado González	Audiología	Programa Detección Temprana de la Sordera. Hospital México
Equipo Técnico Subárea de Odontología.	Odontología	Anexo. Valoración Salud Bucodental Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento. Coordinación Nacional de Odontología
Ana Cecilia Chan Chan	Fisiatría	Anexo. Detección, manejo y seguimiento de problemas musculoesqueléticos en niñas y niños Centro Nacional de Rehabilitación

¹ Los profesionales de las diversas disciplinas aportan al diseño del contenido del Manual en sesiones presenciales en las cuales se les hace una inducción del contenido del mismo, luego ellos hacen sus aportes, estos se incluyen en el documento.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 4

Severita Carrillo Barrantes Roger Vargas Gonzalez José Pablo Muñoz Espeleta	Fisiatría Fisiatría Ortopedia	Centro Nacional de Rehabilitación Hospital Nacional de Niños Hospital Nacional de Niños Anexo. Diagnóstico y el manejo de anemia ferropénica en niñas y niños Hospital Nacional de Niños
Juan Manuel Carrillo Henchoz	Hematología- Pediátrica	Hospital Nacional de Niños
Kathia Valverde	Hematología- Pediátrica	Hospital Nacional de Niños
Carlos Jiménez Herrera	Pediatría	Hospital Nacional de Niños
Laura Rosales Rosas	Pediatría	Hospital Nacional de Niños
Julia Fernández Monge	Pediatría	Hospital Max Peralta. Asociación Costarricense de Pediatría
Alexander Barrantes Arroyo	Medicina General	Dirección de Compra de Servicios de Salud
Wilberth Ajú Venegas	Medicina General	Dirección de Compra de Servicios de Salud
Olga Chaves Pérez	Medicina General	Dirección de Compra de Servicios de Salud
		-Anexo. Mediciones del crecimiento del niño y la niña: técnicas y graficas -Anexo. Manejo del sobrepeso y la obesidad en niñas y niños -Tamizaje universal Dislipidemia
Orlando Jaramillo Lines	Endocrinología Pediátrica	Hospital Nacional de Niños
Roberto Bogarin Solano	Endocrinología Pediátrica	Hospital Nacional de Niños
Lydiana Ávila de Benedictis	Neumología Pediátrica	Hospital Nacional de Niños
		-Anexo. Mediciones del crecimiento del niño y la niña: técnicas y graficas -Anexo. Manejo del sobrepeso y la obesidad en niñas y niños -Anexo. Manejo de la baja talla -Anexo. Manejo de la desnutrición en niñas y niños
Grace Murillo Loaiza	Nutricionista	Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento. Coordinación Nacional de Nutrición
Validación del manual completo por criterio de experto		
Profesionales de Medicina		
Marco Mora Bastos	Medicina General	Area de Salud de Aserrí
Julio Almengor Bermúdez	Medicina General	Area de Salud Cariari
Jimmy Ampié Guzmán	Medicina General	Area de Salud de Guácimo

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 5

Dora Araya Mojica	Medicina General	Area de Salud Chomes-Monteverde
Marisol Camacho Martínez	Medicina General	Area de Salud Colorado
Patricia Montero Chacón	Medicina Familiar y Comunitaria	Area de Salud de Cañas (CAIS)
Carlos Bismark Villegas Hernández	Medicina Familiar y Comunitaria	Area de Salud de Liberia
Juan Antonio Murillo Oviedo	Pediatría	Area de Salud Mata Redonda-Hospital
Marcela Méndez Mata	Pediatría	Area de Salud Goicoechea 1
Ana Morales Granados	Pediatría	Area de Salud Santa Bárbara
Fernando Salazar Alvarado	Medicina Familiar	Dirección Regional Brunca
Profesionales en enfermería		
Jessie Piedra Tames	Enfermería	Area de Salud de Oreamuno
Kattia Lobo Murillo	Enfermería	Area de Salud de Chacarita
Karla Marcela Garay Ledezma	Enfermería	Area de Salud Colorado
Mayela Monge Hernández	Supervisora Regional de Enfermería	Región Huetar Norte
Dixie Baldi Esquivel	Enfermería	Area de Salud de Ciudad Quesada
Profesionales de Trabajo Social		
Leticia Andrade Jiménez	Trabajo Social	Area de Salud Chomes-Monteverde
Raquel Artavia Campos	Trabajo Social	Area de Salud Guápiles
Profesionales de Nutrición		
Andrea Gamboa Castillo	Nutrición	Area de Salud Turrialba Jiménez
Marianella Matarrita Galargarza	Nutrición	Area de Salud Santa Bárbara
Jahaira Barrantes Parrales	Nutrición	Area de Salud de Florencia
Profesionales en Psicología		
Maritza Chaves Castro	Psicología	Area de Salud Atenas
Validación del manual por parte de coordinaciones nacionales de disciplina		
Carmen Loaiza Madriz	Coordinadora Nacional Enfermería	Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento.
Grace Murillo Loaiza	Coordinadora Nacional Nutrición	Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento.
Marta Vindas González	Coordinadora Nacional Psicología	Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento.
Mayra Pérez Chaves	Coordinadora Nacional Trabajo Social	Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento.
Rolando Meléndez Bolaños	Coordinador Nacional de Odontología	Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento.
Revisado por:	Dr. Hugo Chacón Ramírez. Jefe Área de Atención Integral a las Personas.	
Aprobado por:	Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Director. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 6

Fecha de emisión:	2016
Próxima revisión:	2021

Observaciones

La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.

No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 7

TABLA DE CONTENIDO

Presentación.....	9
Introducción.....	11
1. Abreviaturas.....	12
2. Referencias normativas.....	13
3. Alcance y campo de aplicación	14
4. Justificación.....	14
5. Objetivos del manual.....	16
6. Metodología.....	17
Desarrollo del tema.....	18
1. Marco conceptual.....	19
Oferta de atención.....	25
1. Oferta básica de servicios de salud en el I nivel de atención para niñas y niños...26	
2. Población que utilizará el manual.....	28
3. Población meta.....	28
4. Matriz Operativa de Atención.....	28
5. Contacto para consultas.....	42
Anexos.....	43
Anexo 1. Aval Gerencia Médica al Manual.....	46
Anexo 2. Examen Neurológico y Criterios para la definición de riesgo en niñas y niños.....	47

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 8

Anexo 3. Introducción de alimentos a partir del sexto mes de edad.....	72
Anexo 4. Valoración Ocular Pediátrica.....	77
Anexo 5. Valoración Auditiva Pediátrica.....	85
Anexo 6. Valoración Salud Bucodental.....	88
Anexo 7. Valores de los signos vitales de niños y niñas.....	97
Anexo 8. Detección, manejo y seguimiento de problemas musculoesqueléticos en niñas y niños.....	99
Anexo 9. Diagnóstico y el manejo de anemia ferropénica en niñas y niños.....	107
Anexo 10. Entrega preventiva de suero oral en caso de diarrea.....	115
Anexo11. Parasitosis intestinal.....	118
Anexo 12. Mediciones del crecimiento del niño y la niña: técnicas y graficas.....	123
Anexo 13. Evaluación del desarrollo.....	141
Anexo 14. Aplicación de la Prueba Tanner a niñas, niños y personas adolescentes.....	159
Anexo 15. Formularios de referencia y contrarreferencia.....	161
Anexo 16. Manejo de la desnutrición en niñas y niños.....	168
Anexo 17. Manejo del sobrepeso y la obesidad en niñas y niños.....	197
Anexo 18. Manejo de la baja talla.....	217
Anexo 19. Manejo del Perímetro Cefálico alterado.....	218
Referencias.....	224

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 9

PRESENTACIÓN

La Atención Primaria de Salud, según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad hasta el tercer nivel de atención. En el caso del primer nivel, además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud, supone una de las puertas de acceso más importantes al sistema de salud, en la cual se concreta en la mayoría de las ocasiones el primer contacto con la población.

Las características básicas de la atención primaria son la accesibilidad, coordinación, la integralidad y la longitudinalidad.

- La **accesibilidad** es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- La **coordinación** es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios, incluyendo los de otros sectores de atención como educación y protección social.
- La **integralidad** es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en un primer nivel organizado y capacitado, se pueden resolver alrededor del 90% de las situaciones de salud de la población).
- La **longitudinalidad** es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales en salud, medicina y enfermería. Lo cual supone la articulación con otros niveles de atención para gestionar los casos, según complejidad.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 10

Todas estas características deben ser tomadas en cuenta para lograr una atención integral sobre todo si tratamos a la población pediátrica. Asimismo la Atención Primaria Renovada en Salud (APRS) plantea que “el propósito de la renovación es “revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles de salud para toda la población”².

En el ámbito de atención primaria los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) son responsables del cuidado de la salud de una población bien definida. Su posición es óptima para desarrollar actividades preventivas y de promoción de la salud, teniendo en cuenta que contactan con cada persona desde los primeros momentos en que comienzan a incidir los factores determinantes de la salud, cuando las intervenciones preventivas pueden ser más útiles.

El propósito de este manual institucional³, es contribuir a la promoción de la salud desde la niñez, la prevención de la enfermedad y la organización del proceso de atención, lo cual favorece el logro de condiciones que permitan el desarrollo de niñas y niños en sus diversas potencialidades. El manual está enfocado en la atención integral de la salud, considerando que las posibilidades de contribuir a la adquisición de hábitos saludables son mayores durante las primeras etapas de la vida y que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, basadas en la evidencia, pueden evitar problemas de salud o secuelas para el resto de la vida.

Dr. Hugo Chacón Ramírez

Jefe

AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

² (OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS). Washington, DC; 2007. En: La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2). Washington D.C: OPS, c 2008.

³ El aval otorgado por la Gerencia Médica se encuentra en el Anexo 1.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 11

INTRODUCCION

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 12

1. ABREVIATURAS

En este apartado se incluyen para su comprensión las abreviaturas que se indican en el documento. Las abreviaturas se describen en orden alfabético.

- APRS. Atención Primaria Renovada en Salud.
- ATAP. Asistente Técnico de Atención Primaria.
- CCSS. Caja Costarricense de Seguro Social.
- CEN. Centro de Educación y Nutrición.
- CEINNA. Comité de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos.
- CINAI. Centro Infantil de Nutrición y Atención Integral.
- CREC. Centro de Registro de Enfermedades Congénitas
- EBAIS. Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
- HNN. Hospital Nacional de Niños.
- MEP. Ministerio de Educación Pública.
- VIH. Virus de la inmunodeficiencia humana
- OMS. Organización Mundial de la Salud.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud.
- PANI. Patronato Nacional de la Infancia.
- RISA. Redes Integradas Intersectoriales de Servicios de Atención (CCSS-MEP-CEN/CINAI).
- RISS. Redes Integradas de Servicios de Salud.
- SAIID. Sistema de Atención Integral Intersectorial del Desarrollo del Niños y Niñas en Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 13

2. REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado se hace mención al fundamento normativo que respalda el desarrollo de los procedimientos.

N°	NOMBRE	FECHA
NORMATIVA INTERNACIONAL		
NA ⁴	Objetivos del Milenio	2000-2015
LEYES, DECRETOS Y PLANES NACIONALES		
Ley No. 9220	Ley de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil	2014
Ley No. 8101	Paternidad Responsable	2001
Ley No. 7739	Código de la Niñez y la Adolescencia	1998
Ley No. 7735	General de protección a la madre adolescente	1998
Ley No. 7600	Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	1996
Ley No. 7430	Fomento a la Lactancia Materna	1995
NA	Política Pública de Lactancia Materna. Costa Rica	2009
NA	Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia	2009-2021
NA	Plan de Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia	2009-2021
NA	Plan Estratégico Maternidad e infancia saludable y segura	2006-2015
NORMATIVA TECNICA INSTITUCIONAL		
NA	Manual Técnico y de Gestión. Programa Visita Domiciliar. I Nivel de Atención.	2014
DDSS-0904-2013	Lineamiento Técnico tratamiento y profilaxis anemia en niños	2013
NA	Iniciativa Hospital amigo del niño, la niña y la madre: Instrumento de autoevaluación hospitalaria. Cumplimiento 10 pasos Lactancia Materna Exitosa.	2013
NA	Sistema de Atención Integral e Intersectorial al Desarrollo del niño y de la niña (SAIID): Articulación CCSS-MEP-CEN/CINAI	2012
NA	Manual implementación de Clínicas de Lactancia y Desarrollo. Escenario hospitalario	2012
NA	Guía Atención Integral a Niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso	2012
NA	Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña. Contiene el seguimiento integral del niño y la niña desde el embarazo	2010
NA	Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto	2009

⁴ NA=no aplica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 14

3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este manual será utilizado por el personal de Salud que brinda servicios de atención en el Primer Nivel de Atención. Es un insumo importante de conocer además por los profesionales de todas las disciplinas que laboran en la institución en aras de que se estandarice el manejo de los pacientes y el proceso de comunicación entre los servicios que atienden niñas y niños.

4. JUSTIFICACIÓN

Se ha demostrado que un buen estado de la salud durante la niñez, impacta no sólo a los niños y niñas, sino todo el ciclo de vida posterior, pero, para que esto ocurra, es necesario que la primera línea de contacto responsable de la atención del núcleo familiar, realice una atención en salud integral, otorgando prioridad a las acciones de protección y fomento. En el área de atención pediátrica de primer nivel atención, esto es sinónimo de “supervisión del crecimiento y desarrollo, prevención, detección, observación e intervención oportuna de sus desviaciones”.

Costa Rica como país centroamericano, caracterizado históricamente por un interés acentuado hacia la niñez y su bienestar, hace un alto en el camino para analizar el quehacer de las instituciones en materia de atención al desarrollo integral, entendido éste como el conjunto de cambios evolutivos de componentes biológicos (células, tejidos) y no biológicos (psicológico, social, moral, espiritual) que conforman una persona desde su concepción hasta su muerte y le permiten su interacción con su entorno, cuyos componentes principales son el crecimiento físico, el desarrollo espiritual, moral, psicosocial, psicosexual y del pensamiento.

Como parte de este proceso, aparecen entre otras las siguientes preguntas: ¿Cómo valorar el desarrollo desde su acepción integral más amplia? ¿Cuáles condiciones institucionales se requieren para garantizar su atención? ¿Se requiere una propuesta nacional para la atención del desarrollo de la niñez?

Las respuestas a estas preguntas se construyen de acuerdo a la evidencia científica, la cual afirma que un tamizaje temprano de desarrollo con estrategias nacionales y sistemáticas tiene un gran impacto en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. Se ha encontrado que si en un país se deja solamente el trabajo clínico como fuente de

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 15

detección, se detecta menos del 30% de niños con algún trastorno del desarrollo, mientras que utilizando una adecuada estrategia de tamizaje, la detección puede llegar al 70-90% (Sand, Silverstein, Glascoe, Gupta, Vidya, Tonniges y O'Connor, Julio, 2005).

En la atención al desarrollo de la niñez en Costa Rica, el primer aspecto a considerar son los factores hereditarios y genéticos. Su indicador más importante es la tasa de mortalidad infantil de 8.01 por mil nacidos vivos⁵ para el año 2014. Dato que comprueba que la sobrevivencia con o sin secuelas durante el primer año de vida es alta, por tal razón, se requiere de un sistema de atención al desarrollo que favorezca desde la vida uterina, las intervenciones con calidad en las áreas de promoción, detección temprana y abordaje intersectorial de la niñez. Esta forma de abordaje del desarrollo de los niños y las niñas reduce situaciones de riesgo e impacto negativo en sus vidas. Por ejemplo, la discapacidad como secuela de complicaciones en el periodo perinatal y los trastornos congénitos que ameritan detección temprana y abordajes intersectoriales e interdisciplinarios.

Se estima que únicamente alrededor de un 17% de los niños y niñas presentan un trastorno de desarrollo⁶ que requiere referencia a un nivel especializado de atención, lo cual significa que la mayoría estos niños pueden ser atendidos en un primer nivel.

Otro de los aspectos importantes y de alto impacto en el desarrollo de los niños y las niñas, se refiere a los factores ambientales, siendo el más importante la condición socioeconómica. Actualmente nuestro país presenta un panorama de pobreza que amenaza el desarrollo, debemos suponer que este es un factor de riesgo sobre el cual se debe intervenir pues su acción es rápida y usualmente deja secuelas que no se recuperan, principalmente cuando estas se presentan durante el embarazo o antes de los dos años de edad. Según el Estado de la Nación (2014) el 20% de las familias costarricenses se encuentran bajo la línea de pobreza, con las respectivas implicaciones para el desarrollo de la niñez.

Por lo tanto, para enfrentar como país el reto de la atención al desarrollo y salud de niños y niñas nuestra institución, según evidencia disponible, plantea un enfoque de integralidad e intersectorialidad que busca garantizar el nivel mayor de desarrollo y salud posible, el acceso con equidad y el seguimiento en el ciclo de vida.

⁵ INEC (marzo, 2015). Datos preliminares 2014. Mortalidad Infantil y evolución reciente. (Vol. 2). San José, Costa Rica: INEC.

⁶ <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/spdd.htm>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 16

En este sentido en los diferentes sectores involucrados con la niñez, como lo son educación, salud y protección social, se espera establecer una relación dinámica y estrecha de articulación en red para lograr un beneficio mayor en todo el ciclo de vida del ser humano, lo cual se basa en los compromisos que nuestro país ha contraído en el cumplimiento de derechos tanto en la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) en la que se ratifica una educación orientada a desarrollar la personalidad y las capacidades del niño, para prepararlo para una vida adulta, y el Código de Niñez y Adolescencia (1998) que constituye el marco jurídico básico para la protección integral de los derechos de las personas menores de edad.

5. OBJETIVOS DEL MANUAL

Considerando lo anterior, con la implementación de este se busca favorecer la atención integrada, integral y continuada de niñas y niños en las Áreas de Salud. El manual es igualmente útil para orientar al personal de salud en relación con la prestación de servicios basada en evidencia científica, así como, con el sistema de referencias y contrarreferencias, con el fin de desconcentrar y descentralizar la atención al usuario.

En suma, este manual por tratarse del Primer Nivel de Atención, plantea un orden lógico al proceso de atención que va desde el trabajo en red, la promoción de la salud que es fundamental, hasta la prevención y atención a problemas de salud y factores de riesgo.

Objetivo General

Fortalecer la atención integral de niños y niñas desde su concepción hasta los 12 años de edad cumplidos⁷, mediante un abordaje integral, integrado, continuo y articulado en red intersectorial, mediante acciones de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo y enfermedades desde el primer nivel de atención con oportunidad, calidad y calidez.

⁷ Artículo 2 Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 7739.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 17

Objetivos Específicos

1. Propiciar el abordaje de la salud integral de niños y niñas a través del trabajo articulado en red interinstitucional
2. Empoderar a las personas a cargo del cuidado, crianza y educación de los niños y las niñas, para la construcción de entornos saludables a nivel familiar, institucional y comunal que incentive el desarrollo integral.
3. Desarrollar actividades de promoción de la salud dirigidas a la niñez y sus grupos socioculturales de pertenencia, que les permitan aprender conocimientos y aplicar prácticas saludables integrales.
4. Optimizar la captación y seguimiento de la población infantil para potenciar los factores protectores, mediante la promoción en salud integral oportuna.
5. Favorecer la aplicación de estrategias, protocolos, guías, lineamientos y modalidades de atención en salud integral para prevenir factores de riesgo, manteniendo y mejorando de las condiciones de vida individual, familiar y comunal en pro del bienestar integral.
6. Prevenir problemas de salud mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno de alteraciones en el crecimiento y desarrollo.

6. METODOLOGÍA

La información que se presenta se sustenta en revisiones de evidencia disponible en diferentes bases de datos y en la revisión de documentos bibliográficos que por su relevancia o interés científico se consideran fuentes primarias en un campo disciplinar, planteadas por expertos reconocidos en la materia. El análisis de la información fue responsabilidad del equipo interdisciplinario que elaboró este manual.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 18

DESARROLLO DEL TEMA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 19

1. MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se incluyen aportes teóricos y del enfoque de atención integral, en red, interdisciplinario desde el cual se asume la atención de niñas y niños en nuestra institución. Así mismo, se describen conceptos clave que todos debemos homogenizar en su significado.

- 1. NIÑEZ.** Se considera niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos (Artículo 2. Código de la Niñez y la Adolescencia, 1998).
- 2. ENFOQUE DE DERECHOS APLICADO EN SALUD.** Son todas aquellas consideraciones que se basan tanto en la Convención de los Derechos del Niño como en el Código de la Niñez y la Adolescencia y que deben cumplirse en los diversos niveles de atención.
- 3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.** La Atención Primaria en Salud, según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

- 4. ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA.** La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APSR requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 20

La coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios. El primer contacto tendría un papel meramente administrativo. Por tanto definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales (OPS-OMS, 2008, p. 15)⁸.

Respecto a la niñez, la *atención integral* refiere a la capacidad de un sistema de aplicar su gestión a la totalidad del niño o niña, es decir tomar en cuenta todos los elementos constituyentes, los cuales son entre otros los propios-esferas física, mental, social, emocional, espiritual- o contextuales –los escenarios donde se desenvuelve como son la familia, la comunidad, las instituciones. Así definida, es evidente que la *atención integral*, no es una tarea que pueda asumir una sola organización, sector o contexto, sino que supone la participación de todos desde la definición de objetivos e intervenciones específicas, pero, generadas desde una perspectiva integral de la gestión institucional. Requiere de una comprensión sistémica y compleja del quehacer institucional a favor del bienestar poblacional, en este caso de las niñas y los niños (Ver Figura 1).

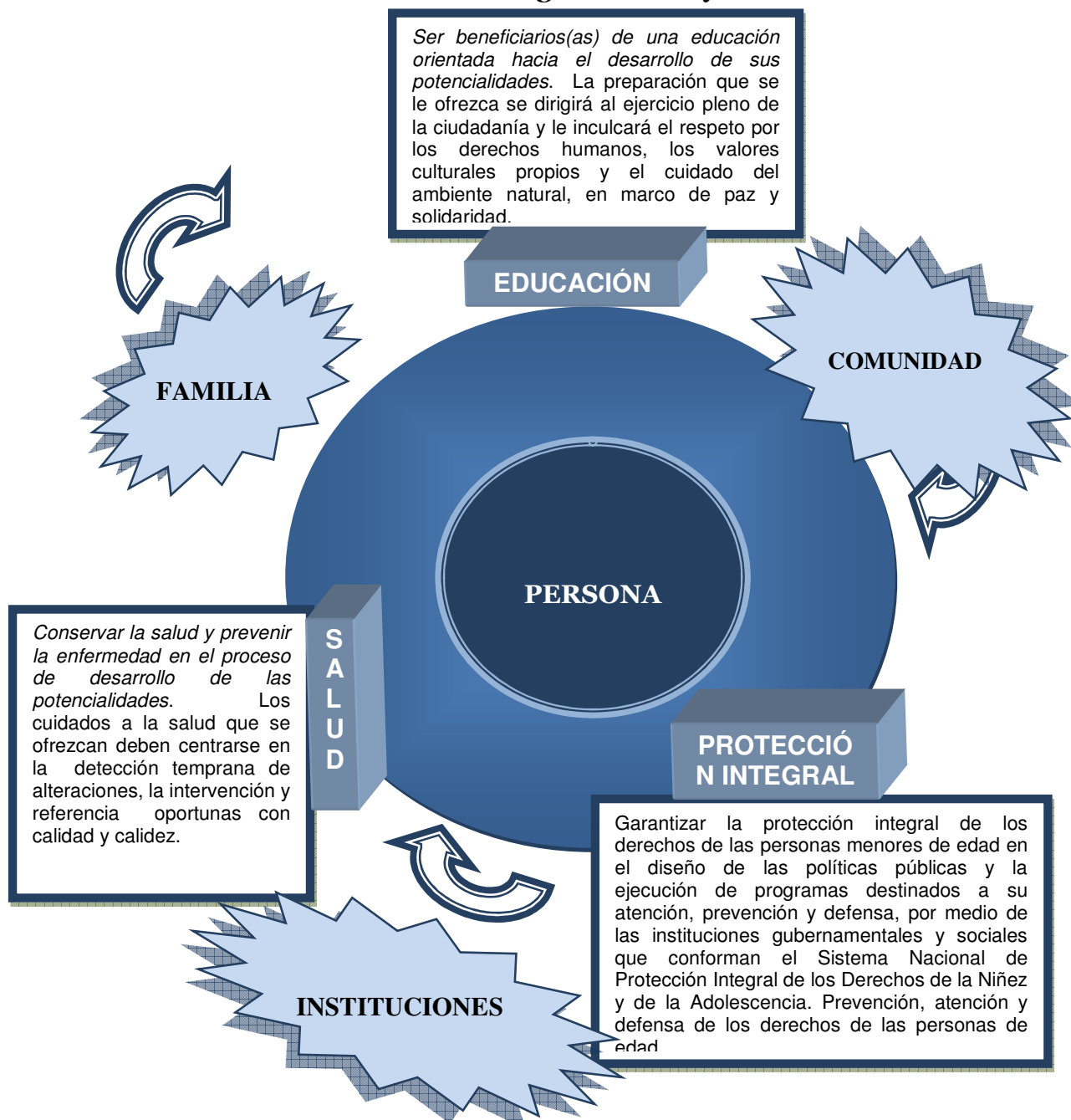
En síntesis, la atención integral se refiere a la provisión continua y con calidad de estrategias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud. Estas prácticas buscan garantizar la integralidad de la atención, como respuesta a las necesidades de las personas, las familias, las comunidades y el entorno.

- 5. TRABAJO EN RED.** La iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Atención (RISA) que lanza Costa Rica en el marco de la atención integral de la niñez, se inspira en el movimiento iniciado por la OMS/OPS de las redes integradas de servicios de salud. La cual, llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas y servicios de salud para todos y todas.

⁸ OPS-OMS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No1. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el Desarrollo de los equipos de APS. 2008, p. 15

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 21

Figura 1
Fines de la Atención Integral a Niñas y Niños



Fuente. Atención integral del desarrollo de niñas y niños en Costa Rica: fortalecimiento intersectorial (2012). Caja Costarricense de Seguro Social. Ministerio de Educación Pública. Ministerio de Salud. Universidad Estatal a Distancia. Universidad de Costa Rica. Universidad Nacional. p. 38.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 22

En este sentido, nuestro país por su historia y la fortaleza de su institucionalidad considera que en el ámbito de atención al niño y la niña, el funcionamiento en red debe trascender al sector salud para incorporar al de educación y protección social. Con ello, garantiza que las instituciones nacionales que atienden de manera directa a la niñez se anuden en un accionar sistemático, articulado y basado en evidencia.

En el contexto de APRS las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, Sistemas Clínicamente Integrados u Organizaciones Sanitarias Integradas, se definen como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS-OMS, 2010, p. 31)⁹. Además, “dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS; de hecho existen múltiples modelos posibles” (OPS-OMS, 2010, p. 35).

Las RISS que se organizan sobre la base de áreas geográficas definidas tienen una ventaja comparativa mayor con relación a los sistemas que no se organizan sobre una base territorial, particularmente en lo que se refiere a la posibilidad de implementar acciones de salud pública, promover acción intersectorial e intervenir en los determinantes sociales de la salud (OPS-OMS, 2010, p. 37). Por ello, la articulación de las RISA¹⁰ se hace a nivel regional y local.

Desde esta visión, la atención a la niñez en la CCSS supone que los servicios del primer nivel de atención deben articularse en red tanto a lo interno como a lo externo con aquellos sectores o instituciones que también realizan acciones relacionadas con la promoción y detección de condiciones relacionadas con la salud de los niños y niñas, tal es el caso de educación y servicios de protección social en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de éstas, con los propósitos de: promover, mantener y/o recuperar el desarrollo integral de las personas de 0 a 12 años de edad (Ver Figura 2).

6. ALTA PROGRAMADA¹¹. El Alta Programada se define como un proceso de gestión clínica que parte del principio de que las intervenciones diagnóstico-terapéuticas y las acciones de promoción, prevención y rehabilitación, tienen que

⁹ OPS-OMS Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No 4 Redes integradas de Servicios de Salud: conceptos, Opciones de Política y Hoja de ruta para su implementación en las Américas, 2010, p. 31.

¹⁰ Redes Integradas de Servicios de Atención a las Niñas y los Niños.

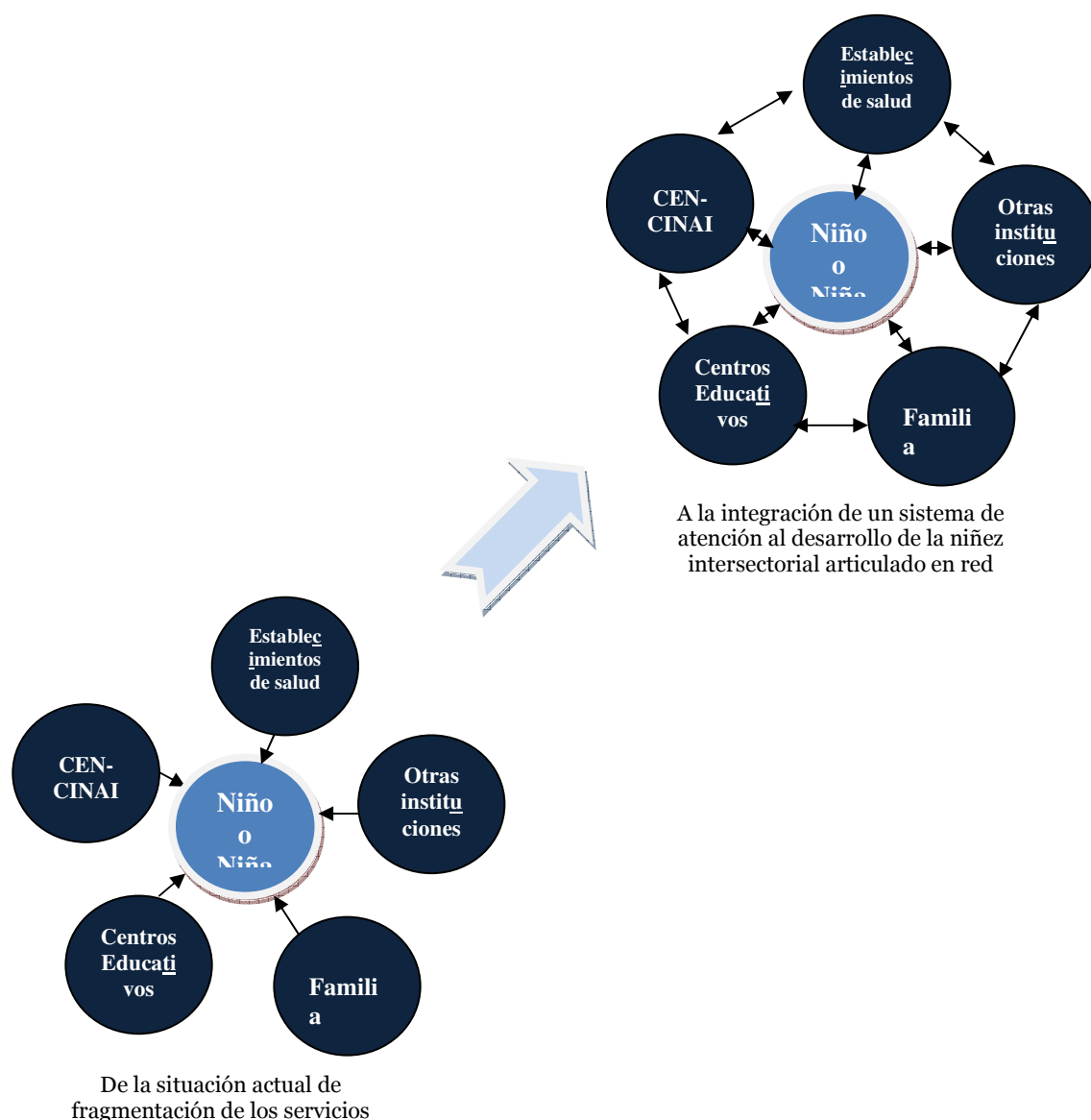
¹¹ Arreola, L., Bolaños, S. y Mata, A. (2013). Atención integral del usuario(a). Alta Programada y Servicios de Apoyo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 23

tener evidencia científica que evalúen los distintos manejos y las consecuencias de los mismos. Asimismo, debe ser entendida como la gestión por procesos que permite de manera sistémica obtener los mejores resultados de calidad, satisfacción y seguridad de la persona desde su ingreso hasta su egreso del centro hospitalario. Cuando se implementa el alta programada, el egreso hospitalario solamente ocurre cuando se garantiza la continuidad en la atención del usuario(a) en la red de servicios de salud interniveles, en los servicios de apoyo o en el domicilio según sea la condición y perfil del paciente. De manera que en el primer nivel de atención, corresponde dar seguimiento a los Planes de Intervención con los cuales egresan niños y niñas.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 24

Figura 2
Reto en la gestión y funcionamiento de los servicios de atención a niñas y niños en Costa Rica



Fuente. Atención integral del desarrollo de niñas y niños en Costa Rica: fortalecimiento intersectorial (2012). Caja Costarricense de Seguro Social. Ministerio de Educación Pública. Ministerio de Salud. Universidad Estatal a Distancia. Universidad de Costa Rica. Universidad Nacional. p. 52.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 25

OFERTA DE ATENCIÓN

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 26

En este apartado se describe la oferta básica de servicios que se brindan a niñas y niños en nuestra institución. Se incluyen además, algunas condiciones de gestión que deben considerarse en las Áreas de Salud.

1. OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN PARA NIÑAS Y NIÑOS

Es importante destacar que dada la naturaleza del sistema organizado en niveles, se cuenta con un sistema de derivación interniveles que funciona a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia. En el caso particular del primer nivel de atención su gestión se enriquece con el proceso de gestión clínica del Alta Programada que realizan los hospitales, mismo que incentiva la comunicación entre equipos y facilita el seguimiento de pacientes con situaciones de salud de mediana y alta complejidad. Esta estrategia nueva en nuestra institución, se implementa progresivamente en cada red de servicios dependiendo de su perfil epidemiológico, recursos disponibles y modalidades de atención que se van generando.

Ahora bien, respecto a la atención de niños y niñas en particular, al igual que para el resto de la población, el Primer Nivel de Atención tiene como estructura básica al Área de Salud¹² como sede en la cual se cuenta con mayores recursos como son los servicios de apoyo técnico¹³ y el equipo técnico¹⁴. Como parte de estas, se encuentran las sedes de

¹² Área de Salud: “Organización definida para la prestación de los servicios integrales de salud, que otorga servicios a la población ubicada en un espacio territorial asignado previamente. Es la unidad geográfica y administrativa básica del Sistema Nacional de Salud, conforma la unidad administrativa básica de los sistemas de gestión y de financiamiento institucional y es la sede de la dirección local de salud. Para su funcionamiento cuenta con:

- Equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), asignados a los diferentes sectores de salud adscritos al área, con el fin de prestar el servicio a poblaciones específicas.
- Servicios de apoyo técnico que otorgan soporte a los EBAIS.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento que brindan apoyo a los EBAIS.
- Equipo administrativo que brinda apoyo al proceso sustantivo del área de salud.
- El equipo administrativo y el personal de los servicios de diagnóstico y tratamiento se ubican en la sede del área para otorgar servicios a los sectores de salud (EBAIS), por razones de racionalización de los recursos y de concentración poblacional” (CCSS, Dirección de Desarrollo Organizacional, 2002, p. 8).

¹³ “Se ubican en la sede del área, se refieren a los servicios de esta naturaleza que se otorgan a la población adscrita al área de salud, dependiendo de su nivel de accesibilidad, complejidad y población adscrita” (CCSS, Dirección Desarrollo Organizacional, 2002, p. 10).

¹⁴ Equipo de Apoyo Técnico: “Equipo integrado por personal de los diferentes servicios de apoyo ubicados en la sede del área, con el propósito de apoyar a los sectores adscritos para atender las necesidades y los problemas de salud específicos, según sus características particulares (CCSS, Dirección de Desarrollo Organizacional, 2002, p. 11).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 27

EBAIS¹⁵. De acuerdo con esto, en general podemos visualizar en forma macro las funciones de atención a niños y niñas.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN			
Servicio de atención directa	Función principal	Población meta	Personal que brinda el servicio
SEDE DEL EBAIS	<p>Servicio de atención básica en salud en la comunidad (promoción, prevención y curación, cuidados paliativos), lo que incluye tanto los niños y niñas que son llevados por sus encargados como aquellos que son referidos del MEP, PANI, CENCINAI y otros centros de la Red de Cuido.</p> <p>Seguimiento de planes e intervenciones de pacientes derivados por otros niveles de atención mediante procesos de referencia, contrarreferencia, interconsultas o alta programada.</p>	Niños y niñas de región asignada	<p>Médico General Auxiliar de enfermería Técnico de Registros Médicos Técnico de Farmacia ATAP</p>
SEDE DEL AREA DE SALUD	<p>Atender los niños y niñas referidos del EBAIS de acuerdo a sus recursos de especialistas, laboratorio, farmacia, radiología, trabajo social, psicología, nutrición, entre otros.</p> <p>Seguimiento de planes e intervenciones de pacientes derivados por otros niveles de atención mediante procesos de referencia, contrarreferencia, interconsultas o alta programada.</p>	Niños y niñas referidos de los EBAIS o atendidos según riesgo	<p>EQUIPO DE APOYO: Odontología, Trabajo Social, Psicología, Microbiología, Nutrición, Medicina (General, Familiar y Comunitaria), Enfermería (Obstétrica, Salud Mental, General), Farmacia, entre otros</p>

En la propuesta del Proyecto de Reforma del Sector Salud se definió una oferta básica de servicios, la cual se considera para la programación local en cada sector de salud por los Equipos Básicos y por los Equipos de Apoyo. Dicha oferta se organiza en los cinco

¹⁵ Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS): “Equipo integrado por un médico, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria (ATAP) y, cuando corresponda, un técnico en REDES11, un técnico en farmacia, entre otros, asignados a los diferentes sectores del área de salud para brindar servicios básicos de promoción, prevención, recuperación y de rehabilitación a la población adscrita. La coordinación funcional es responsabilidad del médico y la autoridad jerárquica se mantiene en la especialidad respectiva (enfermería, farmacia, trabajo social, registros de salud, entre otros)” (CCSS, Dirección de Desarrollo Organizacional, 2002, p. 9).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 28

subprogramas de atención a las personas y un conjunto de actividades comunes para todos los grupos, que en el caso de los niños y niñas son:

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Atención de la enfermedad
- Programa ampliado de inmunizaciones
- Salud en el escenario educativo
- Rehabilitación
- Captación y seguimiento de grupos de riesgo
- Captación temprana del recién nacido
- Salud oral integral
- Atención Integral de situaciones de abuso
- Articulación local de redes de servicios de atención (RISA) con representantes de diferentes instituciones para garantizar atención integral al desarrollo
- Articulación con el Programa de Transición de la persona menor de edad con enfermedades crónicas.

2. POBLACIÓN QUE UTILIZARÁ EL MANUAL

- Personal del Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS).
- Personal de las Sedes de Áreas de Salud (Odontología, Trabajo Social, Psicología, Microbiología, Nutrición, Medicina (General Familiar y Comunitaria), Enfermería (Obstétrica, Salud Mental, General), Farmacia, entre otros).

3. POBLACION META

- Todos los niños y niñas de 0 a 12 años cumplidos.¹⁶

4. MATRIZ OPERATIVA DE ATENCIÓN

Con base en los aspectos citados y considerando este documento como una actualización de la Norma de Atención Integral de Salud Primer Nivel de Atención: Atención del niño y de la niña, publicada en el año 2000, en este apartado se describen las actividades por realizar como oferta básica de atención a los niños y las niñas en los servicios de salud de I Nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social. Las mismas son complementarias

¹⁶ Definición de niño y niña alineada con Artículo 2 Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley 7739.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 29

con lo dispuesto en el trabajo de articulación intersectorial descrito en el documento del SAIID 2012. Las actividades se organizan en 5 componentes, cada uno de los cuales se divide en subcomponentes de atención, a saber:

• Promoción de la Salud

En relación a la promoción de la salud como componente fundamental de la prestación de servicios, para efectos de este manual debe enfatizarse que su alcance corresponde a los principios documentados desde su definición en la declaración de ALMA ATA. En el ámbito institucional este componente supone el desarrollo de ejes y subejes definidos según prioridades tanto de los contextos nacional como local. Nuestra posición es enfática en que la promoción de la salud debe constituirse en una verdadera estrategia de desarrollo de prácticas saludables.

- Subcomponente. Promoción estilos de vida saludable, que incluye:
 - Educación en salud, en temas con impacto en: relaciones familiares saludables, desarrollo del niño en el útero, derechos en salud del niño o niña, lactancia materna, sueño seguro en el primer año de edad, uso del carné de desarrollo integral, cuidados del niño o niña, habilidades del desarrollo según edad, ambientes libres de contaminantes, actividad física, alimentación saludable, hábitos de higiene personal según edad y nivel de desarrollo, relaciones interpersonales saludables, jugar en la niñez, escucha atenta y respetuosa de la opinión de niñas(os) acerca de su estado de salud y de la atención brindada, de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo.
 - Educación en salud con impacto colectivo, en temas como: ambientes (agua, aire, suelo) libres de contaminantes, detección de casos de maltrato hacia personas menores de edad, entre otros.
- Subcomponente. Procesos de participación social de la comunidad, que incluye:
 - Identificación de grupos existentes.
 - Conformación de grupos de apoyo según necesidades.
 - Capacitación a grupos existentes y conformados según necesidades y prioridades.
 - Seguimiento continuo a los grupos anteriores.
- Subcomponente. Procesos de comunicación social, que incluye la identificación y utilización de recursos locales (periódicos, radioemisoras, entre otros) para la producción, validación y divulgación de materiales y mensajes impresos y audiovisuales diseñados de acuerdo a la situación de salud detectada, recursos disponibles y prioridades establecidas.

• Prevención de la enfermedad y de las alteraciones del desarrollo

- Subcomponente. Captación Temprana (con apoyo intersectorial) , que incluye:
 - Atención al recién nacido(a) del sector (anamnesis pediátrica, examen físico pediátrico y examen neurológico; llenado de Carné de Desarrollo Integral según

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 30

edad; revisión de la técnica de amamantamiento; aplicar tamizaje neonatal (Prueba del Talón).

- Identificación de niñas y niños en riesgo: criterios de riesgo biológicos, psicosociales, ambientales o de acceso a servicios.
- Subcomponente. Detección Temprana (con apoyo intersectorial) , que incluye:
 - Atención a niños y niñas del sector de 1 mes de nacido(a) a 12 años de edad (anamnesis, examen físico y examen neurológico; llenado de Carné de Desarrollo Integral según edad, reporte de malformaciones congénitas en boleta oficial del CREC).
 - Aplicación de la valoración ocular según edad.
 - Aplicación e interpretación de tamizaje auditivo subjetivo (usando la cartilla) y objetivo
 - Tamizaje de salud bucodental.
 - Toma e interpretación de la presión arterial según edad, talla y sexo.
 - Detección de problemas musculoesqueleticos en el niño o niña.
 - Prevención de anemia y otras enfermedades mediante solicitud y análisis de hemograma completo.
 - Examen de heces (detección de parasitosis intestinal)
 - Tamizaje universal de dislipidemia universal.
 - Atención a niños y niñas de madres portadoras de VIH-SIDA o en situación de riesgo para contraerlo.
 - Prevención de trastornos en salud sexual y reproductiva.
- Subcomponente. Inmunizaciones, que incluye:
 - Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad.
- Subcomponente. Administración de medicamentos, que incluye:
 - Entrega de suero oral a las familias como prevención de la deshidratación.
 - Administración de antiparasitario.
 - Administración de hierro según esquema por condición del niño o niña.
- Subcomponente. Atención al Desarrollo (con apoyo intersectorial) , que incluye:
 - Consulta de crecimiento y desarrollo según edad.
 - Referencia a otro nivel de atención o servicio extrainstitucional (educativo, terapéutico u otro) en caso necesario.

• Curación y Recuperación

- Atención a la Morbilidad, que incluye:
 - Atención integral de las patologías en niñas y niños. Con énfasis en enfermedades consideradas prevalentes: diarreas, enfermedades respiratorias, otitis, enfermedades prevenibles por vacuna, enfermedades bacterianas graves (meningitis, septicemia, entre otras), malaria, dengue, desnutrición, sobrepeso, obesidad y anemia, trastornos conductuales y emocionales, trastornos del comer, del sueño o de la identidad de género, fobias, entre otros.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 31

- Atención integral a niños, niñas y adolescentes agredidos según Guía de Atención respectiva.
- Referencia a otro nivel de atención según normalización técnica establecida.
- Seguimiento a pacientes referidos por el Programa de Transición a persona menor de edad con enfermedades crónicas.

• **Rehabilitación**

Este componente supone los procesos asociados a la restauración de la salud o el mantenimiento de las secuelas en su nivel mínimo. En lo que respecta al primer nivel de atención su énfasis está en el seguimiento y atención de casos referidos por otros niveles de mayor complejidad con plan de seguimiento (alta programada) y a la atención compartida que se realiza con los Servicios de Educación Especial del Ministerio de Educación Pública. La rehabilitación en su sentido más amplio incluye para los niños y las niñas Estimulación Temprana, así como el manejo de secuelas asociadas a situaciones de morbilidad¹⁷.

- Restauración de la salud, que incluye:
 - Aplicación de estrategias técnicas de acuerdo a morbilidad atendida considerando lineamientos técnico-científicos vigentes.
 - Seguimiento a referencia de otros niveles de atención.

• **Cuidados Paliativos y Atención del Dolor**

- Captación, atención y seguimiento a los niños y niñas que requieren tratamiento integral por su padecimiento terminal o condición de vida limitada
- Registro de los casos con condición de vida limitada o padecimiento terminal atendidos.
- Control y seguimiento de los casos referidos por el II y III Nivel de Atención de acuerdo con capacidad resolutive.
- Coordinación interniveles de no contar con la medicación y los insumos requeridos.
- Educar a los familiares y pacientes en el uso y conservación de medicamentos e insumos.
- Atención prioritaria en su domicilio al niño, niña o adolescente con necesidades especiales y enfermedad terminal que no pueda desplazarse al establecimiento de salud en coordinación con la Clínica de Cuidados Paliativos del hospital respectivo.
- Entrega de material necesario para realizar procedimientos que el paciente requiera.
- Detección y atención de crisis emocionales por duelo.
- Referencia a grupo psicoterapéutico de manejo de duelo según oferta disponible.
- Identificación y apoyo a grupos o redes en la comunidad dedicadas a los Cuidados Paliativos.

¹⁷ OMS. (2012). Guía para la Rehabilitación Basada en la comunidad. Washington DC: OMS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 32

En las matrices siguientes se incluyen las actividades supracitadas en cada componente, correlacionadas con:

- los escenarios de atención (educativo, domiciliario, de salud)
- las modalidades de abordaje (grupal e individual)
- la concentración o periodicidad de atención recomendada
- los funcionarios que participan en su ejecución según su formación y perfil de competencias.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 33

COMPONENTE 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD							
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS		ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES
		Educativo ¹⁹	Domiciliar	Establecimiento salud			
Sede de Área	Sede de EBAIS						
1.1 Promoción estilos de vida saludable: educación para la salud Integral del niño y la niña de acuerdo a su edad	1.Educación en salud ¹⁸ según necesidades presentadas, por ejemplo en temas como:						
	Relaciones familiares saludables	X	X	X	X	X	X
	Desarrollo del niño en el útero	X	X	X	X	X	X
	Derechos en salud del niño o niña	X	X	X	X	X	X
	Lactancia materna	X	X	X	X	X	X
	Sueño seguro en el primer año de edad	X	X	X	X	X	X
	Uso del carné de Desarrollo Integral	X	X	X	X	X	X
	Cuidados del niño o niña	X	X	X	X	X	X
	Habilidades del desarrollo según edad	X	X	X	X	X	X
	Ambientes libres de contaminantes	X	X	X	X	X	X
	Actividad física	X	X	X	X	X	X
	Alimentación saludable	X	X	X	X	X	X
	Hábitos de higiene según edad	X	X	X	X	X	X
	Relaciones interpersonales saludables	X	X	X	X	X	X
Jugar en la niñez	X	X	X	X	X	X	
Escucha atenta de la opinión de niñas(os) acerca de su estado de salud y de la atención brindada, de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo.	X	X	X	X	X	X	

¹⁸ Todos los procesos de educación en salud pueden desarrollarse en articulación con otras instituciones a las cuales los niños y niñas asisten periódicamente y que pueden a su vez trabajar con las familias. Se pueden coordinar por ejemplo en el seno de los Equipos Técnicos Intersectoriales RISA, o en los vinculados con Salud y Nutrición Escolar, de manera que el énfasis en la intervención por parte nuestra sea capacitar a los promotores de salud de las demás instituciones, entendiendo estos como toda persona vinculada con la atención del niño que tienen competencias para comunicarse o atenderle a él o su familia.

¹⁹ El escenario educativo es un escenario de salud, incluye los centros educativos y de atención a niños y adolescentes donde se realizan acciones de salud. **Alcance.** En el caso de los niños y niñas preescolares, incluye las diversas modalidades de atención que se desarrollan en la comunidad, que son: Jardines de Niños (anexos e independientes de una escuela) del MEP, los CEN y los CINAI, los Centros de Cuido y Desarrollo (CECUDI) coordinados con representantes del IMAS y de la Red de Cuido y los Hogares comunitarios. En el caso de los niños y niñas escolares el escenario educativo es la Escuela o Centro Educativo. En el caso de los albergues del PANI, si tienen infraestructura destinada a centro educativo para los niños y niñas que atienden, estos también son escenario educativo. De lo contrario, los albergues son considerados escenario domiciliar porque es donde habitan los niños, quienes asisten a los Centros Educativos de la Comunidad.

²⁰ El equipo de apoyo se incluye a todos los profesionales de diversas disciplinas que apoyan a los EBAIS y son parte de la Sede del Área de Salud como son: Odontología, Trabajo Social, Psicología, Microbiología, Nutrición, Medicina (General, Familiar y Comunitaria, entre otras), Enfermería (Obstétrica, Salud Mental, General), Farmacia, entre otros.

COMPONENTE 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD									
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS				ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES
		Educativo ²¹	Domiciliar	Establecimiento salud		Individual	Grupal		
Sede de Área	Sede de EBAIS								
1.2 Promoción de entornos saludables	2. Educación en salud según necesidad, por ejemplo en temas como: ambientes (agua, aire, suelo) libres de contaminantes, entre otros.	X	X	X	X		X	Según necesidad identificada (deben aprovecharse los diferentes contactos con el usuario(a)).	Equipo de Apoyo EBAIS Comités de Estudio Integral de Niños Niñas y Adolescentes Agredidos (CEINNA)
1.3 Procesos de participación social de la comunidad	3. Identificación de grupos existentes.	X	X	X	X		X	Cada vez que se tiene contacto con la niña, el niño o su familia de la población del sector.	Equipo de Apoyo y EBAIS
	4. Conformación de grupos de apoyo según necesidades.	X	X	X	X		X		
	5. Capacitación a grupos existentes y conformados según necesidades y prioridades.	X	X	X	X		X		
	6. Seguimiento continuo a los grupos anteriores.	X	X	X	X		X		
1.4 Procesos de comunicación social	7. Identificación y utilización de recursos locales (periódicos, radioemisoras, entre otros) para la producción, validación y divulgación de materiales y mensajes impresos y audiovisuales diseñados de acuerdo a la situación de salud detectada, recursos disponibles y prioridades locales establecidas.	X		X	X		X	Dos o tres producciones al año.	Equipo de Apoyo y EBAIS

²¹ El escenario educativo es un escenario de salud, incluye los centros educativos y de atención a niños y adolescentes donde se realizan acciones de salud. **Alcance.** En el caso de los *niños y niñas preescolares*, incluye las diversas modalidades de atención que se desarrollan en la comunidad, que son: Jardines de Niños (anexos e independientes de una escuela) del MEP, los CEN y los CINAI, los Centros de Cuido y Desarrollo (CECUDI) coordinados con representantes del IMAS y de la Red de Cuido y los Hogares comunitarios. En el caso de los *niños y niñas escolares* el escenario educativo es la Escuela o Centro Educativo. En el caso de los albergues del PANI, si tienen infraestructura destinada a centro educativo para los niños y niñas que atienden, estos también son escenario educativo. De lo contrario, los albergues son considerados escenario domiciliar porque es donde habitan los niños.

COMPONENTE 2: PREVENCIÓN									
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS		ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES		
		Educativo	Domiciliar	Establecimiento salud				Individual	Grupal
Sede de Área	Sede de EBAS								
2.1 Captación Temprana	1. Atención al recién nacido(a) del sector. <ul style="list-style-type: none"> Anamnesis pediátrica, examen físico pediátrico y examen neurológico (Anexo 2). Llenado de Carné de Desarrollo según edad²². Técnica de amamantamiento. Aplicar tamizaje neonatal (Prueba del Talón) según Normativa Vigente 			X	X	X		Al 3-4 día de edad	Médico(a) del EBAIS (según corresponda) Auxiliar de Enfermería del EBAIS (según corresponda) Enfermera Obstétrica Enfermera General Microbiólogo
	2. Identificación de niñas y niños en riesgo: criterios de riesgo biológicos, psicosociales, ambientales o de acceso a servicios (Anexo 2) ²³ .		X		X	X		Cada vez que se tiene contacto con la niña, el niño o su familia.	Equipo de Apoyo y EBAIS

²² Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña.

²³ Esta acción en caso de niños institucionalizados en otros escenarios puede coordinarse con el personal a cargo de dichos servicios de manera que se elaboren los protocolos intersectoriales adecuados y el tamizaje sea aplicado por el personal a cargo (docentes, nutricionistas, trabajadores sociales, entre otros) y referidos al escenario de salud según criterios acordados previamente. Toda acción de coordinación supone que debemos ofrecer la capacitación adecuada para que el tamizaje o la captación se realice de manera adecuada.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 36

COMPONENTE 2: PREVENCIÓN									
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS		ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES		
		Educativo	Domiciliar	Establecimiento salud				Individual	Grupal
Sede de Área	Sede de EBAIS								
2.2 Detección Temprana (continúa)	3. Atención a niños y niñas del sector de 1 mes de nacido(a) a 12 años de edad. <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de anamnesis. • Examen físico y examen neurológico. • Llenado de Carné de Desarrollo según edad. • Reporte de malformaciones congénitas en boleta oficial del CREC (aplica para el primer año de vida). 	X			X	X	X	A los 2 meses A los 4 meses de edad ²⁴ Cita 6 meses A los 9 meses de edad Al año y 3 meses de edad De los 2 a los 12 años una vez al año.	Médico(a) del EBAIS Auxiliar de Enfermería Enfermera Obstétrica Equipo de Apoyo según protocolos establecidos
	4. Aplicación de la valoración ocular según edad (Anexo 4) ²⁵ .	X	X		X	X		En niños y niñas menores de 3 años ,en cada consulta de crecimiento y desarrollo Con cartilla Snellen entre los 3 y los 12 años de edad anualmente. Otras situaciones de salud ocular según concentración de las consultas.	Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstétrica o General Auxiliar de enfermería ATAP
	5. Aplicación e interpretación de tamizaje auditivo subjetivo (Anexo 5) ²⁶ .	X			X	X		Con cartilla Susurro entre los 3 y los 12 años de edad anualmente	Auxiliar de enfermería ATAP Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstétrica

²⁴ Las recomendaciones para la *introducción de alimentos a partir del sexto mes de edad* se describen en el Anexo 3.

²⁵ Esta acción en caso de niños institucionalizados en otros escenarios puede coordinarse con el personal a cargo de dichos servicios de manera que se elaboren los protocolos intersectoriales adecuados y el tamizaje sea aplicado por el personal a cargo (docentes, nutricionistas, trabajadores sociales, entre otros) y referidos al escenario de salud según criterios acordados previamente. Toda acción de coordinación supone que debemos ofrecer la capacitación adecuada para que el tamizaje o la captación se realice de manera adecuada.

²⁶ Ídem.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 37

COMPONENTE 2: PREVENCIÓN									
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS				ABOR DAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES
		Educativo	Domiciliar	Estableci- miento salud		Individual	Grupal		
Sede de Área	Sede de EBAIS								
2.2 Detección Temprana (continúa)	6. Tamizaje de salud bucodental (Anexo 6) ²⁷ .	X		X	X			A los 6 y los 15 meses de edad. Entre el año y los 12 años anualmente.	Auxiliar de enfermería, ATAP, Médico(a) del EBAIS, odontólogo(a), en la edad escolar con apoyo de docentes.
	7. Toma e interpretación de la presión arterial (Valores en Anexo 7).			X	X	X		Entre los 2 y los 12 años de edad anualmente con técnica de máximo nivel de inflado.	Auxiliar de enfermería, ATAPS, Médico(a) del EBAIS
	8. Detección de problemas musculoesqueleticos en el niño o niña (Anexo 8).			X	X	X		Según concentración de atención al niño y la niña	Médico(a) de EBAIS
	9. Prevención de anemia y otras enfermedades mediante solicitud y análisis de hemograma completo (Anexo 9).	X			X	X		Menores de un año: solicitud en consulta de los 4 y los 6 meses y análisis en la consulta de los 6 y los 15 meses. Entre el año y los 12 años de edad solicitud y análisis anualmente.	Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstetra
	10. Examen de heces			X	X	X		Una vez al año	Médico del EBAIS
	11. Tamizaje universal de dislipidemia universal ²⁸ .				X	X		Una vez entre los 9 y los 11 años de edad.	Médico(a) del EBAIS

²⁷ Esta acción en caso de niños institucionalizados en otros escenarios puede coordinarse con el personal a cargo de dichos servicios de manera que se elaboren los protocolos intersectoriales adecuados y el tamizaje sea aplicado por el personal a cargo (docentes, nutricionistas, trabajadores sociales, entre otros) y referidos al escenario de salud según criterios acordados previamente. Toda acción de coordinación supone que debemos ofrecer la capacitación adecuada para que el tamizaje o la captación se realice de manera adecuada.

²⁸ American Academy of Pediatrics. (2011). Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. Pediatrics 128; S6.
National Heart, Lung and Blood Institute. (2012). Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents Full Report.

COMPONENTE 2: PREVENCIÓN								
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS		ABOR DAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES	
		Educativo	Domiciliar	Estableci- miento salud				Individual
Sede de Área	Sede de EBAIS							
2.2 Detección Temprana (continua)	12. Atención a niños y niñas de madres portadores de VIH-SIDA o en situación de riesgo para contraerlo. • Referencia al Hospital Nacional de Niños a niños y niñas de cualquier edad, hijos de madre HIV positivo no diagnosticadas durante el embarazo o nacimiento. • Envío de examen de HIV a hijos(as) de madres con historia de adicción a drogas, prostitución y/o explotación sexual comercial o concebidos producto de violación.				X	X	Según criterios de detección	Médico(a) del EBAIS
	13. Solicitud de prueba VDRL a niños y niñas menores de un mes hijos(as) de madres VDRL (+) y de madres sin control prenatal en caso de no tener datos del hospital en el cual nació el niño o niña.				X	X	Según criterios de detección	Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstetra
2.3 Inmunizaciones	14. Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad.	X	X	X	X	X	De acuerdo a esquema oficial de vacunas	Auxiliar de enfermería, ATAP
2.4. Administración de medicamentos	15. Entrega de suero oral a las familias como prevención de la deshidratación (Anexo 10).		X		X	X		
	16. Administración de antiparasitario (Anexo 11).	X	X		X	X	Anualmente	Auxiliar de enfermería, ATAP, Médico del EBAIS

COMPONENTE 2: PREVENCIÓN								
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS		ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES	
		Educativo	Domiciliar	Establecimiento salud				Individual
Sede de Área	Sede de EBAIS							
2.5 Atención al Desarrollo	17. Administración de hierro según esquema por condición del niño o niña (Anexo 9). • Niños (as) pretérmino (menos de 37 semanas de gestación) y recién nacido de término pequeños para edad gestacional de un mes a 12 meses de edad: 2 mgr X Kg X día. Niños (as) de término de 4 a 12 meses de edad: 1 mg X kg/ día.				X	X	Según esquema de condición del niño o la niña	Médico(a) del EBAIS
	18. Consulta de crecimiento y desarrollo según edad aplicando:				X	X	Tercer o cuarto día de nacido, 2 mes 4 meses, 6 meses, 9 meses 1 año y 3 meses.	Auxiliar de enfermería ATAP Médico(a) del EBAIS Equipo de Apoyo
	• Uso del Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña: solicitud, llenado y educación a la familia.		X		X	X		Luego una vez al año hasta los 12 años.
	• Toma de peso, ploteo de gráficas e interpretación (Anexo 12).	X			X	X	Tercer o cuarto día de nacido, 2 mes 4 meses, 6 meses, 9 meses 1 año y 3 meses. Luego una vez al año hasta los 3 años.	
	• Toma de talla, ploteo de gráficas e interpretación (Anexo 12).	X			X	X		
	• Medición del perímetro cefálico, ploteo de gráficas e interpretación (Anexo 12).					X	X	

COMPONENTE 2: PREVENCIÓN								
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS			ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES
		Educativo	Domiciliar	Establecimiento salud		Individual		
				Sede de Área	Sede de EBAIS			
2.3 Atención al Desarrollo (continúa)	• Valoración de la salud oral (Anexo 6).	X			X	X	Iniciar a los 9 meses de edad, luego una vez al año hasta los 12 años.	Auxiliar de enfermería, ATAP, Médico(a) del EBAIS, Enfermera Obstétrica, odontólogo(a), en edad preescolar y escolar con apoyo del personal de educación.
	• Evaluación del desarrollo (Pretest y Test Denver II según modalidad de atención definida en el establecimiento) (Anexo 13).	X	X		X	X	A los 4, 6 y 9 meses ²⁹ Al año y 3 meses. De los 2 a los 6 años el pretest una vez al año.	Médico(a) del EBAIS Auxiliar de Enfermería Enfermera Obstétrica
	• Consejería para Alimentación y Estimulación del desarrollo (Anexos 3 y 13).	X		X	X	X	Según modalidad de atención establecida (se deben aprovechar todos los contactos con las familias)	Auxiliar de enfermería Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstétrica
	• Prueba de Tanner (Anexo 14).				X	X	Por criterio médico en caso de sospecha de Trastorno del Desarrollo Puberal.	Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstétrica Psicóloga(o)
	• Detección, atención, reporte obligatorio (VE 01) y referencia ante evidencia de cualquier tipo de abuso hacia una persona menor de edad.		X	X	X	X	En cada contacto con la persona menor de edad.	Todos los funcionarios de atención directa del EBAIS y la sede del Área de Salud CEINNA de cada establecimiento
	19. Referencia a otro nivel de atención o servicio extrainstitucional (educativo, terapéutico u otro) en caso necesario (Anexo 15).	X		X	X	X	Cada vez que sea necesario	Médico(a) del EBAIS Equipo de Apoyo

²⁹ Los niños cuyo pretest sale alterado la primera vez siguen plan de estimulación respectivo y se citan al mes para seguimiento y aplicación de pretest por segunda vez según su edad. Los niños cuyo segundo pretest sale alterado deben referirse a valoración con Prueba Denver II completa según modalidad de atención organizada en el Área de Salud.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 41

COMPONENTE 3: CURACION Y RECUPERACION								
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS		ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES	
		Educativo	Domiciliar	Individual	Grupal			
3.1 Atención a la Morbilidad	1. Atención integral de las patologías en niñas y niños según lineamientos técnicos institucionales, Guías Clínicas existentes o criterio clínico, incluyendo anamnesis, examen físico, solicitud y análisis de exámenes de laboratorios y gabinete, diagnóstico y tratamiento correspondiente.					Cada vez que sea necesario	Médico(a) del EBAIS Profesionales del Equipo de Apoyo según competencias	
	Con énfasis en enfermedades consideradas prevalentes: diarreas, enfermedades respiratorias, otitis, enfermedades prevenibles por vacuna, enfermedades bacterianas graves (meningitis, septicemia, entre otras), malaria, dengue, desnutrición, sobrepeso, obesidad, anemia (Anexos 8, 9, 11, 16, 17, 18 y 19), trastornos conductuales y emocionales, trastornos del comer, del sueño o de la identidad de género, fobias, entre otros.							
	2. Reporte y notificación en boleta oficial del CREC, durante el primer año de edad a todos aquellos niños y niñas con malformaciones congénitas no reportadas en el momento del nacimiento.			X	X	X	Cada vez que sea necesario	Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstétrica
	3. Atención integral a niños, niñas y adolescentes agredidos según Guía de Atención respectiva ³⁰ .			X	X	X	Cada vez que sea necesario	Funcionarios de atención directa del EBAIS y el Área de Salud
	4. Referencia a otro nivel de atención según normalización técnica establecida para cada patología, problema o situación de salud (Anexo 15).			X	X	X	Cada vez que sea necesario	Médico(a) del EBAIS o de la Sede del Área de Salud Equipo de Apoyo
5. Seguimiento a pacientes referidos por el Programa de Transición a persona menor de edad con enfermedades crónicas.	X			X		Según coordinaciones establecidas	Médico(a) del EBAIS Medico Sede del Área de Salud Equipo de Apoyo	

³⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). Guía de atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de abuso. San José Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

COMPONENTE 4: REHABILITACION									
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS		ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES		
		Educativo	Domiciliar	Establecimiento salud				Individual	Grupal
Sede de Área	Sede de EBAIS								
4.1 Restauración de la salud	1. Aplicación de estrategias técnicas de acuerdo a morbilidad atendida considerando lineamientos técnico-científicos vigentes.	X	X	X	X	X		Cada vez que sea necesario	Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstétrica Trabajo Social, Psicología, en edad preescolar y escolar con el apoyo de docentes y/o terapeutas.
	2. Seguimiento a referencias de otros niveles de atención y otras instituciones.	X	X	X	X	X		Cada vez que sea necesario	Médico(a) del EBAIS Enfermera Obstétrica Trabajo Social, en edad preescolar y escolar con el apoyo de docentes y/o terapeutas.

COMPONENTE 5: CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN DEL DOLOR									
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS				ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES
		Educativo	Domiciliar	Establecimiento salud		Individual	Grupal		
				Sede de Área	Sede de EBAIS				
5.1 Atención del dolor	1. Seguimiento a los niños que requieren tratamiento integral por su padecimiento terminal o condición de vida limitada.	X	X		X	X		Según patología atendida	EBAIS Equipo de Apoyo Equipo de Cuidados Paliativos
	2. Registro de los casos atendidos.			X	X	X		Anual	Responsable de Registros Médicos
	3. Control y seguimiento de los casos referidos por el II y III Nivel de Atención de acuerdo con la capacidad resolutoria.			X	X	X		Según patología atendida	EBAIS Equipo de Apoyo Equipo de Cuidados Paliativos
	4. Coordinación interniveles de no contar con la medicación prescrita y los insumos necesarios.			X	X	X		Según patología atendida	Médico(a) del EBAIS Farmacéutico Enfermera Equipo de Cuidados Paliativos
	5. Educar a los familiares y pacientes en el uso y conservación de medicamentos e insumos.		X		X	X		Según patología atendida	Médico(a) del EBAIS Farmacéutico Enfermera Equipo de Cuidados Paliativos
	6. Atención prioritaria en su domicilio al niño, niña o adolescente con necesidades especiales y enfermedad terminal que no pueda desplazarse al establecimiento de salud en coordinación con la Clínica de Cuidados Paliativos del HNN ³¹ u otro Hospital correspondiente según Red de Servicios.		X		X	X		Según patología atendida	EBAIS Equipo de Apoyo según modalidad
	7. Entrega de material necesario para realizar procedimientos específicos, conforme a la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.		X	X	X	X		Según patología atendida	Auxiliar de enfermería, Médico(a) del EBAIS Enfermera Profesional

³¹ Bolaños, S., Arreola, L. y Mata, A. (2010). Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Nacional de Niños. Tel. 2523-3600 Ext. 4384° Tel Directo 2256-3402.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 44

COMPONENTE 5: CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN DEL DOLOR									
SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	ESCENARIOS		ABORDAJE		PERIODICIDAD	RESPONSABLES		
		Educativo	Domiciliar	Establecimiento salud				Individual	Grupal
Se de Área	Se de EBAIS								
5-1 Atención del dolor	8. Detección y atención de crisis emocionales por duelo.			X	X	X		Según situación familiar post-muerte del niño, niña o adolescente	Auxiliar de enfermería, Médico(a) del EBAIS Equipo de Apoyo
	9. Referencia a grupo psicoterapéutico de duelo según oferta disponible.			X	X	X		Según necesidad	Médico(a) del EBAIS Equipo de Apoyo
	10. Identificación y apoyo a grupos o redes en la comunidad dedicadas a los Cuidados Paliativos.			X	X			Según patología atendida	Médico(a) del EBAIS Equipo de Apoyo

5. CONTACTO PARA CONSULTAS

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Atención Integral a las Personas. Programa Salud del Niño y la Niña.
Correo electrónico: amatas@ccss.sa.cr; mmontort@ccss.sa.cr; almadrig@ccss.sa.cr

TEL. 2223-8948.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 13012016
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 45

ANEXOS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 46

Anexo 1
Aval de Gerencia Médica al Manual



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

08 de octubre del 2015
GM-MDD-37697-15

Doctor
Raúl Sánchez Alfaro
Director Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

ASUNTO: AVAL “MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ATENCIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN”.

Estimado Doctor:

Reciba un cordial saludo. En atención a lo solicitado mediante oficio indicado en el epígrafe y considerando que el documento denominado “Manual de Procedimientos para la atención integral del Niño y la Niña Primer Nivel de Atención” cuenta con el visto bueno del Área de Atención Integral a las Personas, así como de la Dirección a su cargo y según lo analizado y acordado en reunión del día 02 de octubre del año en curso con participación de la Dra. Mata, responsable del proceso, según nota de referencia, este Despacho avala el manual indicado líneas arriba.

En razón de lo anterior, se le solicita proceder con la socialización y divulgación, a fin de que el documento sea del conocimiento de los funcionarios responsables de su implementación en el nivel local.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Dra. María Eugenia Villalta Bouilla
GERENTE



MEVB/VAG/Kattia

C: Dr. Hugo Chacón Ramírez, Jefe Área de Atención Integral a las Personas
Dra. Adelaida Mata Solano, Área de Atención Integral a las Personas
Archivo (Ref.: DDSS-1041-2015)
1508000820

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 13012016
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 47

Anexo 2

Examen Neurológico y Criterios para la definición de riesgo en niñas y niños

1. Examen Neurológico

La evaluación neurológica del niño y la niña, se compone de una historia clínica completa que incluya los antecedentes maternos, la historia obstétrica y el desenlace del embarazo y parto, los antecedentes personales patológicos y antecedentes heredofamiliares; va dirigido a identificar factores de riesgo neurológico del niño y la niña. Es importante que se realice utilizando una metodología sistemática durante el examen físico de manera que se evalúen de forma organizada los diferentes componentes del sistema nervioso. Este anexo es un resumen que permite de manera simple, evaluar al niño o niña, siendo complementario a la evaluación del neurodesarrollo realizada por medio del pretest o test Denver II.

Evaluación neurológica del niño o niña menor de 1 año

1. Estado de Alerta

Apertura ocular		
4	Espontánea	
3	Reacciona al habla	
2	Reacciona al dolor	
1	No hay respuesta	
Respuesta motora		
6	Espontánea (o sigue órdenes verbales)	
5	Localiza el dolor	
4	Retiro en respuesta al dolor	
3	Flexión anormal en respuesta al dolor (postura de decorticación)	
2	Extensión anormal en respuesta al dolor (postura de descerebración)	
1	No respuesta	
Respuesta verbal		
5	Sonríe, orientado hacia el sonido, seguimiento de objetos, interactúa	
Llanto		
Interacción		
4	Consolable	Inconsolable
3	Consolable de forma inconsistente	Gemido
2	Inconsolable	Irritable
1	Sin respuesta	Sin respuesta

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 48

Se debe sumar los puntajes obtenidos de los tres bloques que conforman la prueba (apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal) para obtener el puntaje total.

Interpretación

- NORMAL Mayor o igual a 13 puntos
- ANORMAL Menos de 13 puntos

Un estado de alerta disminuido puede progresar y poner en riesgo la vida. Ante una disminución del estado de alerta deben descartarse: traumatismo craneoencefálico, alteraciones metabólicas (hipoglucemia, etc.) alteraciones hidro-electrolíticas entre otras causas. Si su instauración es aguda, debe manejarse como una emergencia.

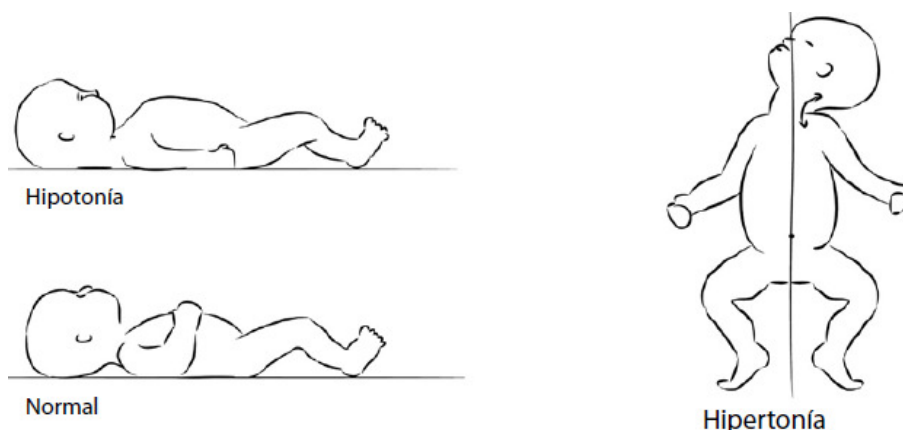
2. Evaluación de la postura.

Verificar, manteniendo cuidadosamente la cabeza en el eje del tronco, la posición que adopta en la bipedestación o a la sedestación o al estar acostado el niño o niña sobre su espalda en la mesa de exploración, de la misma manera verifique la actitud de los miembros y las manos.

Interpretación:

NORMAL Capacidad de mantener la postura y actitud del puño acordes a su edad, simetría en la postura de las extremidades.

ANORMAL Incapacidad de mantener la postura y/o actitud del puño acorde a su edad, asimetría en la postura de las extremidades



Una postura en reposo anormal es un indicador de lesión en el sistema nervioso, por lo que hay que interrogar pensar en antecedentes de problemas perinatales como encefalopatía hipóxica-isquémica o hiperbilirrubinémica, enfermedades sistémicas, rasgos dismórficos /malformaciones, errores innatos del metabolismo, enfermedad de Steiner neonatal, distrofias musculares entre otras.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 49

3. Evaluación del perímetro cefálico, fontanelas y suturas (Ver anexo 19).

4. Simetría de la expresión facial y fasciculaciones linguales.

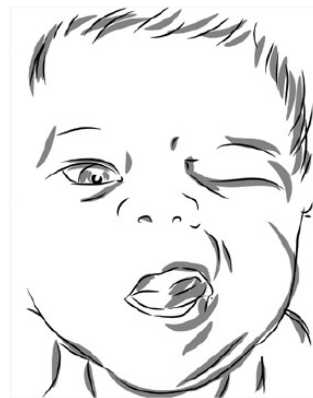
Con el niño en decúbito dorsal elevado 30 cm por arriba de la mesa de exploración y sujetando gentilmente con la mano izquierda el cuello y la nuca, observe si existen asimetría de la expresión facial y/o parálisis facial. Es más visible cuando el niño llora ya que usted observara que el lado afectado permanece fijo, la boca se ve desviada hacia el lado opuesto (sano) y el párpado queda entreabierto mientras se cierra en el lado sano. Después de esto, con el pulgar de la mano derecha toque la barbilla del niño y entreabra la boca, observa la ausencia de fasciculaciones de la lengua en uno como en ambos lados.

Interpretación

- NORMAL Movimientos faciales adecuados y simétricos Movimientos linguales adecuados y simétricos.
- ANORMAL La presencia de parálisis facial La presencia de movimientos fasciculares en la lengua en uno o ambos lados.



Simetría facial durante el llanto



Asimetría facial durante el llanto

La presencia de parálisis facial es un dato sugestivo de lesión congénita o adquirida del nervio facial. Por otro lado, las fasciculaciones linguales orientan a una enfermedad neuromuscular como lo es la atrofia muscular espinal. Una combinación de ambas indica una lesión en el tallo cerebral.

5. Tamizaje visual

Equipo requerido: oftalmoscopio.

a) Reflejo rojo (Ver Anexo 4).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 50

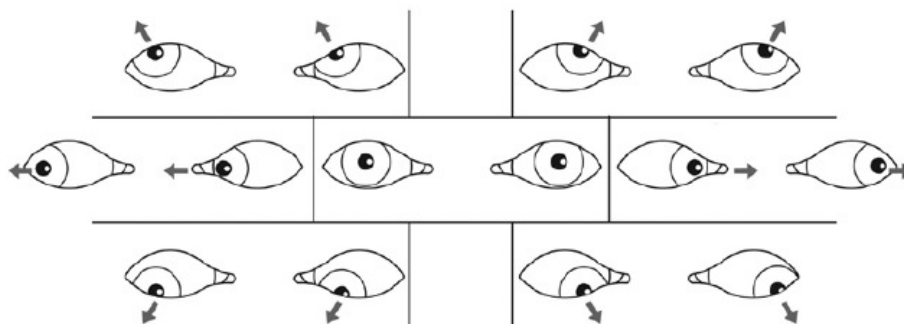
b) Con el niño en decúbito dorsal elevado 30 cm por arriba de la mesa de exploración y sujetando gentilmente con la mano izquierda el cuello y nuca; sujete con la mano derecha la lámpara de luz encendida a 20 cm justo enfrente del niño y después de obtener la fijación visual hacia la luz, desplácese lentamente en el campo visual horizontal del niño. Usted observará que ambos globos oculares siguen el movimiento de la luz. Después desplácese lentamente en sentido vertical y en ambas diagonales.

Usted debe estar pendiente de la presencia o no de disociación de la mirada binocular en la posición primaria, la incapacidad de la movilidad de uno o ambos ojos para seguir el movimiento de la luz o alguna de las siguientes alteraciones de la mirada primaria conjugada:

- Nistagmus
- Estrabismo
- Signo de los ojos en sol naciente

Interpretación

- NORMAL Presencia de seguimiento visual de uno o ambos globos oculares.
- Ausencia de anomalías durante la prueba.
- ANORMAL Ausencia de seguimiento visual de uno o ambos globos oculares.
- Presencia de alguna anomalía en uno o ambos ojos durante la prueba.



Mirada primaria conjugada y movilidad ocular acorde al seguimiento visual en los distintos campos visuales

La presencia de problemas en el seguimiento visual o cualquier alteración en la mirada primaria conjugada pueden indicar desde alteraciones en la vía visual o en los componentes de la movilidad ocular hasta una lesión en el tallo cerebral y cuya etiología puede ser congénita o adquirida (por ejemplo, tumores, traumatismos, etc.).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 51

6. Evaluación del tono pasivo

El tono pasivo es la resistencia muscular a un movimiento pasivo impuesto de forma externa a la articulación. En las personas con un tono normal, esta resistencia permite que las articulaciones cuenten con un rango de movimiento articular (ángulo de cese a velocidad lenta de extensión) el cual será considerado normal dependiendo de la edad. Cuando hay un aumento anormal en la resistencia muscular disminuye de forma considerable el rango de movilidad y se denomina hipertonia; en cambio, si hay una disminución anormal en la resistencia muscular aumentará de forma considerable el rango de movilidad denominándose a esto hipotonia.

Las alteraciones del tono pasivo pueden dividirse en cuatro grandes grupos:

- a. Focal: Afección franca a una extremidad, ante esto se sospecha en lesión de nervio periférico.
- b. Distal: Afección franca de las extremidades inferiores, ante esto se sospecha en disrrafias. Por ejemplo, mielomeningocele.
- c. Hemicorporal: Afección franca del lado derecho o izquierdo del cuerpo, ante esto se sospecha en disgenesias (por ejemplo, hemimegalencefalia, etc.) o lesiones cerebrales (por ejemplo, infartos, tumores, etc.) del lado contrario al hemicuerpo hiper o hipotónico.
- d. Generalizada: Afección franca a todos los segmentos corporales, ante esto se debe sospechar la posibilidad de enfermedades genéticas (p. ej. síndrome de Down), enfermedades metabólicas (por ejemplo, hipotiroidismo congénito), disgenesias cerebrales (por ejemplo, holoprosencefalia) o enfermedades neuromusculares (por ejemplo, atrofia muscular espinal) entre otras.

6.1 Ángulo de los aductores

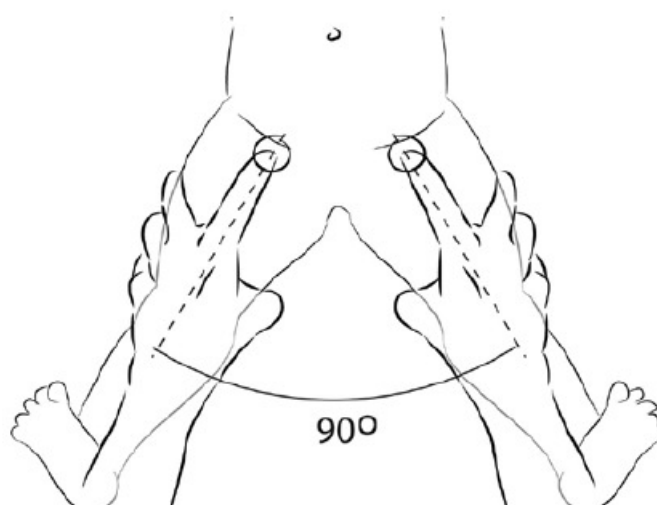
Con el niño en decúbito dorsal en la mesa de exploración y manteniendo fija la cadera al plano de la mesa, extienda las piernas tomando con una mano la rodilla de cada pierna y sepárelas lentamente lo más lejos posible; el ángulo formado entre ambas piernas es el ángulo de los aductores. Valorar el ángulo y la simetría.

Interpretación

- NORMAL Valor del ángulo dentro de los valores normales acorde a la edad.
- ANORMAL Valor del ángulo fuera de los valores normales acorde a la edad.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 52

Edad	Valores Normales del Ángulo de los Aductores
1 a 3 meses	40 ° - 80 °
4 a 6 meses	70 ° - 110 °
7 a 9 meses	100 ° - 140 °
>10 meses	130 ° - 150 °



Ángulo de los aductores

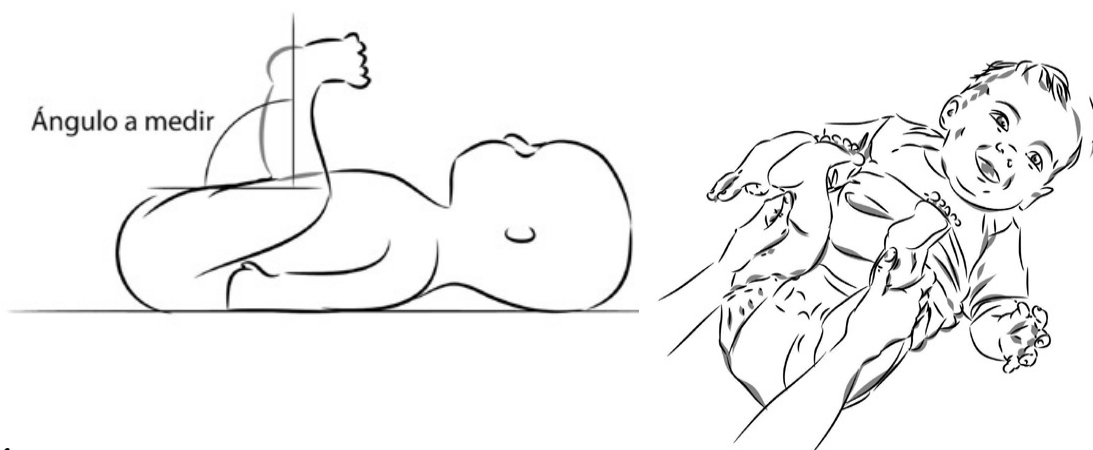
6.2 Ángulo poplíteo

Con el niño en decúbito dorsal en la mesa de exploración y manteniendo fija la cadera al plano de la mesa, flexione lateralmente los dos muslos sobre la cadera a cada lado del abdomen; manteniendo esta posición de los muslos, extienda al máximo la pierna sobre el muslo, siendo el ángulo formado por el muslo y la pierna el ángulo poplíteo. Valorar ángulos y simetría.

Interpretación

- NORMAL Valor del ángulo dentro de los valores normales acorde a la edad
- ANORMAL Valor del ángulo fuera de los valores normales acorde a la edad

Edad	Valores Normales del Ángulo Poplíteo
1 a 3 meses	80 ° - 100 °
4 a 6 meses	90 ° - 120 °
7 a 9 meses	110 ° - 160 °
>10 meses	150 ° - 170 °



6.3 Ángulo talón-oreja

Con el niño en decúbito dorsal en la mesa de exploración y manteniendo fija la cadera al plano de la mesa, levante las piernas unidas sobre la línea media tan lejos como sea posible, intentando llegar con ellas hasta la oreja; el espacio recorrido representa el ángulo a valorar. Valorar el ángulo y simetría.

Interpretación

- NORMAL Valor del ángulo dentro de los valores normales acorde a la edad.
- ANORMAL Valor del ángulo fuera de los valores normales acorde a la edad.

Edad	Valores Normales del Ángulo Talón- Oreja
1 a 3 meses	80 ° - 100 °
4 a 6 meses	90 ° - 130 °
7 a 9 meses	120 ° - 150 °
>10 meses	150 ° - 170 °

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 54



6.4 Ángulo de dorsiflexión del pie.

Con el niño en decúbito dorsal en la mesa de exploración, mantenga la pierna extendida y el talón del miembro que va a explorar fijos con la mano izquierda y proceda con la mano derecha a flexionar el pie sobre la pierna presionando su pulgar sobre la planta del pie. El ángulo formado por el dorso del pie y la cara anterior de la pierna es el ángulo de dorsiflexión del pie. Valorar un ángulo a la vez así como la simetría.

Interpretación

- NORMAL Valor del ángulo dentro de los valores normales acorde a la edad.
- ANORMAL Valor del ángulo fuera de los valores normales acorde a la edad.

Edad	Valores Normales del Ángulo de Dorsiflexión del Pie
1 a 10 meses	60 ° - 70 °



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 55

6.5 Maniobra de la bufanda

Con el niño en decúbito dorsal en la mesa de exploración, sostenga con una mano al niño en posición semisentado, tomando apoyo con su codo sobre la mesa de exploración. Tome una mano del niño y lleve ese brazo hacia el hombro opuesto pasando por delante del pecho; llévelo tan lejos como sea posible. Observe la posición del codo del niño con respecto a la glándula mamaria. Valore la relación esperada del codo con la glándula mamaria así como la simetría.

Interpretación

- **NORMAL:** Relación del codo con la glándula mamaria acorde a lo esperado para la edad.
- **ANORMAL** No hay relación entre el codo y la glándula mamaria acorde a lo esperado para la edad.

Edad	Relación normal del codo con la glándula mamaria
1 a 3 meses	Se encuentra entre la línea media y la glándula mamaria ipsilateral
4 a 6 meses	Se encuentra entre la línea media y la glándula mamaria contralateral
7 a 9 meses	Se encuentra más allá de la glándula mamaria contralateral
>10 meses	Se encuentra más allá de la glándula mamaria contralateral



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 56

6.6 Flexión de la mano sobre el antebrazo

Con el niño en decúbito dorsal en la mesa de exploración, fije con la mano izquierda el antebrazo que desea explorar y con la mano derecha flexione la mano sobre el antebrazo tan lejos como sea posible. Solo valore la simetría.



Interpretación

- **NORMAL:** Simetría entre ambos miembros superiores en la flexión de la mano sobre el antebrazo.
- **ANORMAL:** Asimetría entre ambos miembros superiores en la flexión de la mano sobre el antebrazo.

6.7 Rotación lateral de la cabeza

Con el niño en decúbito dorsal en la mesa de exploración, sostenga con una mano al niño en posición semi-sentado, tomando apoyo con su codo sobre la mesa de exploración y gire la cabeza hacia cada lado con la otra mano tomando al niño del mentón. Observe el recorrido realizado por el mentón hacia el hombro en ambos lados. Solo valore la simetría.



Interpretación

- **NORMAL:** Simetría en la distancia mentón-hombro al girar tanto al lado derecho como izquierdo.
- **ANORMAL:** Asimetría en la distancia mentón- hombro al girar tanto al lado derecho como izquierdo.

7. Tono activo

El tono activo se define como la tensión muscular asociada con los movimientos voluntarios y espontáneos, por lo tanto, se le puede separar en la aptitud postural que va desde el control de la cabeza hasta la posición de sentado y la bipedestación; y por otro lado, en locomoción que consiste en todos los modos de desplazamiento anteriores a la de ambulación y después de la adquisición de ella.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 57

Las alteraciones en el tono muscular siempre involucran a ambos componentes, es decir, tanto al tono pasivo como al tono activo pero este último tiene una franca repercusión sobre la postura y locomoción del niño.

En base a lo anterior, es entendible que ante un problema en el tono activo este se puede clasificar como hipotonía o hipertonía y estas condiciones a su vez pueden tener una distribución focal, distal, hemicorporal o generalizada.

Al encontrarse ante un niño con hipertonía, debe considerar lesiones crónicas cerebrales tales como encefalopatía hipóxica-isquémica, hiperbilirrubinémica u otras lesiones cerebrales: o bien deben considerarse causas miogénicas como miotonía congénita, parálisis periódica entre otras.

Por otro lado, al encontrarse ante un niño con hipotonía, deben considerarse las lesiones cerebrales focales por alteraciones vasculares, lesiones medulares originadas principalmente por traumatismos o las enfermedades neuromusculares como la atrofia muscular espinal, las plexopatías, lesiones de nervio o problemas de la placa neuromuscular.

7.1 Sostén cefálico.

Con el niño en sedestación en la mesa de exploración, sostenga con ambas manos los brazos del niño contra el tórax, gentil pero firmemente. Observara que la cabeza no puede mantenerse recta en el eje por más de unos segundos en el curso de los dos primeros meses de vida, oscila y cae hacia adelante o lateralmente.

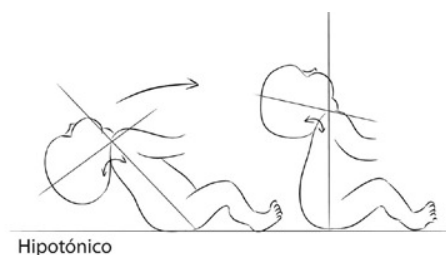
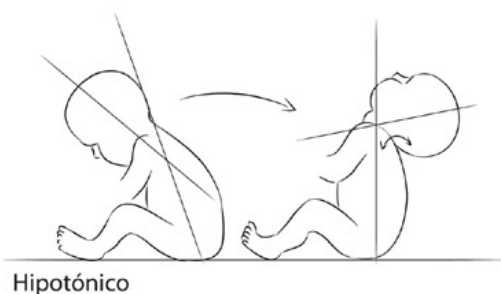
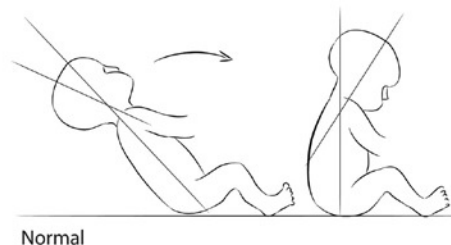
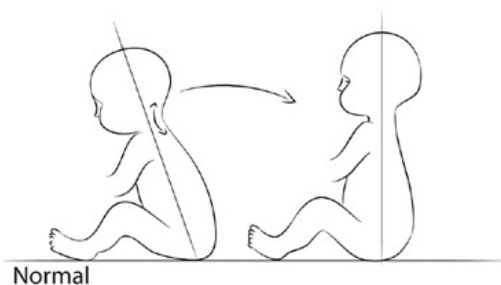
Entre los dos a cuatro meses aparece el control cefálico y el niño puede mantenerla durante quince segundos o más. Se considera que después de los seis meses no es necesaria esta maniobra puesto que debe estar presente de forma espontánea. Valore el tiempo en que es capaz de mantener la cabeza en el eje durante la maniobra.

Interpretación

- **NORMAL** En los primeros dos meses por lo menos durante tres segundos, de los dos a los cuatro meses por lo menos 15 segundos, después de los 6 meses debe estar presente de forma espontánea.
- **ANORMAL** La ausencia de respuesta a la maniobra, tiempo menor al establecido acorde a la edad o ausencia de presentación espontánea después de los seis meses.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 58



7.2 Sedestación (A explorar en niños y niñas mayores de 5 meses)

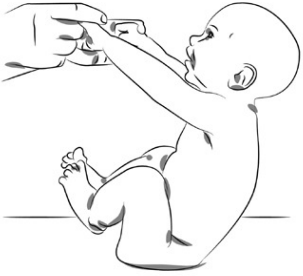

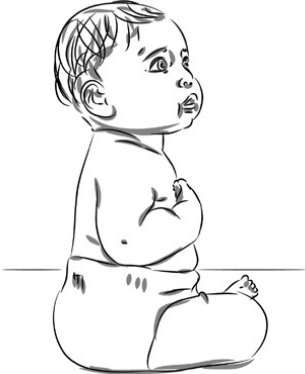
Del 5° al 7° mes, coloque al niño en decúbito dorsal y de ambos dedos índices para que estos queden aprisionados por la mano del niño en ambos lados. El niño intentará sentarse por tracción sobre este apoyo. Siga este movimiento sin tirar hasta la posición de sentado. Valore la presencia de este movimiento.

A partir del 8° mes, coloque al niño en posición sentado sobre la mesa de exploración, los muslos separados unos 90° y los miembros inferiores en extensión, el abdomen abocado hacia adelante y las manos apoyadas sobre la mesa o sobre los muslos. El niño debe mantenerse unos segundos inicialmente y después del 9° mes debe lograr una sedestación mantenida de 30 segundos o más, acompañada de rectificación del tronco y ausencia de apoyo. Valore la presencia de estas posiciones acorde a la edad del niño [

Interpretación

- NORMAL Presencia de movimiento hasta la posición de sentado del 5° al 7° mes, sedestación con apoyo en el 8° mes y sedestación sin apoyo de 30 segundos o más a partir del 9° mes.
- ANORMAL Ausencia de movimiento hasta la posición de sentado del 5° al 7° mes, sedestación con apoyo en el 8° mes y sedestación sin apoyo de 30 segundos o más a partir del 9° mes.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 59

		
Sedestación del 5° al 7° mes	Sedestación del 8° al 9° mes	Sedestación > 9 meses

7.3 Bipedestación

El recién nacido presenta el reflejo de marcha autonómico, que debe desaparecer a los 3 meses.(Ver reflejos primitivos más adelante)

Pesarse en las piernas (A partir de los 3 meses debe estar presente): Sujetando al niño o niña de las axilas, póngale de pie para que los mismos estén en la mesa. Lentamente suelte el apoyo que usted le da, para que el peso del mismo, quede sobre sus piernas y pies. Es normal si se apoya en las piernas por varios segundos o se empuja con los pies y piernas contra la mesa.

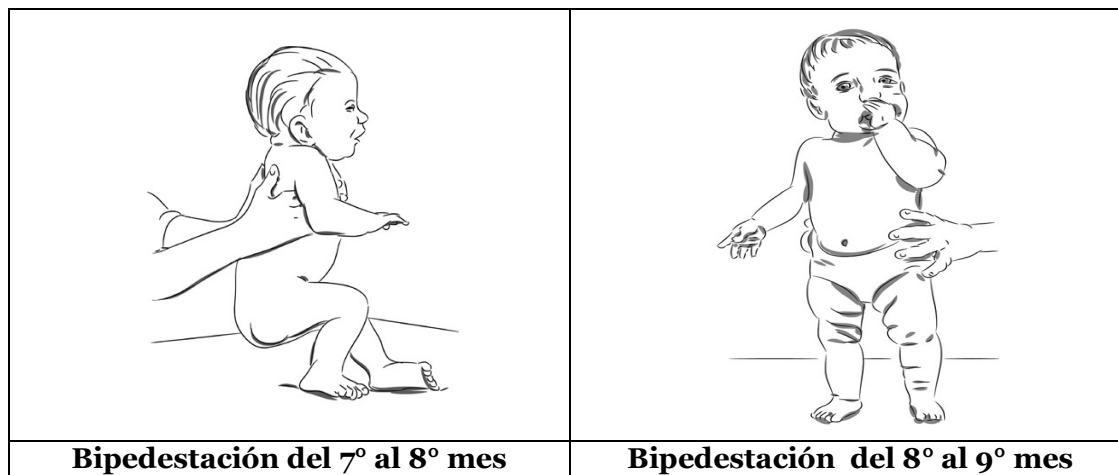
Del 7° al 8° mes, coloque una sola mano bajo cada brazo del niño y elévelo discretamente de la mesa de exploración. La respuesta normal del niño es una sucesión rápida de la extensión a la flexión de ambas piernas.

Del 8° al 9°mes, coloque al niño en ambos pies sobre la mesa de exploración. El niño será capaz de soportar durante un rato el peso de su propio cuerpo. Después de esta edad, debe haber un incremento de forma paulatina del tiempo de duración de la bipedestación. Valore la presencia y el paulatino incremento del tiempo de esta posición.

Interpretación

- **NORMAL** Presencia de marcha autonómica en el recién nacido, de reacción de sostén (pesarse) positiva, la respuesta extensión-flexión de las piernas en el 7° al 8° mes y de la bipedestación con un incremento paulatino del tiempo de su duración a partir del 9° mes.
- **ANORMAL** Ausencia de reflejo de marcha autonómica en el recién nacido, reacción de sostén (pesarse), la respuesta extensión-flexión de las piernas en el 7° al 8° mes y de la bipedestación sin un incremento paulatino del tiempo de su duración a partir del 9° mes.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 60



8. Reflejos primitivos y reacciones posturales.

La evaluación de los reflejos y reacciones posturales es una parte fundamental de la exploración neurológica. Estos reflejos y reacciones tienen una edad de aparición y de desaparición que son específicos y dependientes del nivel de maduración. La supresión gradual de los reflejos se debe a que los centros corticales van alcanzando su madurez funcional desplazando así el predominante control funcional de las estructuras subcorticales. Para evaluar cada uno de estos reflejos o reacciones posturales es necesario siempre tener en consideración la edad de aparición, desaparición y simetría en la presentación de los mismos.

Edad de aparición y desaparición de los reflejos primitivos y reacciones posturales

Reflejo o reacción	Edad de aparición	Edad de desaparición
Reflejos segmentarios medulares	Tercer trimestre de gestación	Presentes durante toda la vida
Marcha automática	34 semanas de gestación	Sexto mes de vida
Preensión palmar	28 semanas de gestación	Quinto mes de vida
Reflejo de Moro	32 semanas de gestación	Sexto mes de vida
Reflejo provocado tónico asimétrico de cuello	36 semanas de gestación	Cuarto mes de vida
Reflejo de Galant	24 semanas de gestación	Cuarto mes de vida
Preensión plantar	30 semanas de gestación	Décimo mes de vida
Reacción a la propulsión lateral del tronco	Sexto mes de vida	Noveno mes de vida
Reacción de paracaídas	Séptimo mes de vida	Décimo mes de vida

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 61

8.1 Reflejos segmentarios medulares

Estos reflejos aparecen a partir del tercer trimestre del embarazo e incluyen:

- Actividad respiratoria espontánea
- Reflejos cardiovasculares
- Reflejo tusígeno mediado por el nervio vago
- Reflejo de estornudo al estimular los receptores del nervio trigémino en la nariz
- Reflejo de deglución mediado por aferencias de los nervios trigémino y glossofaríngeo
- Reflejo de succión desencadenado por estimulación de fibras de los nervios trigémino y glossofaríngeo, y referencia por nervios facial, glossofaríngeo e hipogloso.

8.2 Marcha automática

Mantenga al niño en posición vertical en la mesa de exploración, coloque una de sus manos sobre el tórax del niño de tal manera que además se encuentre ligeramente echado hacia adelante. Se desencadenará una sucesión de pasos por el contacto del pie con la mesa de exploración. Valore su presencia y simetría tomando en cuenta que está presente durante los tres primeros meses, hay inconsistencia entre el 4° - 5° mes y hay ausencia a partir del 6° mes de edad corregida.



Interpretación

- NORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia acorde al rango de edad. En caso de estar presente debe ser simétrico.
- ANORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia que no corresponda al rango de edad. Ser asimétrico, en caso de estar presente.

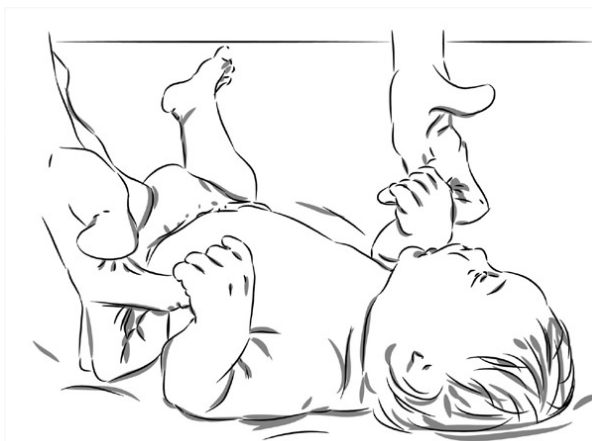
8.3 Presión palmar

Con el niño en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración, coloque sus dedos índices en las palmas de la mano del niño. Esta estimulación sobre la palma provoca una fuerte reacción de los dedos ocasionando el cierre de la mano. Esta maniobra puede hacerse de forma simultánea en los dos lados. Lo normal es que esta presión se haga cada vez menos intensa y desaparece entre los dos y cuatro meses de edad. Valore su presencia y simetría tomando en cuenta que se presenta durante los dos primeros meses, hay inconsistencia entre el 2° - 4° mes y hay ausencia a partir del 5° mes de edad corregida.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 62

Interpretación

- **NORMAL** Presencia, inconsistencia o ausencia acorde al rango de edad. En caso de estar presente debe ser simétrico.
- **ANORMAL** Presencia, inconsistencia o ausencia que no corresponda al rango de edad. Ser asimétrico, en caso de estar presente.

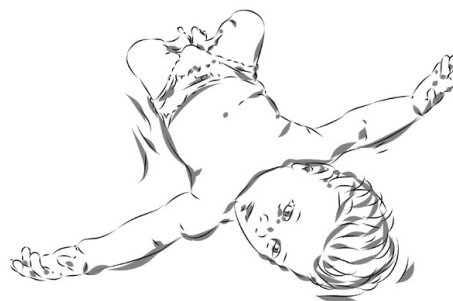
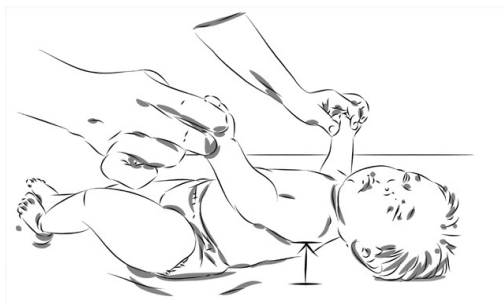


8.4 Reflejo de Moro

Con el niño en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración, levante solo sus hombros unos centímetros con una ligera tracción tomándole de las dos manos, con los miembros superiores en extensión. Suelte gentil pero repentinamente para que el niño regrese al decúbito dorsal sobre la mesa de exploración y aparezca el reflejo. Usted observara una abducción de los brazos con extensión de los antebrazos y apertura de las manos, luego una aducción de los brazos y flexión de los antebrazos y por ultimo de forma ocasional llanto. Valores su presencia y simetría tomando en cuenta que los tres primeros meses es simétrico y completo (abducción del brazo, extensión del antebrazo y apertura de las manos), del 3° al 5° mes es simétrico e incompleto (se limita solo a la apertura de las manos) y a partir del 6° mes no debe encontrarse.

Interpretación

- **NORMAL** Presencia, inconsistencia o ausencia acorde al rango de edad. En caso de estar presente debe ser simétrico.
- **ANORMAL** Presencia, inconsistencia o ausencia que no corresponda al rango de edad. Ser asimétrico, en caso de estar presente.



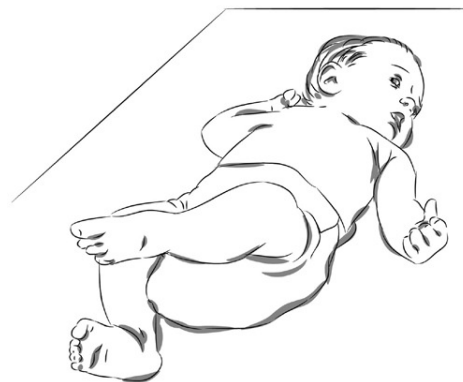
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 63

8.5 Reflejo provocado tónico asimétrico del cuello.

Con el niño en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración, tome la cabeza del niño y realice una rotación pasiva de la cabeza primero hacia un lado y después hacia el otro, en cada posición debe permanecer por lo menos 15 segundos. Usted observará una extensión del miembro superior del lado hacia el cual se gira la cara del niño y una flexión más pronunciada del lado opuesto. La respuesta puede desencadenarse solamente a nivel de los miembros inferiores, que se colocan con una discreta flexión del lado hacia el cual se gira la cara y con discreta extensión del lado opuesto. Valore su presencia y simetría tomando en cuenta que se presenta durante los dos primeros meses, hay inconsistencia entre el 2° - 3° mes y hay ausencia a partir 4° mes de edad corregida.

Interpretación

- NORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia acorde al rango de edad. En caso de estar presente debe ser simétrico.
- ANORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia que no corresponda al rango de edad. Ser asimétrico, en caso de estar presente

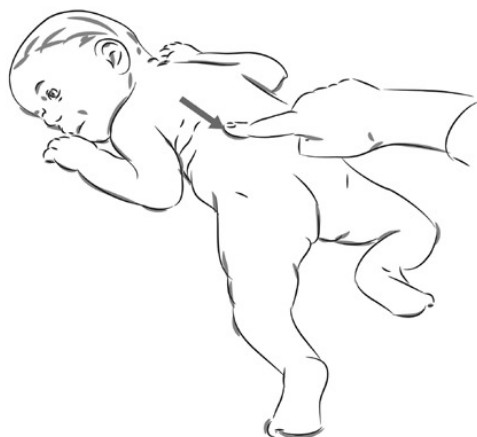


8.6 Reflejo de Galant

Con el niño en decúbito ventral sobre la mesa de exploración, toque firme pero gentilmente con su dedo índice la espalda del niño aplicando este estímulo en la línea paravertebral izquierda o derecha (2-3 cm al lado de los procesos espinosos vertebrales) desde la región inter escapular hasta los glúteos, aplique un estímulo por lado a la vez. Usted observará que el niño flexiona la cadera hacia el lado del estímulo. Valore su presencia y simetría considerando que es más intenso durante el primer mes de vida, después de esto comienza a disminuir su intensidad hasta desaparecer por completo al 4° mes de vida.

Interpretación

- NORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia acorde al rango de edad. En caso de estar presente debe ser simétrico.
- ANORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia que no corresponda al rango de edad. Ser asimétrico, en caso de estar presente.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 64

8.7 Prensión plantar

Con el niño en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración, toque firme pero gentilmente con su dedo pulgar la planta del pie del niño aplicando este estímulo entre las cabezas del primer y segundo metatarsiano, aplique un estímulo por lado a la vez. Usted observará que el niño flexiona los dedos del pie estimulado.

Valore su presencia y simetría tomando en cuenta que es más intenso y no dura más de 10 segundos durante el primer mes de vida, después de esto comienza a disminuir su intensidad y duración hasta desaparecer por completo en el 10° mes de vida .

Interpretación

- NORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia acorde al rango de edad. En caso de estar presente debe ser simétrico.
- ANORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia que no corresponda al rango de edad. Ser asimétrico, en caso de estar presente.

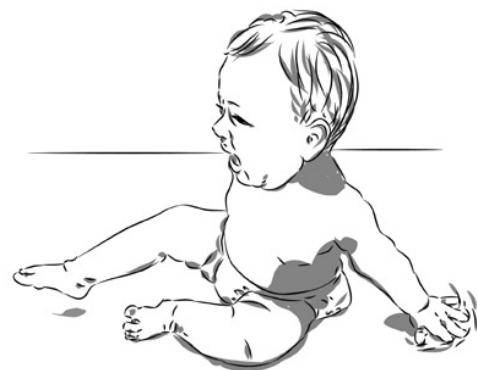


8.8 Reacción a la propulsión lateral del tronco

Con el niño en sedestación, aplique con una mano un brusco pero gentil empujón lateral a la altura del hombro. Usted observará que el niño extiende el brazo del lado opuesto para parar la caída. Procure con su otra mano proteger al niño de una posible caída. Valore su presencia y simetría, tomando en cuenta que aparece en el 6° mes siendo en este periodo más intenso y comienza a disminuir paulatinamente a partir del 7°-8° mes para desaparecer por completo en el 9° mes de vida.

Interpretación

- NORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia acorde al rango de edad. En caso de estar presente debe ser simétrico.
- ANORMAL Presencia, inconsistencia o ausencia que no corresponda al rango de edad. Ser asimétrico, en caso de estar presente



8.9 Reacción de paracaídas

Tome al niño por detrás sujetándolo fuerte pero gentilmente de la espalda y cadera con ambas manos, acérquelo a usted en suspensión ventral; después sujetándolo firmemente inclínelo con

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 65

la cabeza hacia adelante, sobre la mesa de exploración. Usted observara que el niño realiza un movimiento brusco de extensión de los miembros superiores con abertura de las manos como si quisiera protegerse de una caída.

Valore su presencia y simetría tomando en cuenta que aparece en el 7° mes siendo este en este periodo más intenso para comenzar a disminuir su intensidad hasta desaparecer por completo en el 10° mes de vida.

Interpretación

- **NORMAL** Presencia, inconsistencia o ausencia acorde al rango de edad. En caso de estar presente debe ser simétrico.
- **ANORMAL** Presencia, inconsistencia o ausencia que no corresponda al rango de edad. Ser asimétrico, en caso de estar presente.



2. Criterios para la definición de riesgo en niños y niñas

1. RIESGO BIOLÓGICO

Los riesgos biológicos refieren a:

- Enfermedad congénita.
- Esquema de vacunación incompleto.
- Niños sin lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses o sin lactancia antes de los 2 años.
- Malformaciones congénitas.
- Patología que comprometa cualquiera de los sistemas (renal, digestivo, neurológico, hematológico, inmunológico, respiratorio, cardíaco, entre otros).
- Infección frecuente.
- Secuelas de otras patologías: PCI, Hemiplejías, paraplejías, retardo mental, entre otros.
- Desnutrición, obesidad, falla para progresar.

2. RIESGO AMBIENTAL

Los riesgos ambientales refieren a condiciones inadecuadas de la vivienda o barrio en que habita el niño o niña para garantizar el cumplimiento de sus derechos.

- Viviendas precarias, sin las condiciones básicas de agua potable, letrinas y espacio.
- Barrios con drenajes de aguas negras inadecuados (disposición de excretas en caños, vías públicas u otras).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 66

- Barrios con problemas para adquirir agua potable. Ejemplo aguas provenientes de pozos, ríos, no clorada.
- Grupos familiares con precarios hábitos de higiene.
- Grupos familiares con dificultades en hábitos de alimentación por pobreza (ausencia de alimentos) o por falta de límites (no regulación de horarios de comida o tipos de alimentos a ingerir).
- Progenitores o grupos familiares fumadores.
- Alta contaminación ambiental en la casa o los alrededores. Por ejemplo. Vivir cerca de botaderos de basura a cielo abierto o lugares donde se quema la basura, lugares con alta utilización de agroquímicos y plaguicidas, casas ubicadas cerca de fábricas productoras de desechos tratados inadecuadamente o productoras de humo, casas ubicadas cerca de gasolineras o sectores con alto tránsito.
- Habitar en localidades vulnerables a desastres naturales como inundaciones, derrumbes, terremotos, entre otros.
- Casas donde se cocina de leña.
- Habitar en ambientes de hacinamiento crítico (más de 3 personas por habitación).

3. RIESGO POR ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Los riesgos por acceso a los servicios de salud refieren a niños y niñas que por sus condiciones de vivienda, salud, económicas, de residencia no pueden acceder a servicios del primer, segundo o tercer nivel de atención de la CCSS. También incluye aquellos cuyos progenitores o personas encargadas no pueden llevarlos a los servicios de salud por condiciones económica, culturales, residenciales o de salud.

- Lugar de habitación muy alejado de los centros de salud, las escuelas, o los CEN-CINAI
- Ausencia o escasez u horarios poco flexibles de medios de transporte que faciliten llegar al establecimiento de salud.
- Zonas geográficas donde se dificulta el paso (por ejemplo por ríos en invierno, puentes, derrumbes).
- Grupos familiares en condición de pobreza extrema que no disponen de recursos para movilizarse al centro de salud.
- Progenitores o personas encargadas con dificultades de salud o discapacidad que les impiden movilizarse al establecimiento de salud.
- Niñas y niños con condiciones de salud o discapacidad que dificultan su acceso al servicio de salud.
- Zonas alejadas con única vía de acceso en mal estado.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 67

4. RECIÉN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO, SENSORIO-VISUAL Y AUDITIVO

Los riesgos neurológicos, sensoriales-visuales y auditivos de un recién nacido se refieren a aquellas condiciones que influyen en que un neonato tenga mayor probabilidad de presentar una patología, secuela o complicación en estos ámbitos.

A. Recién nacido (RN) de riesgo Neurológico.

- R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 grs o edad gestacional < a 32 semanas. (*)
- APGAR < 3 al minuto o < 7 a los cinco minutos.
- RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
- Convulsiones neonatales.
- Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal.
- Disfunción neurológica persistente (más de siete días).
- Daño cerebral evidenciado por ultrasonido o TAC.
- Malformaciones del sistema nervioso central.
- Neuro-Metabolopatías.
- Cromosomopatías y otros síndromes dismórficos.
- Hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto.
- RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
- Siempre que el médico o la enfermera Obstétrica lo considere oportuno.

B. Recién nacido de riesgo sensorial - visual

- Ventilación mecánica prolongada.
- Prematuridad extrema.
- RN con Peso < a 1500 grs.
- Hidrocefalia.
- Infecciones congénitas del sistema nervioso central.
- Patología craneal detectada por Ultrasonido/TAC.
- Síndrome malformativo con compromiso visual.
- Infecciones postnatales del sistema nervioso central.
- Asfixia severa.

C. Recién nacido de riesgo sensorial - auditivo

- Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión.
- Prematuridad extrema.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 68

- RN con peso < a 1500 grs.
- Infecciones congénitas del sistema nervioso central.
- Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo.
- Síndromes malformativos con compromiso de la audición.
- Antecedentes familiares de hipoacusia.
- Infecciones postnatales del sistema nervioso central.
- Asfixia severa.

5. RIESGO PSICOSOCIAL

Los riesgos psicosociales refieren a niños y niñas que viven o enfrentan situaciones de convivencia que vulnerabilizan sus derechos:

- Abuso Infantil en todas sus formas o antecedentes de este problema en la familia cercana (hermanos o hermanas).
- Violencia Doméstica en el núcleo familiar.
- Padre y/o madre con baja escolaridad y sin red de apoyo.
- Padre, madre o encargado adolescente.
- Padre o madre privado de libertad y el otro progenitor sin red de apoyo.
- Insatisfacción de necesidades básicas por pobreza extrema u otras circunstancias.
- Toxicomanías en las personas adultas encargadas del cuidado del niño(a) (alcoholismo, drogadicción).
- Hacinamiento habitacional, grupos plurifamiliares en la vivienda sin espacios separados disponibles.
- Progenitores, personas encargadas o grupos familiares con dificultades o pobres habilidades en la crianza oportuna (normas, límites, tiempo de calidad, supervisión, estimulación, cuidado y afectividad, entre otros).
- Niños con pobre rendimiento escolar y sin red de apoyo familiar.
- Niños extremadamente tímidos, con escasas habilidades de comunicación.
- Niños que viven en albergues.
- Padre, madre o encargado con discapacidad mental sin adherencia al tratamiento y sin red de apoyo familiar.

Aclaración riesgo psicosocial: maltrato o abuso

Factores de riesgo en los diferentes tipos de maltrato

La intervención sobre factores de riesgo en prevención del maltrato a niños, niñas y adolescentes, puede darse desde prevención primaria o secundaria, en prevención primaria las acciones se dirigen hacia evitar los factores de riesgo y en secundaria se actúa para detectarlos

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 69

en forma temprana, posterior a lo cual se deben establecer estrategias que permitan en primer lugar su neutralización y posterior fomento de factores protectores³².

La búsqueda de factores de riesgo se puede hacer en primer lugar mediante una búsqueda sistemática en la historia de salud, lo que incluye el actualizar dicha historia en los sucesivos controles, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos desde el embarazo y el parto, observación de la conducta del niño o niña, los cuidados al niño(a), presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los progenitores o personas encargadas frente al establecimiento de normas y límites (golpes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas)³³⁻³⁴⁻³⁵.

-Un factor de riesgo general conocido está relacionado con los conocimientos y habilidades del padre, la madre o el cuidador (a) en los diferentes períodos de desarrollo de los niños y las niñas, por lo que se deben identificar aquellos que necesitan de reforzar sus conocimientos y actuar sobre sus prácticas.

-Factores de riesgo particulares son: familias donde el maltrato no se reconoce como un problema por lo que se presenta violencia familiar a cualquiera de sus miembros, así como problemas de adicción de sustancias a drogas legales e ilegales y problemas en la salud mental y/o trastornos psiquiátricos no controlados.

Pese a que se conocen diversos factores o elementos de riesgo, es importante recordar que ningún factor de riesgo en forma aislado identifica la existencia de una situación de abuso pues usualmente coexisten varios de ellos. El funcionario(a) de salud debe reunir el conocimiento sobre los factores de riesgo y aclarar con los hallazgos que pueda encontrar en una o varias consultas. En el Cuadro siguiente aparece más detalle sobre diferentes factores de riesgo que debemos tener presentes.

³² Soriano, F. J. (2001). Promoción del buen trato, prevención y detección del Maltrato Infantil. Guías Clínicas; 1 (15). En: www.fisterra.com/guias2/maltrato2.htm

³³ Instituto Madrileño del Menor y la Familia (Abril, 1999). Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Ed. Consejería Sanidad y Servicios Sociales. Madrid; 49-72, pp. 167-172.

³⁴ Bethea, L. Mar, 1999). Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician 15;59(6);1577-85, pp. 1591-1592.

³⁵ Freitag, R., Lazoritz, S. y Kini, N. (1998). Psychosocial aspects of child abuse for primary care pediatricians. Pediatric Clin North Am; 45(2). pp. 391-402.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS. 13012016</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 70

FACTORES DE RIESGO GENERALES Y VULNERABILIDAD PARA EL MALTRATO A NIÑOS Y NIÑAS (Construido con información de artículos citados anteriormente, en particular de Soriano Saura. Se agregan otros (*))		
INDIVIDUALES	FAMILIARES	SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> -Deficiencias físicas o psíquicas. -Dependencia biológica y social. -Separación de la madre en el período neonatal. -Niños y niñas de difícil control. -Prematuridad. -No lactancia materna *. -Discapacidad -Hospitalizaciones frecuentes. -No asistencia al control de desarrollo* -Policonsulta -Cambios en el rendimiento escolares. -Ausentismo escolar -Actitudes y conductas sexuales no propias de la edad. -Agresividad emocional y física. -Pretextos para no ir a su casa. -Fugas frecuentes. -Pérdida del control de esfínteres. -Depresión-ansiedad -Terrores nocturnos -Poca expresividad*. -Trastornos psicósomáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Familias monoparentales. -Embarazo no deseado. -Padres y madres adolescentes. -Padre o madre no biológico. -Abuso de drogas y alcohol. -Historia de violencia intrafamiliar. -Bajo control de impulsos. -Trastornos psiquiátricos -Deficiencia mental. -Prostitución. -Separación en el período neonatal precoz. -Abandono por fallecimiento de uno de los conyugues. -Crisis familiares. -Pornografía*. -No se reconoce el maltrato como un problema*. -Antecedente de abuso sexual. -Comunicación violenta* -Altas expectativas sobre el niño y niña. -Uso del castigo físico como técnica de disciplina. -Relaciones de poder desiguales entre conyugues*. -Límites generacionales difusos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ausente o poco apoyo social. -Aislamiento social. -Crisis -Hacinamiento -Inmigración -Desempleo. -Cultura pro violencia*. -Ausencia o poca información sobre los diferentes tipos de abuso*. -Visión de niñez* propicia para los diferentes tipos de maltrato*.


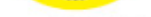








CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 71

Referencias bibliográficas

- Aguilera, L., Alonso, M., Alvarez, J. et al. (2005). Protocolo de Salud Infantil Atención al Niño Sano. En: http://apuntesenfermeria3.iespana.es/2007/Protocolo%20de%20Salud%20Infantil_AC.pdf
- Amiel-Tison, C. y Grenier, A. (1981). Valoración neurológica del recién nacido y del lactante: evolución normal en el curso del primer año. Barcelona: Toray-Masson; pp. 9-50.
- El entorno insalubre, riesgo para el niño. (Abril, 2003). Mediterráneo. En: [www_elperiodicomediterraneo_com.htm](http://www.elperiodicomediterraneo.com.htm)
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención. (2005). Temprana. Libro Blanco de la Atención. España.
- Hahn, Y.S. et al. (1988). Head injuries in children under 36 months age. Childs Nerv Syst; 4; pp. 34-39.
- Lloberas, J. y Ribas, J.B. (1983). Exploración neurooftalmológica. En: Corominas Beret F. et al. Neuropediatría Semiología técnicas exploratorias y síndromes neuropediátricos. Barcelona: Oikus-tau; pp. 327-367.
- Martell, M., Burgueno, M. y Arbon, G. et al. (2007). Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo. Arch. Pediatr. Urug. [online]. sep. 2007, vol.78, no.3]. pp.209-216 En: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842007000300004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0004-0584
- Mummenthaler, M. y Mattle, H. (2004). Neurology. Diseases mainly affecting the brain and its coverings. Stuttgart Alemania: Thieme.; pp. 13-388.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI. Módulo Riesgos Ambientales. Consultado en Junio, 04, 2009 en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-ambiente1.pdf>.
- Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). Manual de Exploración Neurológica para Niños Menores de Cinco Años en el Primer y Segundo Nivel de Atención. (1º ed.). México: Secretaría de Salud.
- Swaiman, K.F. et al. (2006). Pediatric Neurology Principles & Practice: Neurologic Examination of the older child. Vol. 1. Philadelphia: Elsevier; pp. 17-35.
- Swaiman, K.F. et al. (2006). Pediatric Neurology Principles & Practice: Neurologic Examination after the Newborn Period until 2 years of age. Vol. 1. Philadelphia: Elsevier; pp. 37-46.
- Verdu, A., Cazarola, M.R. y Torres, J. (2008). Manual de Neurología Infantil: la historia clínica en neurología infantil. Comunicación e información. Madrid: PUBLIMED; pp. 29-34.
- Verdu, A., Cazarola, M.R. y Castro de Castro, P. (2008). Manual de Neurología Infantil: examen neurológico del neonato y del niño pequeño. Madrid: PUBLIMED; pp. 44-52.

Anexo 3

Introducción de alimentos a partir del sexto mes de edad

ALIMENTO	MESES DE EDAD						
	1	2	3	4	5	6	A PARTIR DE LOS 6 MESES
 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  LACTANCIA MATERNA CON OTROS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS	●	●	●	●	●	●	●
 Verduras harinosas (papa, camote, tiquizque, ayote sazón, ñampi, plátano).							●
 Frutas no ácidas (banano, mango, sandía, melón, papaya).							●
 Vegetales (zanahoria, chayote, ayote tierno, zapallo y espinacas).							●
 Aroz, maíz, pastas, fideos o macarrones							●
 Carne de pollo, res molida.							●
 Frijoles, garbanzos, lentejas, alverjas							●
 Agua							●
 Huevo, Pescado, Frutas ácidas (fresas, piña, mandarina, naranja, limón ácido y dulce)							●

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 13012016
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 73

ACLARACIONES IMPORTANTES

- *El niño(a), durante los primeros 6 meses de vida debe recibir sólo leche materna.*
- *Durante estos primeros seis meses no hay que usar ningún otro alimento, ni agua, ni manzanilla, ni caldos.*
- *A partir de los 6 meses de edad se debe iniciar la alimentación del niño(a) con otros alimentos y se debe continuar con leche materna hasta los 2 años y más.*
- *Todos los alimentos que brinde al niño(a), deben ser frescos, naturales, limpios y sin preservantes, colorantes, sal, azúcar o mantequilla.*
- *Los alimentos deben ser majados, nunca se licúan, ni hay que colarlos.*
- *Evite darle a su niño(a) gaseosas, golosinas y paquetitos salados.*
- *Estos productos no lo alimentan y le quitan el apetito.*

Su niño(a) está listo para empezar a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, cuando:

- se sienta sólo
- traga bien

En el caso de los niños (as) que nacieron prematuros puede ser que estas habilidades no estén presentes a los 6 meses, si es así, debe ser evaluado en el EBAIS, para asegurarse de que está listo para comer otros alimentos.

Recuerde que el niño(a) debe tomar los líquidos con beberito o vaso. Nunca utilice el chupón.

A partir de los 6 meses de edad

- A partir de los 6 meses de edad, **además de la leche materna**, el niño debe iniciar el consumo de otros alimentos, como **verduras harinosas, frutas o vegetales**. Se deben dar en forma de puré, majando el alimento con un tenedor.
- Y posteriormente, puede introducir arroz, maíz y fideos como fuentes de gluten.
- Continuar con frijoles, alverjas, lentejas o garbanzos suaves, majados con tenedor, los cuales se pueden mezclar con arroz o fideos.
- Al tolerar lo anterior introduzca la carne de pollo o res molida, bien desmenuzada.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 74

- Cada alimento nuevo que se introduzca debe dársele al niño durante 3 a 5 días, para asegurarse que no le genera ninguna reacción alérgica (brotes en la piel, vómitos, diarrea, problemas respiratorios).
- Durante los 3 a 5 días en que el niño(a) está probando un alimento, puede aumentar la cantidad según lo acepte.
- Existen alimentos potencialmente alergénicos como: el huevo, el pescado, el tomate y frutas ácidas. Actualmente se recomienda la introducción de esos alimentos antes del año, ofreciéndole al niño (a), un mismo alimento, en porciones pequeñas durante al menos cinco días.
- A los 6 meses el niño debe tener dos tiempos de comida: desayuno y almuerzo.

ALERTA

En caso de que su hijo o hija presente algún brote o hinchazón en la piel, dificultad para respirar, vómitos severos o diarrea inmediatamente después de consumir algún alimento, evite dárselo y consulte al Médico del EBAIS.

Podría tratarse de una reacción alérgica al alimento.

Si se comprueba una reacción alérgica a un alimento, este debe suspenderse al menos por 6 meses.

- A los 7 meses de edad el niño puede tener 3 tiempos de comida al día (desayuno, almuerzo y cena).
- A los 8 meses de edad los alimentos se dan cada vez más enteritos, para que el niño(a) se acostumbre a masticar.
- A los 8 meses de edad se introducen dos tiempos de comida más (merienda a media mañana y merienda a media tarde).
- Estimule al niño(a) para que tome la cuchara por sí mismo. No se moleste si hace regueros, es parte de su desarrollo.
- A partir de año de edad el niño (a) debe consumir los mismos alimentos que consume el resto de la familia.

Alimentación saludable después del primer año de edad

A partir del año de edad, los niños y las niñas pueden comer los alimentos que se preparan para el resto de la familia, requieren tres comidas y dos meriendas nutritivas, complementadas con lactancia materna hasta los dos años y más.

Recuerde que los tiempos de comida deben ser momentos para disfrutar y compartir con amor.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 75

Ellos necesitan **consumir diariamente cantidades adecuadas de alimentos variados, naturales, frescos, limpios y presentados de manera atractiva** para obtener las sustancias nutritivas que le permiten al cuerpo mantenerse sano.

Recomendaciones

- Incluya diariamente arroz y frijoles.
- Consuma diariamente frutas y vegetales.
- Consuma al menos tres veces por semana carne (res, pollo, pescado) o huevo.
- Si el niño no consume lactancia materna debe consumir diariamente lácteos (yogurt, queso, leche).
- Los alimentos deben servirse de forma atractiva, incluyendo diferentes colores, sabores, texturas y olores.
- Incentive el consumo de agua.
- Cocine con aceite vegetal.
- Ponga en práctica un horario regular para las comidas.
- Promueva que el niño o niña mastique los alimentos.
- Promueva el lavado de manos antes de comer y el cepillado de dientes después de las comidas.
- Evite forzarles y “perseguirles” para que coman. Los niños comen despacio, no les apesure ni regañe mientras comen.
- Evite que el niño(a) consuma diariamente confites, repostería, frituras, refrescos artificiales.
- Evite el consumo de alimentos muy dulces o muy salados.

Prepare los alimentos en casa.

Referencias bibliográficas

- Becker, G.E. y Remington, T. (2014). Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* Nov 25; 11: CD006462. doi: 00.1002/14651858.CD006462.pub3.
- González, R. y Flores, A. (2014). El gluten, la lactancia materna y la enfermedad celiaca, ¿qué hay de nuevo? *Evidencias Pediátricas* 10: 63.
- Kramer, M.S. y Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* Aug 15; 8:CD003517. doi: 10.1002/14651858.CD003517.pub2
- Lionetti, E. et al. (2014). Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *New Engl Journal Med*; 371. pp. 1295-303.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 76

- Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. (2008). Medical Position Paper. Complementary Feeding: A commentary by the ESPGHAN; 46. pp. 99–110.
- Muraro, A. et al. (May, 2014). EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. Allergy; 69 (5). pp. 590–601.
- Nutrición y Obesidad materno-infantil en países de bajos y medianos ingresos: Serie 2013 sobre Nutrición Materno Infantil. (2013) The Lancet.
- Oddy, W. et al. (2014). Early Infant Feeding and Adiposity Risk: From Infancy to Adulthood. Annals of Nutrition Metabolism; 64. pp. 262–270
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Ginebra, Suiza: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Principios de orientación para la alimentación del niño amamantado. Ginebra, Suiza: OMS.
- Academy of Nutrition and Dietetic. (2015). Promoting and Supporting Breastfeeding. Journal Acad Nutr Diet. 115. pp. 444-449.
- American Dietetic Association (2009). Promoting and Supporting Breastfeeding. Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Journal Am Diet Assoc;109. pp. 1926-1942.
- Section on Breastfeeding Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. (2012). Pediatrics 129; e827
- Tham, H., Rajakulendran, M. y Shek, L. (2014). Prevention of food allergy in the real life. Asian Pac Journal Allergy Immunol; 32. pp. 16-24
- UNICEF, OMS, UNESCO, PMA, ONUSIDA, PNUD. (2010). Para la vida. Cuarta Edición. En: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Facts_for_Life-Book_SP_04062010.pdf

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 77

Anexo 4 Valoración Ocular Pediátrica

Una valoración ocular adecuada y oportuna permite detectar condiciones que alteran la imagen visual normal, lo cual puede influir en el desarrollo global del niño o la niña. El 40% de la ceguera en la niñez tiene causas que pueden prevenirse si se detectan tempranamente. A manera de guía para esta valoración puede utilizarse el Carné de Salud del Niño y la Niña.

TAMIZAJE OCULAR*
 (Para ser llenado por funcionarios de salud)

HISTORIAL MÉDICO			
ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
Retinoblastoma en padre, madre o hermanos (es)			
Cataratas congénitas en el niño (a)			
Glaucoma congénito en el niño (a)			
Ceguera familiar en padre o madre			
Prematuros de menos 1500 grs.			
Enfermedades metabólicas en el niño (a)			
Anormalidades cromosómicas en el niño (a)			
Artritis juvenil en el paciente			
Síndrome de Down o Marfan en el niño (a)			
Presencia de nistagmus en el niño (a)			
Presencia de enfermedades genéticas en el niño (a)			
Otros			
EVOLUCIÓN OCULAR			
PUPILAS (marque con X)	Normal	Anormal	
REGISTRO DE VISIÓN			
EDAD	ITEM	SI	NO
0 a 1 mes	¿Sigue la luz?		
2-3 m	¿Contacto visual?		
3-6 m	¿Toma objetos?		
6m-1año	¿Reconoce personas?		
1-2 años	¿Cambia de mano los objetos? Test de las raquetas positivo		
3-5 años	20/50 o dos líneas de diferencia		
5 años	20/40 o dos líneas de diferencia		
ALINEAMIENTO OCULAR			
¿Reflejo luminoso corneal centrado?			
¿Estrabismo?			
EXAMEN DEL REFLEJO ROJO			
Con manchas blancas			
Con manchas oscuras			
Asimétrico			
OTRAS VALORACIONES OCULARES ALTERADAS:			

*Tomado del Programa de Tamizaje Ocular, Hospital Nacional de Niños
 Cuando se detectan los problemas destacados en rojo se debe referir inmediatamente al niño o niña al Servicio de Oftalmología del Hospital Nacional de Niños.

21

TAMIZAJES

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 78

1. HISTORIAL MÉDICO

- Antecedentes heredofamiliares en padre, madre o hermanos de retinoblastoma, cataratas congénitas o glaucoma congénito: **referir de forma prioritaria para un examen oftalmológico completo al Servicio de Oftalmología más cercano de acuerdo con red de servicios.**
- Antecedentes personales patológicos: enfermedades metabólicas, anomalías cromosómicas, artritis juvenil, síndromes de Down o Marfan, nistagmus y / o enfermedades genéticas: **referir al Servicio de Oftalmología que le corresponda por área de atracción a cupo.**
- Prematuros con factores de riesgo (menos de 1500g, menos de 34 semanas de edad gestacional, transfusiones, sepsis, administración de oxígeno a altas concentraciones): **serán valorados a las 4 semanas de edad por Oftalmólogo capacitado para el procedimiento según organización de la Red.**

2. REGISTRO DE LA VISIÓN

La medición de la agudeza visual es el primer paso en el examen de los ojos.

- **De acuerdo a la edad del niño o niña, revise:**

De 0 a un mes:

- El recién nacido raramente tiene los ojos alineados
- Fluctúa entre orto, eso y exo.
- Debe fijar y seguir la luz
- Seguimiento horizontal.

De 2 meses a 3 meses

- Establece contacto visual
- Sigue el rostro materno
- Seguimiento de objetos vertical y horizontal.

De 3 a 6 meses

- Observa y toma objetos de su interés
- Mira las manos.

De 7 meses a 10 meses

- Desarrollan la pinza,
- Se interesa por láminas de colores y objetos escondidos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 79

De 11 a 12 meses.

- Reconoce personas
- Miran por las ventanas

De 1 año a 2 años

- Coge objetos de su interés
- Alrededor del año apunta algo que le interesa

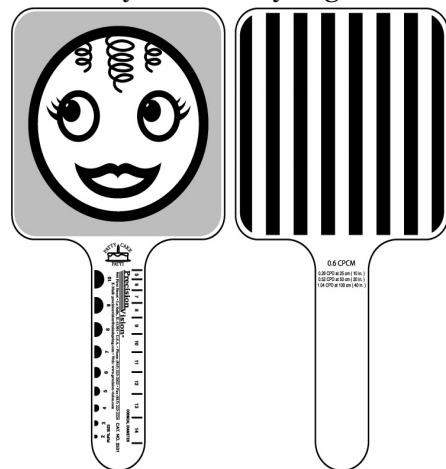
Si el niño o la niña no cumple con los criterios anteriores, debe ser referido al Servicio de Oftalmología que le corresponda por área de atracción.

– **Prueba de mirada preferencial**

Esta prueba se usa para que el observador detecte el movimiento de los ojos hacia el estímulo en sentido horizontal o vertical en niños que aún no hablan.

Se debe colocar al niño o niña a 30 cms en posición vertical, viendo hacia el examinador. Se le muestra una paleta con rallas blancas y negras y otra blanca las cuales se mueven en sentido contrario. El niño o niña debería seguir con su mirada la paleta con rayas blancas y negras.

Si no se tiene acceso a paletas: se coloca al niño o niña a 30 cms en posición vertical, viendo hacia el examinador quien rota sobre su propio eje. El niño debe mover sus ojos semejando un nistagmus (reflejo ortoquinético).



– **Agudeza visual con la cartilla de Snellen modificada:**

- Se utiliza en niños mayores de 3 años. Se recomienda su aplicación una vez al año en escenario educativo o de salud.
- La columna de la izquierda tiene figuras para evaluar a niños y niñas preescolares. La columna de la letra E, en diferentes posiciones, permite evaluar a cualquier edad. Hacia la derecha existe una columna con números y otra con letras. Cada una de estas columnas está dispuesta de mayor a menor tamaño, desde arriba hasta abajo del cartel.
- Al lado de cada línea hay un número (con una cifra arriba y otra abajo, separados por una línea horizontal, ejemplo:6/6, 6/60).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 80

- Es normal que un niño o niña de tres años vea como máximo el 6/12 y de 5 a 6 años el 6/9.



¿Cómo se prepara el sitio del examen?

1. Escoger el lugar donde colocar el cartel. Puede ser una pared.
2. La persona que será examinada puede permanecer de pie o sentada (a condición de que la línea correspondiente a 6/9 quede a la altura de sus ojos) y a 6 metros (6 pasos largos del cartel).
3. El cartel debe colocarse en un lugar iluminado, evitando la presencia de ventanas u otros objetos que distraigan o produzcan reflejos de luz incómodos.
4. El examinador debe colocarse al lado del cartel de tal manera que pueda señalar las letras, números o figuras (con un lápiz o un palito) sin taparlas, y al mismo tiempo pueda observar al niño o a la niña.
5. No permitir distracciones.
6. Un pedazo de cartulina o una paleta deben estar disponibles para que el niño o la niña se cubran cada ojo en forma alterna.
7. El examinador tendrá papel y lápiz listo para anotar los resultados del examen.

Método por seguir

1. Explicar al niño o a la niña lo que deben hacer cuando le señalan las figuras, letras o números.
2. En primer lugar, realizar el examen con los dos ojos descubiertos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 81

3. Luego, la persona cubre su ojo izquierdo y se mide la agudeza visual del ojo derecho, señalando desde las letras más grandes hasta las más pequeñas que el niño o la niña puedan ver.
4. Al terminar, hacer que se tape el ojo derecho para medir la agudeza visual del ojo izquierdo.
5. Si el niño o niña usa lentes, deberá tenerlos puestos durante el examen y luego quitarlos para hacerlo sin lentes (o sea, necesario realizar el examen dos veces).
6. Anotar la última línea que el niño o la niña logren ver.

Explicación del método

1. Si el niño o la niña no distingue las letras más grandes del cartel (6/60), acercarlo a éste en forma progresiva, (metro a metro), hasta que las distinga; anotar la distancia en metros a que quedó del cartel en el numerador del quebrado (4/60, 2/60, entre otros).
2. Si a un metro no logra distinguir las letras más grandes, asegúrese si puede contar los dedos de la mano del examinador, y en caso afirmativo, cuál es la distancia máxima que pueda hacerlo. Anotar ese dato (Ejemplo: C.D. (cuenta dedos) a 50 cm).
3. En caso de que sea incapaz de contar dedos, el examinador moverá la mano frente a los ojos del niño(a) y se asegurará si éste puede detectar el movimiento. Anotar el resultado (Ejemplo: M.M.(movimiento de mano) a 10 cm).
4. Si es incapaz de detectar movimiento de mano, encender una luz cerca y frente a los ojos del niño(a) y preguntarle si la percibe. Anotar el resultado (Ejemplo: P.L. (percibe luz) o N.P.L.(no percibe luz)).

Criterios de referencia

1. A Oftalmología si se evidencian problemas oculares, aunque la agudeza visual sea 6/6 en ambos ojos.
2. A Optometría u oftalmología –según recursos de la red- si la agudeza visual menor a 6/12, aunque no se evidencien síntomas oculares.
3. A Optometría u oftalmología –según recursos de la red- Agudeza visual en la cual un ojo muestre diferencias en dos líneas más con respecto al otro ojo, aun cuando en uno o en ambos ojos la visión sea de 6/9 o menor.

3. ALINEAMIENTO OCULAR

El niño y la niña normales alinean los ojos a partir de los 6 meses de edad.

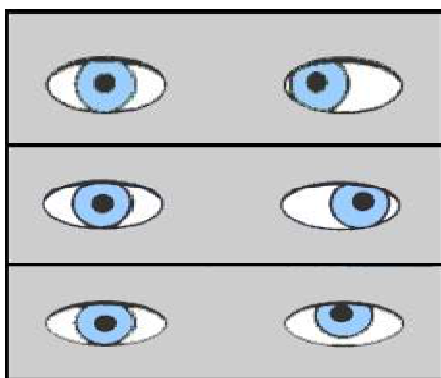
En niños pequeños el estrabismo debe diferenciarse del pseudo estrabismo causado por pliegues cantales medios prominentes y por puente nasal aplanado.

Utilice un foco pequeño y observe si el reflejo luminoso



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 82

corneal se encuentra en el centro de la pupila en cada uno de los ojos .El método más común de asegurar el alineamiento, son los reflejos corneales a la luz o Hirschberg. En este test el examinador a un metro de distancia, observa la posición del reflejo a la luz de un foco. El reflejo debe localizarse centralmente en la misma posición en cada ojo aun cuando los ojos se muevan en diferentes direcciones. Si existe desplazamiento de un reflejo luminoso en uno de los ojos, esto sugiere un estrabismo.



Esotropia

Exotropia

Hipertropia

Ante la sospecha de Estrabismo, debe referirse al niño o a la niña al Oftalmólogo a cupo.

1. EXAMEN DE REFLEJO ROJO



Se pretende con ese examen, identificar mediante un oftalmoscopio directo el reflejo luminoso rojo y simétrico de ambos ojos a través de medios oculares transparentes, lo cual viene a descartar patologías en la córnea, en el cristalino, en el vitreo y en la retina misma.

En caso de no tener acceso a Oftalmoscopio, puede utilizarse una cámara fotográfica con flash, inclusive la del teléfono celular.

Este examen se debe realizar durante la cita de Captación Temprana antes de los 8 días de edad y puede repetirse durante las citas consecutivas de control de crecimiento y desarrollo, ya que existen patologías que aparecen a mayor edad.

El reflejo rojo debe ser realizado en una habitación con poca luz. El examinador debe ver a través del oftalmoscopio indirecto a un metro de distancia del paciente.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 83

Técnica.

– *Antes del examen*

Colocar al niño al mismo nivel del examinador y lo más confortable posible

Colocar oftalmoscopio en cero dioptrías

Usar el círculo más grande de luz

Bajar a media intensidad de la luz del oftalmoscopio

– *Durante el examen*

1. Observar por el oftalmoscopio
2. Ajustar el foco hasta ver el brillo pupilar
3. Comparar la apariencia de ambas pupilas
4. Comparar el reflejo de fondo con un familiar sano que esté cercano

Reflejo Rojo Normal

Un reflejo rojo normal es cuando ambas pupilas muestran un reflejo simétrico, brillante sin manchas ni sombras.

Un reflejo rojo es anormal cuando ambas pupilas presentan ausencia de brillo, se presenten manchas negras o blancas en la pupila o cuando el reflejo es muy diferente comparado con un familiar sano que esté cercano. Este hallazgo implica la referencia para valoración prioritaria por médico oftalmólogo según red de servicios.

Signos de alarma

El equipo de salud o el docente deberá buscar los siguientes síntomas o signos por interrogatorio y observación.

1. Frotamiento excesivo de ojos.
2. Cerrar y cubrirse un ojo con frecuencia o inclinar la cabeza hacia un lado o delante para tratar de ver mejor.
3. Dificultad para leer.
4. Parpadeo frecuente o dolor de cabeza con lectura.
5. Sostener los libros muy cerca de los ojos para leer.
6. No distinguir bien los objetos, a la distancia.
7. Mantener los ojos desviados.
8. Tener frecuentes orzuelos, picazón o ardor en los ojos.
9. Tener los párpados enrojecidos o hinchados.
10. Mantener los ojos rojos o llenos de lágrimas.
11. No ver bien, ver nublado o ver doble.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 84

Referencias

American Academy of Pediatrics [Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Section on Ophthalmology], American Association of Certified Orthoptists, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy of Ophthalmology (2003). Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians. *Pediatrics* 111(4), 902-907.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2010) Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña.

Vargas, M. (2007) Proyecto de Implementación del Tamizaje Ocular Pediátrico para Costa Rica .Tesis del Programa de Postgrado en Gerencia de Proyectos de Desarrollo . ICAP. San José, Costa Rica.

U. S. Preventive Services Task Force (2004). Screening for visual impairment in children younger than age 5 years: recommendation statement. *Annals of Family Medicine* 2, 263-266.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 85

Anexo 5 Valoración Auditiva Pediátrica

TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL UNIVERSAL (TANU)	
<p><i>El Tamizaje Auditivo Neonatal Universal forma parte del Programa Nacional de Detección e Intervención Temprana de la Sordera, desarrollado en los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social.</i></p> <p>El aprendizaje más importante para sus niños ocurre en los primeros años de vida.</p> <p>Usted sabía que los niños empiezan a comprender las palabras desde el momento en que ellos nacen? Ellos ya están aprendiendo el habla y el lenguaje a pesar de que no van a decir sus primeras palabras hasta que tengan alrededor de 12 meses de edad. Los bebés necesitan oír para que puedan aprender a hablar. Por eso es muy importante identificar a los bebés que tienen pérdidas auditivas o sordera para recibir la ayuda que necesitan a esta edad. Si usted detecta una sordera de forma temprana, su bebé tendrá las mejores posibilidades de aprender.</p> <p>Recuerde! La sordera es el desorden congénito más frecuente en recién nacidos.</p> <p>Si su niño obtiene un “pasa” en ambos oídos, esto significa que en este momento su audición es normal en ambos oídos. Existen algunas sorderas que se adquieren o manifiestan meses o años después de nacer, por eso es muy importante que evalúe con detenimiento el desarrollo del lenguaje de su bebé utilizando la Lista para Evaluar la Audición de su Bebé, incluida en este Carné. Si tiene dudas de que su bebé escucha o encuentra un atraso en el desarrollo del lenguaje, visite al personal de salud y solicite una evaluación.</p>	<p style="text-align: center;">RESULTADOS DEL TANU</p> <p>Fecha de la prueba: _____</p> <p><u>Emissiones Otoacústicas (EOA)</u></p> <p>Primer TANU (recién nacido) OIDO DERECHO: pasa / refiere OIDO IZQUIERDO: pasa / refiere</p> <p>Segundo TANU (antes de 1 mes de edad y sólo para los bebés que no pasan el primer TANU con EOA)</p> <p>OIDO DERECHO: pasa / refiere OIDO IZQUIERDO: pasa / refiere</p> <p><u>Potenciales Evocados Auditivos Automáticos (PEAA)</u></p> <p>Primer TANU (recién nacido en UCIN u otro)</p> <p>OIDO DERECHO: pasa / refiere OIDO IZQUIERDO: pasa / refiere</p> <p><i>A todos los bebés que obtengan un “refiere en el primer TANU con EOA, se les debe realizar el segundo TANU preferiblemente antes de que cumplan un mes de edad.</i></p> <p><i>Todos los bebés que obtengan un “refiere” en el segundo TANU deben ser referidos a Evaluación Diagnóstica Audiológica en Hospital México u Hospital Nacional de Niños según red de referencia establecida en Protocolo de Atención.</i></p> <p><i>Todos los bebés que obtengan un “refiere” en el primer TANU con PEAA deben ser referidos a Evaluación Diagnóstica Audiológica en Hospital México u Hospital Nacional de Niños según red de referencia establecida en Protocolo de Atención.</i></p>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 86

Valoración de agudeza auditiva con Cartilla de Dibujos

Puede llevarse a cabo en los niños(as) de tres años en adelante.

Técnica

1. Debe hacerse individualmente y sin prisa.
2. El examinador debe colocar su boca a la altura de la oreja del niño(a), a un metro de distancia.
3. El examinador debe cuidarse de que el niño(a) no le vea la boca en el momento del examen.
4. Se explica que debe señalar cada figura cuando oiga la palabra que designe alguna de ellas.

Método

El examinador se ubica a una distancia de un metro, diagonal al oído derecho del niño(a).

1. Al niño(a) se le coloca un algodón impregnado con vaselina blanca en el oído contrario al que va a examinarse.
2. En voz hablada a nivel mínimo (no susurrada) se le van diciendo las palabras. Por ejemplo: el caballo, el florero, el avión, etc., hasta completar cuatro figuras salteadas. Se anota al resultado obtenido y se prosigue de la misma manera con el oído contrario.

Nota: En caso de haber inseguridad al oír una palabra, se le puede repetir más de una vez.

Modo de informar el resultado

1. Si de cuatro nombres que se le dijo el examinador, señaló correctamente cuatro figuras, el resultado se anotará así: 4/4: bien.
2. Si de cuatro señaló correctamente tres, se anotará así: 3/4: bien.
3. Si de cuatro señaló correctamente dos, se anotará así: 2/4: dudoso.
4. Si de cuatro señaló correctamente uno, se anotará así: 1/4: mal.
5. Si la prueba resultara dudosa o mala en uno o ambos oídos, deberá repetirse otro día, y si el resultado persisten hay que referir al niño(a) al establecimiento de salud. Donde se realicen estudios más precisos.

Signos de alarma

El equipo de salud o docente deberá buscar las siguientes señales de peligro por interrogatorio y observación y referir al nivel que amerite en caso necesario:

1. Defectos al hablar o pronunciar palabras.
2. Dolor, supuración o ruidos frecuentes en uno o ambos oídos.
3. Dificultad para entender lo que se habla.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 87

4. Falta de interés en su relación con el medio ambiente.
5. Dirigir un oído hacia la persona que le habla.
6. Bajo rendimiento escolar.
7. Hablar excesivamente fuerte.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública. (2004). Manual de Atención Integral de los (as) Niños(as) en el Escenario Escolar: Componente de servicios. San José, Costa Rica.

Chaverri, Julián y Malek, Sebastián. (2008). Valoración auditiva en la niñez. Conferencia al personal de salud del Primer Nivel de Atención. Curso Nacional de Atención Integral a la Niñez organizado por el Equipo Técnico de Salud del Niño y la Niña, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica, CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 88

Anexo 6

Valoración Salud Bucodental³⁶

La Coordinación Nacional de Odontología del Área Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, ha implementado un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Odontología (SIVEO³⁷) que mide por medio de trazadoras, las principales condiciones orales prevalentes en el país, presentadas bajo tres variables de la condición bucodental en tiempo, lugar y persona según categorías, que se desglosan a continuación:

1. Condición dental (sana, sellada, cariada, obturada y perdida).
2. Condición Tejido Periodontal (higiénico, sangrado, cálculo, bolsa 4-5mm, bolsa 6 mm y sextante nulo).
3. Alteración Planos Cráneo Faciales (no clasifica, sagital, horizontal, lateral y apiñamiento).

El SIVEO es un indicador gerencial de bajo costo que permite conocer en tiempo real el estado general de la salud bucodental de la población que accesa los servicios de atención de la C.C.S.S.; siendo una aplicación de utilidad para la gestión en los diferentes niveles administrativos y operativos en la toma de decisiones, que permite determinar el grado de exposición y carga de salud o morbilidad buco dental acumulada, a través del ciclo de vida; así como el grado de pertinencia en las políticas y lineamiento establecidos. Además facilita la comunicación con la comunidad al disponer con información que ilustra mediante gráficas la situación de estado bucodental.

En este sentido, en el caso de la niñez, se dispone de diversas herramientas para favorecer el seguimiento de la salud bucodental en esta etapa de la vida. La primera es la inclusión en el Carné de Desarrollo Integral de la Niña y el Niño de un apartado para el registro de la condición de salud bucodental detectada en este grupo, el que se describe a continuación.

³⁶ La información que contiene este anexo fue validada por el Equipo Técnico Subárea de Odontología Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, Dirección Desarrollo Servicios Salud, Gerencia Médica.

³⁷ Dirección Desarrollo Servicios Salud-Gerencia Médica. Plan Nacional de Atención en Salud Bucodental, 2004. Sistema Vigilancia Epidemiológico en Odontología, San José Costa Rica, CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 89

**Cuadro de Salud Bucodental en el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña,
2016 (para ser llenado por el personal de salud)**

SALUD BUCODENTAL (Para ser llenado por funcionarios (as) de salud y educación) Tipo de riesgo detectado = RMB (0), RB (1-3), RM (4-9), RA (10-15) y RS (16-21)				
Valoración del Riesgo	Fecha	Edad	Nombre del funcionario responsable y profesión	Lugar de evaluación

Fuente. Carné de Desarrollo Integra del Niño y la Niña. (2016). CCSS-MEP-Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

El cuadro anterior, debe ser llenado por los siguientes profesionales de salud: el médico(a) general del EBAIS cada vez que realiza el examen físico del niño(a), enfermería, odontólogo del Área de Salud, docente del grupo o grupo de voluntariado debidamente capacitado, quienes informan a la madre, padre o encargado(a) los resultados, los que se deben de llenar de la siguiente manera:

- En la primera columna donde se registra la “**Valoración del Riesgo**” se debe colocar la abreviatura que rescate la condición bucodental del niño (a). Por lo tanto se deben verificar las definiciones que clasifican el riesgo, así como, los tiempos de erupción de las piezas dentales según edad del niños (a), según sumatoria obtenida de la tabla de registro de la **Guía de Registro Condición Bucodental** (que se describe más adelante).
- En la casilla de la columna “**Fecha**” anotar cuando fue valorado(a) por el personal correspondiente.
- En la casilla de la columna “**Edad**” anotar la edad del niño o niña al momento de ser valorado.
- En la columna de “**Nombre del Funcionario Responsable y profesión**”, se debe registrar el nombre completo del que abordó al niño (a), con el propósito obtener el registro del mismo.
- Referente a la columna de “**Lugar de evaluación**” se deben registrar el escenario donde se brindó la atención.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 90

A. Guía de Registro de Condición Bucodental

Valor	Hallazgo	Interpretación del Hallazgo
0	Higiénico	Es cuando se observa la boca limpia a simple vista. Esta condición representa el riesgo más bajo, lo que permite mantener sana la condición bucodental.
1	No higiénico	Es cuando no se observa la boca limpia a simple vista. Se detectan restos de alimentos (material entre las superficies de los dientes y encías), materia color amarillenta clara cercana a los bordes de la encía. Lengua blanquecina y mal aliento.
2	Mala posición	Dientes superpuestos (encaramados), apiñados, torcidos y mordidas las que pueden ser: 1. Abierta (espacio que queda cuando se cierra la boca y no pegan los dientes); 2. Profunda (los dientes del frente de arriba tapan en su totalidad los dientes del frente abajo); 3. Cruzada (puede ser en dientes anteriores o en las molares); se distingue por ejemplo: cuando los dientes anteriores superiores quedan por detrás de los inferiores o cuando las molares superiores muerden y quedan por dentro de la línea de las muelas inferiores.
3	Cálculo o sarro	Presencia de material duro pegado a la superficie de los dientes, que se ubica cerca del borde de la encía. Al tocarlo con una gasa, torunda de algodón o aplicador, este material no se puede remover.
4	Sangrado	Se observa cuando después de tocar levemente el borde de la encía con una torunda de algodón, una gasa o aplicador, o durante el cepillado de los dientes, ésta sangra de forma inmediata.
5	Caries	Condición que presentan los dientes cuando se observa destrucción en ellos (huecos) en cualquier parte visible de las piezas. Por ejemplo, partes del diente que faltan, restos de raíces (también conocidos como tronquitos).
6	Ausencia dental	Se describe cuando hay pérdida de un diente que deja un espacio libre en la encía, debido a una extracción de alguna o varias piezas dentales por historia de enfermedad bucodental. Es imprescindible preguntar a la persona si utiliza algún tipo de aparatología fija o removible, como tratamiento odontológico, para conservar espacio de dientes extraídos.

Fuente. CNO-ARSDT- DDSS. C.C.S.S. -2016.

B. Interpretación y diagnóstico

Cada niño o niña puede manifestar uno o varios hallazgos, los cuales se les asignará el valor correspondiente. Posterior a la sumatoria, se determinará el tipo de riesgo que presenta, para lo que es necesaria la siguiente clasificación:

RIESGO MUY BAJO (RMB -0). 0 puntos. Se considera cuando al valorar las condiciones de la boca, no hay presencia de restos de alimentos, sangrados, sarro (cálculo), ausencia dental por historia de enfermedad bucodental. Por lo tanto, es importante continuar manteniendo a través de hábitos de higiene oral, control de la frecuencia, alimentación saludable y tiempos de

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 91

comida (5 tiempos diarios) y estilos de vida saludables. Con esto se resguarda la salud bucodental, se mantienen los espacios para cuando salgan los dientes permanentes, además facilita la masticación adecuada de los alimentos, se favorece la adecuada nutrición, se pronuncian correctamente las palabras y se refuerza la autoestima del niño (a), desde sus primeros años de vida.

RIESGO BAJO (RB-1). De 1 a 3 puntos. Se valora cuando las condiciones encontradas en la boca, da la sumatoria entre 1 a 3. Ver apartado de “Recomendaciones para el Desarrollo Bucodental” en el Carné de Salud del Niño.

-RIESGO MODERADO (RM-2). De 4 a 9 puntos. Es cuando la sumatoria de las condiciones encontradas en la boca se ubica en el rango de 4 a 9. Ver apartado de “Recomendaciones para el Desarrollo Bucodental” en el Carné de Salud del Niño. Realizar referencia al Servicio de Odontología I Nivel de Atención (EBAIS o Sede de Área de Salud) que le corresponda. Verificar en próxima visita o cita la asistencia al Servicio referido.

RIESGO ALTO (RA-3). De 10 a 15 puntos. Es cuando el resultado de la sumatoria de las condiciones encontradas en la boca se encuentra en el rango de 10 a 15. Ver apartado de “Recomendaciones para el Desarrollo Bucodental” en el Carné de Salud del Niño. Realizar referencia al Servicio de Odontología I Nivel de Atención (EBAIS o sede de Área de Salud) que le corresponda. Verificar en próxima visita o cita, la asistencia o cumplimiento al Servicio referido.

RIESGO SEVERO (RS-4). De 16 a 21 puntos. Es cuando la sumatoria de las condiciones encontradas en la boca se encuentra en el rango de 16 a 21. Ver apartado de “Recomendaciones para el Desarrollo Bucodental” en el Carné de Salud del Niño. Realizar referencia al Servicio de Odontología I Nivel de Atención (EBAIS o Sede de Area de Salud) que le corresponda. Verificar en próxima visita o cita, la asistencia o cumplimiento al Servicio referido.

C. Tratamiento según riesgo

RIESGO	TRATAMIENTO (T)
RIESGO MUY BAJO (RMB-0)	T.0: Se brindan instrucciones y técnicas de higiene oral con cepillo dental, pasta dental e hilo dental; todo lo anterior acorde con la edad del niño (a). Recomendación de una alimentación saludable, frecuencia, consistencia de los alimentos y estilos de vida saludables. Es indispensable mantener esta condición desde el núcleo familiar para garantizar la salud integral del niño (a). El niño (a) puede ser abordado por el personal en los escenarios: Servicios de Salud, Escolar, Comunal y Familiar.
RIESGO BAJO (RB-1)	T.1: Se brindan instrucciones y técnicas de higiene oral con cepillo dental, pasta dental, hilo dental, aplicaciones tópicas de flúor (según criterio de funcionarios de salud) todo lo anterior acorde con la edad del niño (a). Recomendación de una alimentación saludable, frecuencia, consistencia de los alimentos y estilos de vida saludables.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 92

	<p>Es indispensable mejorar esta condición desde el núcleo familiar para garantizar la salud integral del niño (a) con el fin de llevarlo al R-O, evitando que supere los niveles de riesgo.</p> <p>El niño (a) puede ser abordado por el personal en los escenarios de salud de: Servicios de Salud, Escolar, Comunal y Familiar.</p>
RIESGO MODERADO (RM-2)	<p>T.2: Se brindan instrucciones y técnicas de higiene oral con cepillo dental, pasta dental, hilo dental, aplicaciones tópicas de flúor (según criterio de funcionarios de salud), todo lo anterior acorde con la edad del niño. Se aplican geles con fluoruros al 1.23%, cada 6 meses, por el personal de Odontología.</p> <p>Recomendación de una alimentación saludable, frecuencia, consistencia de los alimentos y estilos de vida saludables.</p> <p>Se debe realizar referencia para ser atendido por el personal de los Servicios de Odontología de un Primer Nivel de Atención (EBAIS o sedes Áreas de Salud), los que valoran la condición y establecen la prioridad de tratamientos en: promoción, prevención y curación, así como, el seguimiento y control respectivo. Se debe planificar el abordaje inmediato del núcleo familiar.</p> <p>Es importante abordar el núcleo familiar para generar cambios en los hábitos higiénicos y estilos de vida saludable, así como el compromiso en el seguimiento y control odontológico en el nivel respectivo, para favorecer la salud integral del niño (a).</p> <p>Debe ser abordado por el personal en los escenarios: servicios de salud, escolar, familiar y comunal.</p>
RIESGO ALTO (RA-3)	<p>T.3: Se brindan instrucciones y técnicas de higiene oral con cepillo dental, pasta dental, hilo dental, aplicaciones tópicas de flúor (según criterio de funcionarios de salud) todo lo anterior acorde con la edad del niño (a). Recomendación de una alimentación saludable, frecuencia, consistencia de los alimentos y estilos de vida saludables.</p> <p>Se aplican geles con fluoruros al 1.23%, cada 6 meses y sellantes de fosas y fisuras, según lo estipulado para este tratamiento por el personal de Odontología.</p> <p>Según sea el caso, puede valorarse la posibilidad de referencia al Segundo Nivel de Atención (Clínicas u Hospitales del Área de adscripción) por el servicio de Odontología del I nivel de atención.</p> <p>Se debe realizar referencia para ser atendido por el personal de los Servicios de Odontología de un Primer Nivel de Atención (EBAIS o sedes Áreas de Salud), los que valoran la condición y establecen la prioridad de tratamientos en: promoción, prevención y curación, así como, el seguimiento y control respectivo. Se debe planificar el abordaje inmediato del núcleo familiar.</p> <p>Es importante abordar el núcleo familiar para generar cambios en los hábitos higiénicos y estilos de vida saludable, así como el compromiso en el seguimiento y control odontológico en el nivel respectivo, para favorecer la salud integral del niño (a).</p> <p>El niño (a) debe ser abordado por el personal en los escenarios: servicios de salud, escolar, familiar y comunal.</p>
RIESGO SEVERO (RS-4)	<p>T4: Se brindan instrucciones y técnicas de higiene oral con cepillo dental, pasta dental (con flúor, hilo dental, aplicaciones tópicas de flúor (según criterio de funcionarios de salud) todo lo anterior acorde con la edad del niño (a).</p> <p>Recomendación de una alimentación saludable, frecuencia, consistencia de los</p>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 93

	<p>alimentos y estilos de vida saludables.</p> <p>Se aplican geles con fluoruros al 1.23%, cada 6 meses y sellantes de fosas y fisuras, según lo estipulado para este tratamiento por el personal de los Servicios de Odontología.</p> <p>Se debe realizar referencia para ser atendido por el personal de los Servicios de Odontología de un Primer Nivel de Atención (EBAIS o sedes de Áreas de Salud), los que valoran la condición y prioridad de tratamientos de promoción, prevención y curación, así como el seguimiento y control respectivo.</p> <p>Según sea el caso debe ser referido por el odontólogo al Segundo (Clínicas y Hospitales Regionales) o Tercer Nivel de Atención (Hospitales Nacionales adscritos). Esta atención debe darse en forma interdisciplinaria al niño (a) y su núcleo familiar para un abordaje integral, debido a que ésta es la peor condición bucal que se puede presentar en un niño (a).</p> <p>Es necesario contar con el compromiso en el seguimiento y control odontológico en el nivel respectivo, para garantizar la salud integral del niño (a).</p> <p>El niño (a) debe ser abordado por el personal en los escenarios: servicios de salud, escolar, familiar y comunal.</p>
--	--

Fuente. CNO-ARSDT- DDSS. C.C.S.S. -2016.

D. Secuencia de Erupción y cambio de la primera dentición en niños (as)

Tipos de dientes	Posición del diente	Edad Promedio en que nacen los dientes	Edad promedio en que se mudan los dientes
Dientes Primarios (temporales o de leche)	Arco Superior		
	Incisivo Central*	8-12 meses	6-7 años
	Incisivo Lateral*	9-13 meses (1 año y un mes)	7-8 años
	Canino	16 (1 año y 4 meses) a 22 meses (1 año y 10 meses)	10-12 años
	Primer Molar	13 (1 año y un mes) a 19 meses (1 año y 7 meses)	9-11 años
	Segundo Molar	25 (2 años y 1 mes)-22 meses (1 año y 10 meses)	10-12 años

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 94

	Arco Inferior		
	Incisivo Central*	6 a 10 meses	6-7 años
	Incisivo Lateral*	10 a 16 meses (1 año y 4 meses)	7-8 años
	Canino	17 (1 año y 5 meses) a 23 meses	10-12 años
	Primer Molar	(1 año y 11 meses)	9-11 años
	Segundo Molar	14 (1 año y dos meses)- 18 meses (1 año y 6 meses)	10-12 años
		23 (1 año y 11 meses)-31 meses (2 años y 7 meses)	

Fuente. Guía sobre Salud Bucodental, Sección de Odontología, Dirección Técnica Servicios de Salud, Gerencia División Médica, C.C.S.S., 2004

(*)Si al llegar a la edad mencionada no se encuentran en boca, referir al Servicio de Odontología.

E. Secuencia de erupción y aparición de la dentición permanente en niños (as)

Tipos de dientes	Posición del diente	Edad Promedio en que nacen los dientes
Segunda dentición (Dientes Permanentes)	Arco superior	
	Incisivo central	7 - 8 años
	Incisivo lateral	8 - 9 años
	Canino	11 - 12 años
	Primer premolar	10 - 11 años
	Segundo premolar	10 - 12 años
	Primer molar	6 - 7 años
	Segundo molar	12 - 13 años
	Tercer molar	17 - 21 años
	Arco inferior	
	Incisivo central	6 - 7 años
	Incisivo lateral	7 - 8 años
	Canino	9 - 10 años
	Primer premolar	10 - 12 años
Segundo premolar	11 - 12 años	
Primer molar	6 - 7 años	
Segundo molar	11 - 13 años	
Tercer molar	17 - 21 años	

Fuente. Guía sobre Salud Bucodental, Sección de Odontología, Dirección Técnica Servicios de Salud, Gerencia División Médica, C.C.S.S., 2004

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 95

F. Recomendaciones para el Desarrollo Bucodental de la Niñez

La Familia es la responsable de garantizar el crecimiento y desarrollo de los niños (as).

1. Mientras el niño (a) este en lactancia exclusiva es indispensable la higiene oral con gasa estéril o aditamentos para este fin con previo lavado de las manos de padre, madre o encargado que vaya a realizarla.
2. Después de los 6 meses, al introducirle otros alimentos, inicie con prácticas de higiene oral.
3. Suministre una alimentación saludable que contenga diariamente frutas, vegetales, carnes, leguminosas (frijoles), agua y derivados de la leche como el queso.
4. Los dientes temporales (de leche) empiezan a salir entre los 6 y los 9 meses de edad.
5. Si su niño (a) esta irritado con la salida de los dientes, es probable que se lleve objetos a la boca; asegúrese que no sean un riesgo y que estén siempre limpios.
6. Los síntomas de diarrea y fiebre no se relacionan con la salida de los dientes; en caso de continuar con las molestias consultar en el EBAIS.
7. La limpieza de la boca (lengua, labios, encías, cielo de la boca y dientes) debe iniciarse desde la aparición del primer diente, evitando la acumulación de residuos de alimentos, causante de las enfermedades bucales. Use un cepillo dental de fibras suaves y pequeño según la edad del niño.
8. Los dientes deben cepillarse después de cada comida, reforzando antes de acostarse a dormir.
9. Elimine el uso de biberones o chupetas, provocan deformaciones y enfermedades en la boca, además de infecciones a nivel del oído (por restos de leche), garganta y estómago.
10. Al cumplir el niño (a), un año de edad tendrá al menos 8 dientes temporales. Si no le han salido en este tiempo, consulte con el personal del Servicio de Odontología más cercano.
11. Al cumplir el niño (a), dos años de edad debe contar con al menos 16 dientes temporales.
12. Al cumplir 3 años de edad, su hijo (a) tiene 20 dientes temporales o de leche, los cuales se deben cuidar ya que mantienen el espacio de las piezas permanentes, siendo importantes para la masticación y la pronunciación adecuada.
13. Los niños (as), entre los seis y trece años presentan dentición mixta, que consiste en tener dientes temporales y permanentes a la vez, por lo tanto es importante el mantenimiento de la higiene oral.
14. Todo padre, madre o encargado debe ayudar al niño (a) con el lavado de los dientes y lengua hasta que se verifique que lo realiza en forma adecuada.
15. Si el niño (a) tiene limitaciones o discapacidades se le debe guiar para la aplicación de la técnica correcta del cepillado.
16. Evite que el niño (a) trague la pasta dental, debido a que puede producirle molestias estomacales o alterar la formación de los dientes permanentes.
17. Estar vigilantes de la erupción o salida de las muelas de los seis años; son cuatro, dos arriba y dos abajo, detrás de las últimas muelas temporales.
18. El uso de enjuagues bucales, debe ser bajo recomendación del personal de Odontología y la vigilancia de un adulto.
19. Cada miembro de la familia debe tener su propio cepillo dental.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 96

20. Cuando se observe que las fibras del cepillo están abiertas y gastadas, es el momento de cambiarlo, ya que puede lastimar las encías.

Todo niño tiene derecho a disfrutar su niñez, somos responsables!

Referencias bibliográficas

Dirección Desarrollo Servicios Salud-Gerencia Médica. Manual Sistema Vigilancia Estado Odontológico, Área Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento en Odontología. San José: Costa Rica: CCSS. , 2008.

Dirección Desarrollo Servicios Salud, Área Regulación y Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento Odontología, Gerencia Médica. Manual Familiar para la Salud Bucodental, 2013.

Sección de Odontología, Dirección Técnica Servicios de Salud, Gerencia División Médica, C.C.S.S., Guía sobre Salud Bucodental, 2004

Promoción de la Salud Bucodental. (2011). En: www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_bucodental_rec.pdf

Sección de Odontología-DDSS. (1999). Retomando el Camino. San José, Costa Rica: CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 97

Anexo 7
Valores de los signos vitales de niños y niñas

FRECUENCIA CARDIACA

Edad (años y meses)	Latidos por minuto. Niño (a) despierto	Latidos por minuto. Niño (a) dormido
0 a menos de 3 meses	85-205	80-160
De 3 a menos de 2 años	100-190	75-160
De 2 años a menos de 10 años	60-140	60-90
De 10 años y más	60-100	50-90

Fuente. American Heart Association. Pediatrics Advance Life Support. 2012

FRECUENCIA RESPIRATORIA

Edad (años y meses)	Frecuencia respiratoria por minuto
0 meses a menos de 1 año	30-60
De 1 año a menos de 4 años	24-40
De 4 años a menos de 6 años	22-34
De 6 años a menos de 13 años	18-30

Fuente. American Heart Association. Pediatrics Advance Life Support. 2012

NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL (mm Hg)³⁸

Rangos normales de presión arterial sistólica y diastólica según edad, sexo y percentil 50 de talla.

Edad	Presión Arterial Sistólica		Presión Arterial Diastólica	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
De 3 años a menos de 4	89-103	91-105	49-63	46-61
De 4 años a menos de 5	91-104	93-107	52-66	50-65
De 5 años a menos de 6	93-106	95-108	54-68	53-68
De 6 años a menos de 7	95-108	96-110	56-70	55-70
De 7 años a menos de 8	96-109	97-111	57-71	57-72
De 8 años a menos de 9	98-111	99-112	58-72	59-73
De 9 años a menos de 10	100-113	100-114	59-77	60-75
De 10 años a menos de 11	102-115	102-115	60-74	61-75
De 11 años a menos de 12	103-117	104-117	61-75	61-76

³⁸ Para definir las dimensiones aceptables de los brazaletes del esfigmomanómetro consultar la Tabla 20 en la página 64 de las Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial publicadas por la Caja Costarricense de Seguro Social en el año 2009; y en relación con el método para la toma de la presión arterial consultar en ese mismo documento en la página 114.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 98

De 12 años a menos de 13	105-119	106-120	62-76	62-76
De 13 años a menos de 14	107-121	108-122	63-77	62-77
De 14 años a menos de 15	109-122	111-125	64-78	63-78
De 15 años a menos de 16	110-123	113-127	65-79	64-79
De 16 años a menos de 17	111-124	116-130	66-80	65-80
De 17 años a menos de 18	111-125	118-132	66-80	67-82

Fuente. Modificado de American Heart Association. Pediatrics Advance Life Support. 2012. National Heart Lung and Blood Institute. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. Full Report, October 2012.

Nota. Para cada edad y sexo, tanto en la presión sistólica como en la presión diastólica el límite inferior del intervalo escrito corresponde al percentil 50 de presión arterial normal, el límite superior corresponde al percentil 90 que por definición es presión arterial **normal alta**.(Valores superiores a este nivel se consideran anormales en niños y niñas)

TEMPERATURA

Valores normales de temperatura axilar para niños(as)

EDAD	Valores
Rango normal	36°. – 37.5°. C
Febrícula	37.5° - 37.9°. C
Fiebre	38°.– 38.9°. C
Fiebre alta	Mayor de 39°. C

Fuente. Gastrohup Año 2011 Volumen 13 No. 1, suppl 1: s58-s70.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 99

Anexo 8

DetECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS EN NIÑAS Y NIÑOS

Antecedentes

En el año 2000, la “**Propuesta proyecto desconcentración y mayor cobertura de la Rehabilitación según nivel de atención en el ámbito nacional**” firmada por el Dr. Vinicio Mesén Madrigal, Director Médico Centro Nacional de Rehabilitación. Se evidencia en este estudio que el 30% de las consultas efectuadas hasta este año ese centro de Tercer Nivel de Atención corresponden a Defecto postural y Lumbalgia, situación que riñe con el uso racional de los recursos, ya que estas condiciones usualmente no requieren ser atendidas en un centro de alta complejidad.

En el documento “**Intervenciones definidas en el Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS, Proyecto de Actualización y Fortalecimiento del Modelo Dic 2014**”, se define un listado de problemas y necesidades en salud prioritarias. Los problemas musculo esqueléticos se ubican en el 9º puesto. Como intervenciones correspondientes a primer nivel de atención en este tema se definen: educación postural, informar y educar al paciente en medidas de higiene postural.

En atención a estos antecedentes se considera pertinente puntualizar criterios para referencia oportuna y adecuada de problemas músculo-esqueléticos desde el Primer Nivel de Atención, ya que las listas de espera en las consultas de Fisiatría y Ortopedia, son en la actualidad sumamente prolongadas. Ver detalles seguidamente.

Estrategias de detección, manejo y seguimiento según problema musculo-esquelético que se deben aplicar en las Áreas de Salud

Displasia evolutiva de cadera³⁹

Definición. La displasia evolutiva de cadera (DEC) o displasia del desarrollo de cadera (DDC) se refiere a una serie de anormalidades desde el punto de vista morfológico y dinámico en la articulación de la cadera. Se tiene evidencia de que la historia natural de esta condición conduce a artrosis temprana de la cadera afectada. Por lo tanto un diagnóstico temprano (antes de los 2 meses de edad) determinará una mejor evolución del paciente.

El **diagnóstico temprano** incluye:

1. Interrogatorio sobre factores de riesgo mayores: presentación pélvica, antecedentes familiares de primer grado de displasia evolutiva de cadera (padres o hermanos) y

³⁹ Dr. José Pablo Muñoz Espeleta. (Nov.2014). Protocolo para el diagnóstico temprano de la Displasia Evolutiva de Cadera, Clínica de Cadera Hospital Nacional de Niños Dr Carlos Sáenz Herrera San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 100

factores de riesgo menores como sexo femenino, alteraciones musculoesqueléticas asociadas (tortícolis congénita, pie zambo, escoliosis), madre primigesta, oligohidramnios.

- Examen físico: antes de los 3 meses de edad podemos encontrar signos de inestabilidad de las caderas (Ortolani o Barlow).

Referencia. Se debe referir al Servicio de Ortopedia correspondiente según Red de Servicios para valoración prioritaria:

- A todo niño o niña con al menos un factor de riesgo mayor.
- A todo niño o niña con un hallazgo al examen físico sospechoso de DEC.
- A todo niño o niña que cumpla con los criterios anteriores y no se haya referido antes.

Todos los pacientes que presenten **factores de riesgo menores** sin alteraciones al examen físico, deben de continuar su control en la Consulta de Crecimiento y Desarrollo del EBAIS.

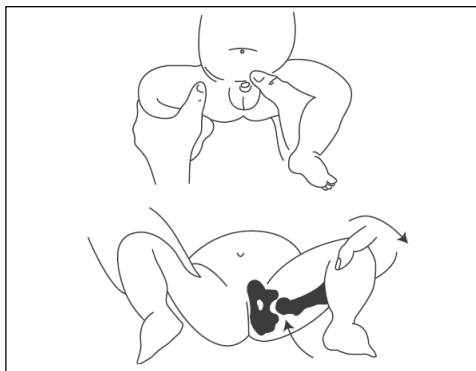


Figura 1. Maniobra de Ortolani

La maniobra de Ortolani, pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se realiza con el neonato en decúbito supino y relajado; conviene explorar una cadera y luego la otra. Con una mano se estabiliza la pelvis y con la otra se flexionan la rodilla y cadera del otro lado 90° (hasta formar un “4”), pinzando el muslo entre el dedo pulgar (sobre la cara interna) y los dedos índice y medio que se colocan sobre el trocánter mayor (por la cara externa). De forma suave se realiza la abducción del muslo con el pulgar, a la vez que se empuja el trocánter mayor hacia dentro-arriba con los otros dedos. La maniobra es positiva cuando “notamos que el fémur entra”; se trata de una sensación propioceptiva o “cloc” de entrada.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 101

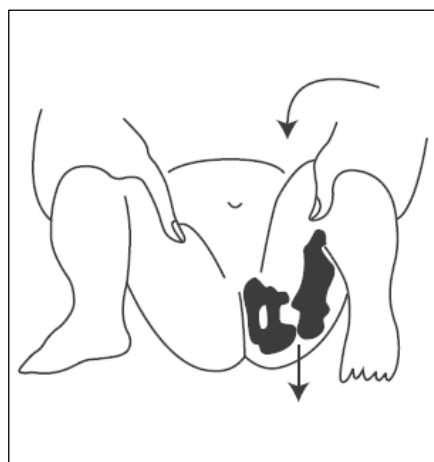


Figura 2. Maniobra de Barlow

Maniobra de Barlow: busca comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en decúbito supino con las caderas flexionadas y en ligera abducción; manteniendo fija una cadera, la otra se movilizará suavemente en adducción-abducción, intentando luxarla al aducir, empujando el cuello del fémur hacia atrás y afuera, y luego reduciéndola en abducción.

Manejo pie plano infantil⁴⁰

Definición. Se define como la no formación del arco plantar. El tipo más frecuente es el pie plano flexible infantil, el cual se considera normal hasta los 6 años de edad y que se resuelve sin requerir ningún tipo de intervención. Se identifica utilizando el signo de Jack que consiste en levantar el primer dedo del pie, maniobra que determina la aparición del arco plantar en pies normales. También puede visualizarse el arco plantar al solicitar al niño o niña que se pare de puntillas. En caso de pie plano rígido, no aparece el arco plantar al efectuar estas maniobras.

Diagnóstico. Para su evaluación deberá realizarse una historia clínica y un examen físico completo que debe incluir dorsiflexión del pie para descartar contractura aquílea, alineación y movilidad de miembros inferiores. En niños y niñas deberá descartarse la presencia de enfermedades neuromusculares.

Referencia. Situaciones en las que se presenta sospecha de pie plano rígido o pies con astrágalo verticalizado, se deben referir a Ortopedia del Hospital, según Red de Servicios.

El dolor de pies en niños y niñas usualmente se correlaciona con microtraumas repetitivos en relación con actividad física y es de predominio nocturno. Si el dolor es fuerte y persistente,

⁴⁰Parra, J. (2011). El pie plano: las recomendaciones del traumatólogo infantil al pediatra. Revista Pediatría de Atención Primaria, XII, 113-25.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 102

realizar exámenes para descartar procesos inflamatorios como VES (velocidad de eritrosedimentación), hemograma y radiografía de ambos pies con apoyo según sea la presentación clínica. Considerar referencia a médico especialista según resultados obtenidos y disponibilidad de recurso humano en la Red de Servicios (Pediatria, Ortopedia o Fisiatria). Es importante recalcar que el pie plano flexible no es una causa usual de dolor en los miembros inferiores.

Seguimiento. En caso de no observarse signos o síntomas que justifiquen la referencia, se recomienda vigilancia en Medicina General hasta los 6 años de edad para verificar que se haya formado el arco plantar y no se presenten otras alteraciones.

Manejo Genu varum

Definición. Se define como una deformación de las rodillas hacia fuera.

Diagnóstico. Para identificar esta condición no es necesario realizar medición angular por radiografía antes de los 2 ½ años.

Seguimiento. Su manejo consiste en observación hasta los 2 ½ años.

Referencia a especialista según red de servicios (Ortopedia y/o Fisiatria). Rodillas varas asimétricas. Rodillas varas persistentes después de los 2 y medio años de edad.

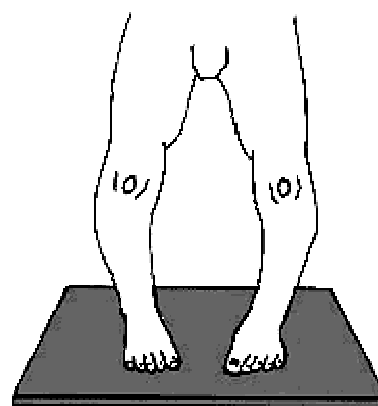
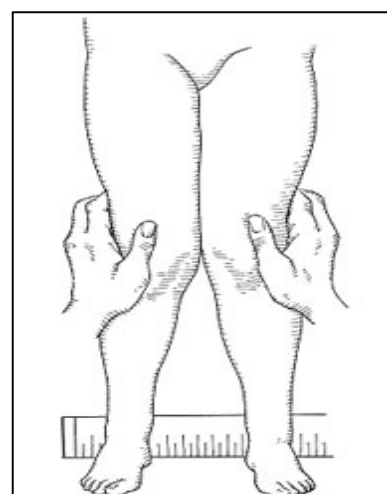


Figura 3. Genu

Manejo Genu valgum

Definición. Se define como desviación de las rodillas hacia adentro. Debe recordarse que la segunda fase del desarrollo angular de los miembros inferiores (entre los 2-6 años) se caracteriza por genu valgum.

Diagnóstico. Se considera fisiológico si la distancia intermaleolar con apoyo es menor de 4 cm. Es fisiológico entre los 3-5 años y presenta resolución espontánea a los 7-8 años de edad (Figura 2).



**Figura 4. Medición
Clínica del Genu
Valgum**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 103

Referencia a especialista según red de servicios (Ortopedia y/o Fisiatría). Si se observa: laxitud de ligamentos colaterales mediales, insuficiencia del músculo cuádriceps, alteración de la marcha, sinovitis articular, inestabilidad patelo-femoral.

Genu varum y genu valgum: son defectos que se evidencian al iniciar la marcha, por lo tanto, no se hacen medidas intercondilares o intermaleolares antes de esta fase.

Diagnóstico temprano de Escoliosis⁴¹

Definición. Escoliosis es la desviación lateral de la columna vertebral asociada a rotación de los cuerpos vertebrales y alteración estructural de ellos. Son signos de esta condición: la asimetría a nivel de hombros, escápula y pelvis, además del signo de ADAMS (Figuras 5 y 6).

Diagnóstico: Se recomienda realizar esta exploración en todos los niños y niñas, especialmente en niñas de V y VI grado de escuela, ya que es un momento de particular riesgo para la aparición de Escoliosis Idiopática.

Es conveniente efectuar medición clínica de miembros inferiores, con el fin de realizar diagnóstico diferencial con acortamiento.

El signo de ADAMS permite diferenciar entre actitud escoliótica y escoliosis, aparece en curvas mayores 10 grados.

Referencia a especialista según red de servicios (Ortopedia y/o Fisiatría). De existir sospecha de esta patología, el paciente menor de 18 años debe ser referido como caso prioritario a alguna de las especialidades médicas anotadas arriba.

El CENARE recibe a niños, niñas y adolescentes con Escoliosis y curvas mayores de 10 grados.

Recomendaciones para una buena higiene postural en niños y niñas

- De pie: mantener los hombros a la misma altura y los pies ligeramente separados para conseguir un mejor equilibrio. Deben evitarse movimientos bruscos para acceder a lugares más altos, con este fin lo recomendado es instalar lo necesario a la altura de las personas menores de edad.
- Sentados: los pies tocan el suelo, las rodillas mantienen un ángulo de 90° y la espalda reposa contra el respaldo del asiento. Las sillas serán diferentes según la talla de cada persona y en caso necesario se utilizarán taburetes para apoyar los pies.

⁴¹ Healthychildren.org. (mayo 2013). Escoliosis. 2013, de American Academy of Pediatrics Sitio web: www.healthychildren.org/Spanish/health-issues



Figura 5. Signos de



Figura 6. Signo de ADAMS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 105

- En la computadora: la pantalla deberá ubicarse delante de la cara, a una distancia mínima de 40 cm y a la altura de los ojos o ligeramente por debajo. El teclado debe colocarse de forma que los hombros estén relajados y los brazos formen un ángulo de 90°
- Acostados: se aconseja dormir de lado o boca arriba. Es aconsejable usar una almohada de medida adecuada para el cuello, de forma que la columna permanezca recta. Para levantarse, lo mejor es colocarse de lado, bajar las piernas de la cama, levantar el tronco con la ayuda del brazo hasta quedar completamente sentado sobre el borde del colchón.
- Para agacharse: doblar las rodillas.
- Las rotaciones bruscas del tronco deben evitarse.
- Para manipular un objeto o hablar con una persona es necesario situarse de frente, tanto si se está de pie como sentado.
- Cuidados para movilizar objetos pesados: acercarlos al cuerpo, mantener una posición equilibrada, empujarlos con los pies separados uno delante del otro para aprovechar la fuerza del propio peso.
- Los bultos escolares, no deben superar el 10% del peso del cuerpo del niño y deben colocarse pegados a la parte baja de la espalda.
- En términos generales es fundamental: mantener el peso corporal, practicar regularmente actividad física, realizar calentamientos y estiramientos, practicar técnicas de respiración para relajar la musculatura.
- Los niños y niñas deben caminar descalzos por periodos de tiempo, con el fin de mejorar la musculatura intrínseca del pie.

Debe utilizarse la edad escolar para enseñar hábitos de higiene postural correctos, que acompañarán a la persona durante toda su vida.

Recomendaciones para un buen calzado infantil

- El calzado debe adecuarse a cada etapa de la infancia.
- Durante los primeros meses de vida, lo recomendable es que se usen medias. Si se usan zapatos no deben tener suela.
- Cerca de los 10 meses de edad: se debe preparar el pie para gatear e ir poniéndose de pie, se recomienda el uso de zapatos con puntera y dorso consistentes para proteger los dedos. No sería adecuado usar hebillas ya que podrían ocasionar raspaduras en el dorso del pie.
- Cuando el niño va a iniciar la marcha: se recomienda el uso de zapatos bien reforzados en la parte posterior y laterales, para un buen soporte del tobillo. Esta parte del calzado se llama contrafuerte y no debe superar la altura del tobillo para evitar que la musculatura y los ligamentos de esta zona se atrofién. La suela debe ser delgada, antideslizante y muy flexible para mejorar la movilidad del pie.
- El cierre debe sujetar adecuadamente el pie. El material llamado velcro, es una buena alternativa ya que favorece su independencia en el momento de vestirse.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 106

- Cuando el niño es de mayor edad, es importante comprobar una vez al mes si el calzado no le queda pequeño para cambiarlo oportunamente. Se debe inspeccionar el pie, para descartar la presencia de zonas enrojecidas que sugieran roce. Se recomienda siempre que los zapatos sean flexibles, ligeros, anchos, elaborados con materiales que favorezcan una buena ventilación.

Referencias bibliográficas

- Bunge,E. (Feb., 2008). Estimación de la eficacia del cribado de la escoliosis: estudio de casos-controles. Pediatrics, 65, pp. 5-10.
- Collegi Oficial de Podòlegs de Catalunya. (2010). El calçat dels nostres fills.. acceso 11 de octubre de 2011, de Collegi Oficial de Podòlegs de Catalunya. En: www.podocat.com/Divulgació/EventsiArticles
- García, A. (1999). Flexible Flat Feet in Children: A Real Problem?. Pediatrics, 103, e84.
- Healthy Children Organization. (Nayo, 2013). Escoliosis American Academy of Pediatrics. En: www.healthychildren.org/Spanish/health-issues
- Mesén, V. (Jan. 2000). Propuesta proyecto desconcentración y mayor cobertura de la Rehabilitación según nivel de atención en el ámbito nacional. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc , 8, pp. 1409-1259.
- Muñoz, J. P. (Nov. 2014). Protocolo para el diagnóstico temprano de la Displasia Evolutiva de Cadera, Clínica de Cadera Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera San José, Costa Rica
- Parra, J. (2011). El pie plano: las recomendaciones del traumatólogo infantil al pediatra. Revista Pediatría de Atención Primaria, XII, pp. 113-125.
- Paz, M. (Marzo, 2011). Displasia evolutiva de cadera: controversia sobre el cribado ecográfico universal. Revista Pediatría de Atención Primaria, XIII, pp. 127-34.
- Pediatric Orthopaedic Society of North America). (2013). Flexible Flatfoot in Children. Marzo 2013, de Pediatric Orthopaedic Society of North America) Sitio web: orthoinfo.aaos.org/topic.cfm
- Rural Salut. (Feb., 2015). La higiene postural en niños: un hábito imprescindible para prevenir problemas de espalda. Rural Salut. En: faros.hsjdbcn.org/es/articulo/higiene-postural-ninos-habito

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 107

Anexo 9
Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS. 050216
Diagnóstico y Manejo de Anemia Ferropénica en Niñas y Niños

FECHA	Febrero, 2016
Elaborado por	Salud del Niño y la Niña, Área de Atención Integral a las Personas
AVALADO POR	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Gerencia Médica
TÍTULO	Diagnóstico y el manejo de anemia ferropénica en niñas y niños
PARA	Profesionales de medicina y otros funcionarios de salud que atienden niñas y niños, en particular en las Áreas de Salud.
RELACIÓN CON DOCUMENTOS VIGENTES	
<p>Este lineamiento actualiza y sustituye el Lineamiento Técnico denominado Lineamiento técnico para la detección, prevención y el manejo de la anemia por deficiencia de hierro en los niños (as) en el primer nivel de atención emitido el 26 de junio de 2013 mediante oficio DDSS-0904-13 y comunicado en la webmaster el día 8 de julio 2013.</p> <p>Se relaciona con el cumplimiento de la Meta del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018: partiendo de una cifra de prevalencia de anemia de 25 % en el año 2013 para menores de 2 años, se plantea una disminución de 6% (lograr 19% al 2018).</p>	
JUSTIFICACIÓN	
<p>En el contexto de los antecedentes anotados, se explica la necesidad de realizar una revisión del lineamiento vigente para actualizarlo considerando las nuevas evidencias disponibles y la realidad nacional, con el fin de enfrentar de la mejor manera el problema de anemia en niños y niñas menores de 2 años en nuestro país, pues como indica la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la CCSS en su informe 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con respecto a la valoración y abordaje de anemia en niños y niñas de 6 meses a menos de 24 meses, no se ha visualizado mejoría. - El tamizaje de anemia disminuyó de 63% en el año 2012 a 56% en el año 2013. - El abordaje con calidad de anemia disminuyó de 74% en el año 2012 a 72% en el año 2013. <p>Además, según la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, la prevalencia de anemia en población preescolar fue de 7.6 %, definiéndose como un problema leve de salud pública. La deficiencia de ferritina en este mismo rango de edad correspondió en esta encuesta a un 25.3%. La mejoría de estos indicadores con respecto a la encuesta previa del año 1996 se ha relacionado con la fortificación con hierro de varios alimentos de alto consumo a nivel poblacional.</p> <p>Es importante aclarar, que en el presente lineamiento no se presenta una revisión exhaustiva del tema, ni determinar conductas en caso de pacientes con patología de fondo, sino puntualizar en algunos detalles prácticos para mejorar el diagnóstico y el manejo a nivel de las Áreas de Salud.</p>	
FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA DEL LINEAMIENTO	
Definición de anemia	
La anemia se define como una disminución de la concentración de hemoglobina (Hb) menor de dos desviaciones estándar con respecto a la media que corresponde a la edad. ⁴²	

⁴² Donato, H., Cedola, A., Rapetti, M. (2009) Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento Comité Nacional de Hematología. Sociedad Argentina de Pediatría Arch. argent. pediatr. v.107 n.4 Buenos Aires jul./ago. versión On-line ISSN 1668-3501.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 108

Diagnóstico de la anemia por deficiencia de hierro

En la historia natural de la anemia por deficiencia de hierro, hay tres fases bien establecidas: en primer lugar desaparecen los depósitos de hierro, luego aparece la ferropenia y finalmente disminuye la Hemoglobina. La deficiencia de hierro es considerada un factor de riesgo para la anemia ferropénica⁴³. Solo la tercera parte de los niños que tiene deficiencia de hierro presentan anemia⁴⁴.

El diagnóstico correcto depende de la clínica (antecedentes familiares, historia, factores de riesgo y examen físico) y de los datos de laboratorio.

El hemograma muestra Hemoglobina baja, leucograma normal, plaquetas normales o aumentadas, RDW (amplitud de distribución eritrocitaria) aumentado, reticulocitos normales y frotis con microcitosis e hipocromía. El volumen corpuscular medio (VCM) y la hemoglobina corpuscular media (HCM) están disminuidos. Los datos bioquímicos son: ferritina baja, PCR normal, CHr baja, hierro sérico bajo, aumento de la capacidad total de saturación de la transferrina y disminución del índice de saturación.

“Anemia” fisiológica del lactante

Este término se refiere a la caída progresiva de la Hemoglobina, que ocurre en la primera semana de vida del recién nacido a término normal y que persiste durante 6-8 semanas. Esta situación se presenta debido a:

- aumento de saturación de la Hemoglobina por el oxígeno, que pasa del 50% al 95%, al cambiar de Hemoglobina fetal a adulta,
- la disminución de la eritropoyetina y,
- a la inhibición de la eritropoyesis.

La hemoglobina puede llegar a niveles de 9 g/dl, para luego ascender paulatinamente hasta los 6 meses de edad.⁴⁵ Cuando la concentración de Hemoglobina alcanza niveles de 11g /dl, se reinicia la síntesis de eritropoyetina y la eritropoyesis.

El hierro derivado de los eritrocitos degradados, se almacena en el sistema reticuloendotelial y es suficiente para la síntesis de nueva Hemoglobina hasta alrededor de la semana 20, incluso en ausencia de aporte de hierro en la ingesta.

Los recién nacidos de pretérmino también presentan “anemia” fisiológica, con una disminución de Hemoglobina más notable y más rápida, por lo que es frecuente encontrar niveles de Hemoglobina de 7-9 g/dl a las 3-6 semanas de edad, que pueden ser incluso menores en prematuros muy pequeños⁴⁶.

Este tipo de “anemia” es una adaptación fisiológica a la vida extrauterina y es normal.

Esta condición no requiere ningún tratamiento.

Valores normales de hemoglobina

Se considera que un paciente presenta anemia si su hemoglobina está por debajo de los valores mínimos aceptados. Es decir, menos 2 desviaciones estándar (Tabla 1).

⁴³ McDonagh, M. y Blazina, I. (2015). Screening and routine supplementation for iron deficiency anemia: a systematic review. *Pediatrics* 135 (4):724-733.

⁴⁴ Monteagudo, E. y Ferrer, B. (2010). Deficiencia de hierro en la infancia (II). Etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento. *Acta Pediatr Esp.* 68(6):305-311

⁴⁵ World Health Organization. (2004). Assessing the iron status of populations: including literature reviews: report of a Joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention Technical Consultation on the Assessment of Iron Status at the Population Level. EUA.

⁴⁶ Tratado de Pediatría Nelson. (2013). (19° ed.). Elsevier Saunders.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 109

Tabla 1.
Valores normales y mínimos de hemoglobina según edad

Edad	Media (g/dl)	Valor mínimo (-2 DE)
6 meses-4 años	12.5	11
5 años-7 años	13	11.5
8 años a 11 años	13.5	12

Fuente. Tratado de Pediatría Nelson, 19 edición, Elsevier Saunders, 2013. Organización Mundial de la Salud. (2011) Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). En; http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf

Implicaciones clínicas del metabolismo férrico en el niño

La anemia por deficiencia de hierro continúa siendo una causa común de anemia en el niño y la niña. La deficiencia de hierro sin anemia, puede llevar a efectos adversos en el neurodesarrollo y en el comportamiento a largo plazo, y muchos de esos efectos pueden ser irreversibles⁴⁷.

El estado normal de hierro es fundamental para el organismo tomando en cuenta la cantidad de funciones en las que participa, pero, del mismo modo, en niños suplementados con hierro que disponían de depósitos férricos normales, hay estudios donde se ha observado un retraso en el crecimiento, deterioro cognitivo y motor, así como, propensión a la diarrea y el paludismo.

Por lo tanto, si bien el hierro es un nutriente esencial, que incorporado a la molécula de Hemoglobina permite el transporte de oxígeno, el desarrollo cerebral y la defensa celular, su exceso puede dañar los tejidos por ser un oxidante potente, deteriora el crecimiento e interactúa con patógenos humanos, aumentando su virulencia⁴⁸.

En resumen, es necesario que el niño y la niña tengan depósitos de hierro normales, pero no excesivos.

Factores de riesgo de ferropenia

Factores de riesgo perinatal	Factores de riesgo entre 1 y 12 meses de edad
<ul style="list-style-type: none"> - Prematuridad - Recién nacido de bajo peso para la edad gestacional - Gestación múltiple - Ferropenia materna grave durante la gestación - Hemorragia útero-placentaria - Hemorragia neonatal - Múltiple extracciones de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva más allá de los 6 meses - Alimentación con sucedáneos de leche materna aporte insuficiente de hierro - Introducción de leche entera de vaca antes de los 12 meses - No recibir la profilaxis con hierro - Recibir una alimentación con insuficiente cantidad - baja biodisponibilidad de hierro a partir de los 12 meses de edad

⁴⁷ Baker, R. y Greer, F. and The Committee on Nutrition. (2010). Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0-3 Years of Age). Pediatrics, 126; p. 1040.

⁴⁸ González, H. (2013). Metabolismo del hierro en el niño. BOL PEDIATR, 53, pp. 181-186.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 110

Adaptado de: Baker, R., Greer, F. y The Committee on Nutrition. (2010). Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0-3 Years of Age). *Pediatrics*, 126; pp. 1040 y Sánchez F. Prevención primaria y cribado de ferropenia en lactantes. (2011). En Recomendaciones PrevInfad /PAPPS (en línea). En: <http://www.aepap.org/previnfad/ferropenia.htm>

Prevención de la anemia ferropénica

Control prenatal de calidad, pinzamiento tardío cordón umbilical (1-3 minutos), lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, seguida de una adecuada alimentación que incluya importantes fuentes dietéticas de hierro y alimentos fuentes de hierro de mejor biodisponibilidad. Además, es necesario iniciar la profilaxis con hierro en el momento y dosis recomendada, como está descrito más adelante en este documento⁴⁹.

Tamizaje de anemia ferropénica

No hay una prueba única de laboratorio para realizar el tamizaje de anemia ferropénica. Las más utilizadas son la concentración de hemoglobina, la ferritina sérica y proteína C reactiva (PCR). Además se utiliza la saturación de la transferrina y el contenido de hemoglobina reticulocitaria (CHR)⁵⁰.

Existen diferentes criterios a nivel internacional, respecto a la prueba de tamizaje para detectar anemia ferropénica. Algunas de ellas son:

- **Academia Americana de Pediatría, año 2010:**
Tamizaje universal, mediante determinación de Hemoglobina entre los 9 y 12 meses. Si la Hemoglobina es menor a 11 g/dl o existen factores de riesgo, determinar ferritina o CHR⁵¹.
- **Previdad (Grupo de Trabajo para valorar evidencia de intervenciones preventivas de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria) año 2011:**
Tamizaje solo en prematuros de <1500 gramos⁵².
- **USPSTF (US Preventive Task Force):**
Tamizaje solo a grupos de riesgo.
- **Sociedad Argentina de Pediatría 2009:**
Hemograma entre los 9 y 12 meses de edad en los recién nacidos de término y entre los 6 y 9 meses de edad en los prematuros⁵³.

En Costa Rica, durante el año 2000 en el documento “NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, Atención del Niño y de la Niña “ se define la realización del hemograma a los 6 meses de edad, al año y luego una vez al año.

Según datos de la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la CCSS” la proporción de niños y niñas con

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. (2013) Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf consultado 5 /2/2016.

⁵⁰ Sánchez F. (2011). Prevención primaria y cribado de ferropenia en lactantes. En Recomendaciones PrevInfad /PAPPS (en línea). En: <http://www.aepap.org/previnfad/ferropenia.htm>

⁵¹ Baker, R. y Greer, F. and The Committee on Nutrition. (2010). Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0-3 Years of Age). *Pediatrics*, 126; p. 1040-1050.

⁵² Sánchez F. (2011). Prevención primaria y cribado de ferropenia en lactantes. En Recomendaciones PrevInfad /PAPPS (en línea). En: <http://www.aepap.org/previnfad/ferropenia.htm>

⁵³ Donato, H., Cedola, A. y Rapetti, M. (2009). Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. Comité Nacional de Hematología. *Arch Argent Pediatr*. 107(4), pp. 353-361.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 111

anemia, que se encontró para cada uno de los años analizados fue la siguiente:

Año	Proporción
2012	22%
2013	22%
2014	17%

Al analizar por grupo de edad, se encuentra que la mayor proporción de niños con anemia se encuentra en los menores de 12 meses para los tres años analizados". De hecho, para el año 2014, un 20% de los niños y niñas menores de 12 meses presentan hemoglobinas menores a 11 mg/dl.

Se ha observado que uno de cada cuatro niños atendidos no es tamizado, lo que hace suponer que existe un grupo de niños con anemia al que no se está identificando⁵⁴.

Tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- 1- Una de las deficiencias nutricionales más frecuentes es la carencia de hierro.
- 2- La anemia ferropénica es común en el lactante.
- 3- La deficiencia de hierro o la anemia por deficiencia de hierro pueden producir efectos adversos que en el neurodesarrollo psicomotor y la función cognitiva.
- 4- La anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas de 6 a 12 meses es un problema moderado de salud pública en nuestro país.

Se recomienda que en nuestro país se mantenga el tamizaje universal a los 6 meses de edad con un hemograma completo, es decir Hemoglobina, leucograma, conteo de plaquetas, reticulocitos y morfología del glóbulo rojo.

DESCRIPCIÓN DEL LINEAMIENTO

- 1) **Tamizaje de anemia:** Se mantiene la indicación de realizar un hemograma completo a los 6 meses y al año de edad a todos los niños y niñas. Luego se realizará un hemograma por año hasta los 12 años. La solicitud del hemograma debe hacerse durante la consulta de los 4 meses. El hemograma deberá realizarse en el lapso de tiempo comprendido entre los 5 meses 21 días y los 6 meses 21 días. El resultado será valorado entre los 6 meses y los 6 meses 29 días. Su interpretación debe anotarse en el expediente clínico.
- 2) **Interpretación de niveles de hemoglobina.** Se debe aplicar el criterio de menos de 2 desviaciones estándar de acuerdo con la edad para diagnóstico de anemia.
- 3) **Profilaxis de anemia.**
 - Al recién nacido de pretérmino (menos 37 semanas de gestación) y recién nacido de término pequeños para edad gestacional indicar hierro vía oral a 2 mg/Kg/día, se inicia el 1 mes de edad y se continúa hasta los 12 meses de edad.
 - En los recién nacidos a término se debe iniciar la profilaxis con hierro oral al cuarto mes de vida con

⁵⁴ Barrantes, A. (2015). Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Tamizaje de Anemia por Deficiencia de Hierro en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad de Costa Rica: 2012 - 2014. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 112

una dosis diaria de 1 mg/ Kg. /día hasta los 12 meses de edad.

- El suplemento de hierro vía oral se suspende al 1 año de edad, tomando en cuenta que el hemograma sea normal y el niño esté comiendo alimentos fuentes de hierro y de mejor biodisponibilidad.

4) Conducta Terapéutica. La anemia es un síndrome, por lo que el tratamiento debe dirigirse a la corrección de su causa ya que si esta si no se elimina, el tratamiento será inefectivo y producirá solamente una mejoría temporal⁵⁵.

Prueba terapéutica: consiste en administrar hierro oral a dosis terapéuticas 4-6 mg/ kg/día. Si la hemoglobina sube ≥ 1 g/dl en un mes, se considera que se está en presencia de una anemia ferropénica y la prueba es positiva.

- Prueba terapéutica positiva: Después de que las cifras de hemoglobina se normalicen, continuar hierro por 3 meses más, para llenar depósitos^{56,57}.
- Prueba terapéutica negativa: revalorar caso, insistir en alimentación complementaria adecuada y en factores que interfieren con la biodisponibilidad del hierro, continuar administración de hierro a dosis terapéuticas, realizar visita por Técnicos de Atención Primaria para valorar situación integral de la familia y adherencia al tratamiento, solicitar atención farmacéutica si estuviera disponible en el establecimiento de salud, indicar hemograma completo con reticulocitos, heces por parásitos y guayaco. Citar a nivel local en un rango de un mes a 2 meses para valorar exámenes de control.
 - Si no se observa respuesta adecuada, referir a Pediatría según red de servicios. Esta referencia debe incluir Historia Clínica y Examen Físico completos, anotación de los exámenes de laboratorio realizados con sus fechas, dosis de hierro indicada y duración del tratamiento.

Debe asegurarse que la primera hemoglobina de control se realice cuando el paciente ha recibido por lo menos un mes completo de hierro oral. Por lo tanto la primera cita de control, debe asignarse tomando en cuenta el tiempo de la prueba terapéutica que es un mes.

Esto significa que se debe garantizar que el primer hemograma control solo puede realizarse un mes después de que el paciente toma su tratamiento. Cualquier periodo de tiempo inferior al mes no es válido para el análisis de seguimiento.

5) Recomendaciones para la administración del hierro

- Adecuar la dosis con el peso en cada cita.
- Iniciar la profilaxis o el tratamiento a las dosis indicadas.

⁵⁵ Sánchez F. (2011). Prevención primaria y cribado de ferropenia en lactantes. En Recomendaciones PrevInfad /PAPPS (en línea). <http://www.aepap.org/previnfad/ferropenia.htm>

⁵⁶ Sociedad Argentina de Hematología. (2015) Guía de Diagnóstico y tratamiento. En: <https://books.google.com/books> Consultado 22-6-2015

⁵⁷ NUTRICIÓN INFANTIL. (2011) Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria- Especializada. En: ampap.es/wp-content/uploads/2014/05/Hierro_2011.pdf consultado 22-6-2015

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 113

- En caso de presentarse dificultades relativas a la tolerancia del medicamento:
 - o 1) dividir la dosis total en dos tomas cada 12 horas,
 - o 2) dar una dosis menor e incrementarla poco a poco hasta llegar a las dosis indicadas.
- Ofrecer el hierro de manera distanciada con respecto a las tomas de leche y tiempos de comida principal, ya que se disminuye su absorción y pueden aparecer efectos secundarios como la intolerancia digestiva y las heces negras.
- La absorción del hierro mejora con la ingesta concomitante de alimentos que provean vitamina C como frutas (por ejemplo papaya, mango, sandía, banano a partir de los 6 meses de edad). Bebidas como el café y el té afectan la absorción del hierro.
- Entre los alimentos con una mejor biodisponibilidad de hierro se encuentran: carne molida e hígado de res.
- Otros alimentos fuentes importantes de hierro: leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas), vegetales de color verde oscuro.

RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO

Funcionarios encargados de la atención de niños y niñas en el Área de Salud.

RESPONSABLE DE VERIFICAR CUMPLIMIENTO

Director Médico de cada establecimiento de salud.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

La Dirección de Compra de Servicios de Salud realiza monitoreo y evaluación de detección oportuna y abordaje adecuado de anemia por deficiencia de hierro de los 6 a los 24 meses de edad.

El Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña realizará el análisis anual de información obtenida del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) considerando edad del niño y valores de hemoglobina.

CONTACTO PARA CONSULTAS:

Dra Ana Lorena Madrigal Vargas Pediatra
 Programa de Normalización de la atención del Niño y la Niña
 Área de Atención Integral de las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
 Teléfono: 2223-8948 Fax: 2223-5992
 Correo electrónico. psnn_ddss@ccss.sa.cr con copia al correo almadrig@ccss.sa.cr
 Horario de trabajo. 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

REFERENCIAS

- Ajú, W. y Vega, N. (2014), Dirección de Compra de Servicios de Salud. Anemia y exclusión social: seguimiento a la situación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses de edad, según áreas de salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.
- Barrantes, A. (2015) Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Tamizaje de Anemia por Deficiencia de Hierro en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad de Costa Rica: 2012 - 2014. San José, Costa Rica.
- Baker, R. y Greer, F. and The Committee on Nutrition. (2010). Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0-3 Years of Age). Pediatrics,126; p. 1040.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2013). Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. Gerencia Médica. Dirección de Compra de Servicios de Salud. En: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud
- Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante" / Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. -- San José, CR. MIDEPLAN, 2014.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 114

Donato, H., Cedola, A., Rapetti, M. (2009) Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento Comité Nacional de Hematología. Sociedad Argentina de Pediatría Arch. argent. pediatr. v.107 n.4 Buenos Aires jul./ago. versión On-line ISSN 1668-3501.

Fernández, N. y Aguirrezabalaga, B. (2006). Anemias en la infancia. Anemia ferropénica BOL PEDIATR, 46: pp. 311-317.

González, H. (2013). Metabolismo del hierro en el niño. BOL PEDIATR, 53: pp. 181-186.

González, R. (2005) Biodisponibilidad del hierro. Revista Costarricense de Salud Pública. 14 (26)

Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. (2006) Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 160 (11):1108-113.

Mc Donagh, M. S. (2015). Screening and Routine Supplementation for Iron Deficiency Anemia: A Systematic Review. PEDIATRICS, 135 (4)

Melo, M. (2012) Interpretación del hemograma y pruebas de coagulación. Pediatr Integral, XVI(5): pp. 413.e1-413.e6.

Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Estadística y Censos, Instituto Costarricense sobre Drogas. (2012) Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Fascículo 2: Micronutrientes. San José, Costa Rica.

Sánchez, F. J. (2011). Prevención primaria y cribado de ferropenia en lactantes. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. En: <http://www.aepap.org/previnfad/ferropenia.htm>

Sociedad Argentina de Hematología. (2015) Guía de Diagnóstico y tratamiento. En: <https://books.google.com/books> Consultado 22-6-2015

Torrent, M. (2012). Interpretación del hemograma y de las pruebas de coagulación. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones, pp. 203-216.

Tratado de Pediatría Nelson, 19 edición, Elsevier Saunders, 2013

World Health Organization.(2001) Iron deficiency Anemia: Assessment, Prevention, and Control- A Guide for program managers. Geneva, Switzerland: World Health Organization; . WHO/NHD/01.3

World Health Organization.(2004) Assessing the iron status of populations : including literature reviews : report of a Joint WHO Organization/Centers for Disease Control and Prevention Technical Consultation on the Assessment of Iron Status at the Population Level. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596107.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011) Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su prevalencia. Ginebra, (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf, consultado 27/4/2015

Organización Mundial de la Salud. (2013) Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en recién nacidos. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf consultado 5/2/2016.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 115

Anexo 10

Entrega preventiva de suero oral en caso de diarrea

Información general para la entrega del suero

La entrega del suero oral incluye educación a la familia acerca de su uso, preparación e ingesta, considerando la siguiente información.

¿Qué es el suero oral?

-Es una preparación de sales para tomar (contiene cloruro de sodio, cloruro de potasio y dextrosa) que se utiliza únicamente en caso de diarrea⁵⁸, vómitos o ambos. Sirve para combatir la deshidratación que incluso puede matar al niño(a). La deshidratación es la pérdida importante de agua y sustancias (sales o electrolitos) del cuerpo del niño(a) o de la persona adulta.

¿Cuáles son los signos más comunes de la deshidratación?

-Los signos más comunes son: ojos hundidos, boca seca con saliva escasa y espesa, llanto sin lágrimas y orina escasa de color intenso.

¿Cuándo utilizar el suero oral?

-Se debe utilizar suero oral desde que el niño(a) empieza con diarrea, vómito o ambos y todo el tiempo que dure el vómito o la diarrea.

¿Cómo preparar el suero oral?

- Revisar la fecha de vencimiento escrita en el sobre y no utilizarlo si está vencido.
- Verificar que si el polvo ha cambiado de color de blanco a amarillo o si está húmedo o endurecido, en cuyo caso no se debe utilizar.
- Utilizar agua potable para preparar el suero, si no lo es debe hervirse.
- Agregar el polvo contenido en el sobre a un litro de agua, agitarlo hasta que se disuelva.
- El suero preparado debe guardarse en un lugar fresco, a temperatura ambiente o en refrigeración.

⁵⁸ Para detalles relacionados con el abordaje de diarreas referirse a la Guía para el Manejo Clínico de la Enfermedad Diarreica Aguda, publicada por el Ministerio de Salud, la CCSS e INCIENSA, Abril 2009.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 116

- Guardar los sobres restantes en un lugar seco, lejos del calor, la humedad y la luz del sol.

¿Cómo dar el suero oral al niño(a)?

- En cucharaditas o traguitos pequeños pero seguidos, principalmente después de cada vómito o deposición diarreica. Cada vez que el niño(a) trague dele otra cucharadita, aun cuando la vomite.
- Es importante que la persona adulta que cuida al niño (a) dedique tiempo para darle a tomar el suero y que lo haga de manera continua día y noche, mientras tenga diarrea o vómito.
- No se le debe dar al niño(a) el suero oral en chupón, sino en cucharita, beberito, taza o vaso y es necesario asegurarse de que el niño(a) lo está tomando.
- Acudir al establecimiento de salud más cercano en caso de que el niño(a):
 - Presente signos de deshidratación a pesar de recibir el suero, vómitos frecuentes o sangre en las heces
 - No se tome el suero
 - Continúe con diarrea por más de siete días, aunque esté hidratado
 - Además de diarrea padezca de otra enfermedad que lo ponga en riesgo (recién nacido de bajo peso, desnutrición, malformaciones congénitas, entre otras).
- En caso de ser necesario trasladar al niño(a) al establecimiento de salud, se le debe dar suero durante el viaje.
- Recuerde que no se debe suspender la alimentación ni la lactancia materna mientras el niño(a) toma el suero, se continúa con lo que habitualmente come, pero en cantidades más pequeñas y con mayor frecuencia.

Indicación para la entrega preventiva de suero oral a la familia en el I Nivel de Atención de la CCSS

- En todo el país, se entregan ocho sobres de suero oral a cada familia con niños(as) menores de cinco años, durante la visita domiciliar o cuando acude al establecimiento de salud.
- En áreas geográficas con población muy dispersa, con dificultades de acceso a los establecimientos de salud o con características epidemiológicas particulares que indiquen el riesgo de diarrea, se deben entregar seis sobres de suero oral por cada niño(a) menor de cinco años que viva en cada hogar.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 117

- Toda entrega preventiva de suero oral se debe registrar en la página 48 del Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña, anote la fecha y en observaciones escriba la cantidad de sobres y el escenario en que se suministraron.
- La entrega de los sobres de suero debe coincidir con los periodos del año en los que se espera que aumente la frecuencia de casos de diarrea.

Referencias bibliográficas

Fontaine, O. et al. (March, 2009). Setting Research Priorities To Reduce Global Mortality from Childhood Diarrhoea by 2015. PLoS Med 6 (3). e1000041 En: www.plosmedicine.org

Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social e Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (abril, 2009). Guías para el Manejo Clínico de la Enfermedad Diarreica Aguda. San José, Costa Rica.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Manual Clínico AIEPI Neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil. Cuadro de Procedimientos. Washington, D.C., Estados Unidos: OPS.

World Health Organization. (2009). Son necesarias más investigaciones sobre la diarrea infantil. En: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/diarrhoea_research_20090310/es/

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 118

Anexo 11 **Parasitosis intestinal**

Los protozoos y helmintos producen parasitosis intestinal y una serie de enfermedades infecciosas transmisibles, variando su clínica de cuadros asintomáticos a casos graves. Los helmintos contribuyen de manera importante en la morbilidad y mortalidad en países en vías de desarrollo especialmente en la niñez por el impacto en el desarrollo de niños y niñas. Por lo anterior se ha recomendado la estrategia de profilaxis con antihelmínticos como una manera de disminuir la prevalencia de esta parasitosis.

En la Encuesta Nacional de Nutrición 2008 - 2009 se aplicaron metodologías diagnósticas que permitieron la detección de helmintos y protozoarios intestinales. Se analizaron 782 muestras de heces, en preescolares (29,1%), en escolares (39,2%) y en adulto mayor (31,6%). La parasitosis intestinal detectada fue en su mayoría por protozoarios y un porcentaje muy bajo por helmintos. En los tres grupos estudiados, 29,6% de las infecciones parasitarias fueron principalmente por un sólo parásito y 19,5% por dos o más parásitos. Se detectó infecciones mixtas de hasta por cuatro parásitos.

La prevalencia de parásitos intestinales en los tres grupos de estudio, fue de 49%; principalmente por protozoarios no patógenos. Los escolares y los adultos mayores fueron los grupos con un mayor porcentaje de parasitosis, ambos con un porcentaje superior al 54%. Los parásitos detectados con mayor frecuencia fueron Blastocystis sp. (37,8%), Endolimax nana (15,0%) y Entamoeba coli (8,3%). Seis por ciento de esta parasitosis, es debida a protozoarios potencialmente patógenos (Entamoeba histolytica/ E. dispar y Giardia intestinalis). Giardia intestinalis fue la más prevalente con 4,5% y 3,5% en preescolares y escolares respectivamente.

Estos datos nos hacen pensar que como estrategia de salud pública debemos continuar con la vigilancia y la prevención en este tema de salud pública.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 119

Tabla 1. Parásitos y síntomas más frecuentes

Parásito	Dolor abdominal distensión	Fiebre	Diarrea o vómitos	Irritabilidad e insomnio	Hepatitis o Colestitis (H - C)	Anemia o Eosinofilia (A-E)	Pérdida de peso o Malnutrición	Otros
Entamoeba Histolytica	X	X	Con sangre		H	A		Síntomas respiratorios, apendicitis o peritonitis
Giardia lambia	X		X				X	
Blatocystis hominis	X		X					Prurito perianal
Ascaris lumbricoides	X	X	X			E		Síntomas respiratorios, apendicitis, peritonitis, obstrucción intestinal, prurito o reacciones alérgicas
Trichocefalos trichurus	X		Con sangre			A-E	X	Apendicitis , peritonitis y prolapso rectal
Enterobius vermicularis	X			x				Prurito anal nocturno
Strongyloides stercoralis	X		Con sangre			A-E	X	Síntomas respiratorios, apendicitis , peritonitis, deshidratación y prurito o reacciones alérgicas
Taenia saginata y Taenia solium	X		X					
Hymenolepsi s nana	X		X	X		E	X	
Anquilostom a duodenale y Necator americanus	X	X	Con sangre			A-E	X	Síntomas respiratorios, prurito y reacciones alérgicas.

Fuente. Información Farmacoterapéutica de la Comarca, Parasitosis Intestinal, Volumen. 17. N° 2. 2009. Guía de Manejo de las Parasitosis Intestinales. ESE Carmen Emilia Ospina. 2010. Colombia.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 120

Tabla 2. Manejo terapéutico de las parasitosis intestinales más frecuentes

Enfermedad y Parásito	Medicamento de elección	Segunda alternativa	Tercera alternativa
Entamoeba Histolytica	Metronidazol 35-50 mg/kg/ día VO tid por 10 días.		
Giardiasis: Giardia lamblia	Metronidazol 15 mg/Kg /día VO en tid por 5 días	Albendazol 400 mg por día por 5 días	
Anquilostomiasis: Anquilostoma duodenale y Necator americanus	Albendazol 400 mg una dosis VO		
Ascariasis: Ascaris lumbricoides.	Albendazol 400 mg una dosis VO	Ivermectina 0.2 mg por Kg , una dosis, VO	
Oxiuriasis: Enterobius vermicularis	Albendazol 400 mg una dosis VO Repetir en 2 semanas.	Ivermectina 0.2 mg por Kg , una dosis, VO	
Estrongyloidiasis: Strongyloides stercoralis	Ivermectina 0.2 mg por Kg por 2 días VO	Albendazol 400 mg cada día por 3 días VO	Tiabendazol 25 mg / kg / día VO por 3- 7 días.
Tricocefalosis: Trichocefalos trichurus	Albendazol 400 mg/día por 3-7 días VO	Ivermectina 0.2 mg por Kg , por 3 días, VO	
Teniasis: Taenia saginata Taenia solium Hymenolepsis nana	Albendazol 400 mg una dosis VO		

Fuente. Kappagoda, S., Singh, U. y Blackburn, B. G. (Mayo-Junio, 2011). Antiparasitic Therapy.Symposium on Antimicrobial Therapy. Clin Proc.; 86(6). pp. 561-583.

Entrega de antiparasitario como estrategia de profilaxis

Como medicamento profiláctico se prescribe a niños y niñas mayores de 2 años de edad, el antiparasitario albendazol 200 mg vía oral (VO), cuya prescripción es una dosis única (2 comprimidos) por año, en zonas de alto riesgo asegurar examen de heces para entregar el antiparasitario según necesidad del niño o la niña.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 121

¿Cómo dar el antiparasitario al niño o niña?

- La entrega del medicamento se hará directamente a cada niño y niña, el cual frente al funcionario(a) o persona adulta a cargo, lo ingiere de forma inmediata. El antiparasitario se puede ingerir con alimentos o con algún tipo de bebida (jugo, refresco, entre otros).
- En el caso de que el medicamento se triture se debe dar inmediatamente para que su absorción sea adecuada.

Indicación para la entrega de antiparasitario en el I Nivel de Atención de la CCSS

- En todo el país, se entrega anualmente a cada niña y niño mayor de 2 años, durante la visita domiciliar, cuando acude al establecimiento de salud o en el escenario escolar.
- La entrega del medicamento estará a cargo del funcionario del EBAIS, en los centros educativos del Ministerio de Educación Pública y del Ministerio de Salud se contará con el apoyo del personal técnico y/o docente, considerando que:
 - En el escenario familiar, durante la visita domiciliar, se debe entregar a los niños y las niñas de 3 a 6 años que no asisten a ningún centro educativo público, al CEN-CINAI o al CAI.
 - En la consulta de atención integral se debe entregar como profilaxis a todo niño o niña mayor de 2 años cuya madre informe que no ha recibido el antiparasitario en el hogar, en el centro educativo, en el CEN-CINAI o en el CAI.)
 - En el escenario escolar se debe entregar al 100% de la población de estudiantes, desde el nivel preescolar hasta sexto grado, incluyendo los servicios de educación especial y al 100% de niños mayores de 2 años que asisten al CEN-CINAI o CAI.
- En áreas geográficas con población muy dispersa con características epidemiológicas particulares que indiquen el riesgo de parasitosis, se debe entregar semestralmente.
- Toda entrega preventiva de antiparasitario se debe registrar en la página 48 del Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña, anote la fecha y en observaciones escriba el escenario en que se suministró.

Referencias bibliográficas

Gómez, J. A., Rodríguez, R. y González, M. I. (s.f.). Parasitosis intestinales frecuentes. En Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría; Infectología año, impresión paginas 189-200.

Corry, J., Gary, L. y Brett V. (2004) Common Intestinal Parasites, *American Family Physician* 69(5), 1161-1168.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 122

- Venkatesan, P. (1998). Albendazole, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 41, 145-147.
- Moon, T. D., Richard, A., Oberhelman, M. (2005) Antiparasitic: Therapy in Children. *Pediatric Clinic North America* 52 917– 948.
- Huang, D. B. y Clinton, A.(2006). An Updated Review on Cryptosporidium and Giardia. *Gastroenterology Clinic of North America*, 35, 291-314.
- Crompton, D.W.T., Torlesse, H. y Hodges, M. E. (2003). Hookworm infection and iron status. In Controlling disease due to helminth infections. Edited by D.W.T. Crompton, A. Montresor. M.C. Nesheim. L. Savioli. World Health Organization. Geneva. pp. 23-32).
- Kvalsvig, J.D. (2003). Parasites, nutrition, child development, and public policy. In In Controlling disease due to helminth infections. Geneva: World Health Organization. p. 55.
- Hababu M., Chwaya, R. y Stoltzfus, J. (2003). Helminth infections, growth, and anaemia: lessons from Zanzibar. In Controlling disease due to helminth infections. Geneva: World Health Organization. p. 33-42.
- Crompton, D.W.T., Montresor, A., Nesheim, M.C y Savioli, L. (2003). Treatment of soil-transmitted helminth infection: prescribing information for disease control. In Controlling disease due to helminth infections. Geneva: World Health Organization. p. 111.
- Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Fascículo 5: Parásitos intestinales / Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Estadística y Censos, Instituto Costarricense sobre Drogas. --San José, Costa Rica: El Ministerio, 2012.
- Información Farmacoterapéutica de la Comarca. (2009). Parasitosis Intestinal. Volumen 17, N° 2.
- Guía de Manejo de las Parasitosis Intestinales. ESE Carmen Emilia Ospina. (2010). Colombia.
- Kappagoda, S., Singh, U. y Blackburn, B. G. (Mayo-Junio, 2011). Antiparasitic Therapy. Symposium on Antimicrobial Therapy. Clin Proc.; 86(6). pp. 561-583.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 123

Anexo 12

Mediciones del crecimiento del niño y la niña: técnicas⁵⁹ y gráficas

1. MEDICIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO EN NIÑOS Y NIÑAS HASTA LOS TRES AÑOS DE EDAD

DEFINICIÓN. Medida del contorno del cráneo desde su parte frontal hasta la occipital.

EQUIPO

- Cinta métrica flexible, no extensible, de fibra de vidrio, menos de un centímetro de ancho (ideal 0,7 mm), con espacio de arranque antes del cero (no con platina al primer milímetro) y graduada en milímetros.

PROCEDIMIENTO

1. Explicar a la madre, padre o encargado la importancia de la medida y el procedimiento a realizar. Solicitarle la ayuda para que sostenga al niño o niña en sus brazos durante la medición.
2. Solicitar a la madre que el niño o niña debe estar en brazos, con la cabeza a medio lado, con el objetivo de disminuir el error en la medición por la tendencia a seguir los objetos, propia de la etapa infantil.
3. Quitar objetos que tenga el niño o niña en la cabeza.

TECNICA

1. Colocar sobre el área temporal el cero de la cinta métrica e ir rodeando la cabeza hasta llegar a la protuberancia occipital externa (el punto más prominente de la parte posterior del cráneo u occipucio) y seguir hasta la frente, pasando la cinta sobre los arcos supraorbitales y tomando la lectura sobre el área temporal inicial al sobreponer el resto de la cinta métrica sobre el cero de la misma.

⁵⁹ La descripción de las técnicas, equipos y procedimientos descritos en este anexo fueron diseñadas por el Equipo de Trabajo Antropometría en el 2016. Dicho equipo estuvo integrado por: Grace Murillo Loaiza. Coordinadora Nacional de Nutrición. CCSS; Marlene Montoya Ortega. Nutricionista. Programa Normalización de la Atención del Niño y la Niña. AAIP.DDSS.CCSS; Pilar de la O Castro. Nutricionista HNN; Francisco Sánchez Montero. Nutricionista, SEAN; Marlene Roselló Araya. Nutricionista, INCIENSA; Andrea Sánchez Salas. Nutricionista, HM; Rocío Quesada Esquivel. Nutricionista, HNGGRBC. El contenido es un fragmento del documento institucional en producción que describe para todos los grupos etáreos esta información.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 124

2. Ajustar la cinta métrica, manteniendo la presión constante y firme sobre todo si el cabello es rizado o abundante.
3. Procurar que la vista esté en el mismo plano de la cinta métrica (agacharse si es necesario) para evitar el error de paralaje o desviación del ángulo de la visión al leer los números.
4. Hacer la lectura en voz alta, número por número y anotarlo inmediatamente en centímetros con un decimal.

2. MEDICIÓN DE CRECIMIENTO LINEAL EN NIÑOS Y NIÑAS

Medición de la longitud en niños o niñas de dos años o menos

DEFINICIÓN. Longitud. Medida de la extensión del cuerpo de una persona acostada boca arriba o en posición supina, que abarca desde el vértex craneal o coronilla, columna vertebral y miembros inferiores hasta la planta de los pies. Esta medida también se aplica a niños o niñas entre 24 y 36 meses de edad, que por diferentes motivos no pueden ponerse de pie.

EQUIPO

- **Infantometro no plegable de plástico rígido:** que contenga la cinta métrica en uno de los bordes laterales, de color claro. Tope fijo para la cabeza y tope móvil para la planta de los pies con bloqueo.

PROCEDIMIENTO

1. Colocar el infantómetro sobre una mesa o superficie plana, firme y segura (que no sea acolchada), con altura de camilla terapéutica, de lo contrario la persona que toma la medida deberá agacharse para mantener el nivel de lectura apropiado.
2. Explicar los procedimientos a realizar a la madre, padre o encargado, señalando la importancia de la medición y preparándolos para la ayuda respectiva con el fin de mantener al niño o niña tranquilo y cómodo.
3. Contar con dos personas para medir la longitud del niño o niña.
4. Quitar cualquier adorno en la cabeza que interfiera con la medición, como colas, moños, gorras o prensas, además el niño o niña debe estar sin medias y sin zapatos. Evitar pantalones con ruedos largos que interfieran con la medición.
5. Desinfectar las diversas partes del equipo, cada vez que se utiliza el infantómetro.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 125

TECNICA

1. Medir la longitud de un niño o niña en posición acostado boca arriba (decúbito supino).
2. Colocar al niño o niña acostado en el infantómetro mirando hacia arriba.
3. La persona que ayuda a realizar la medición, debe colocar y mantener la cabeza del niño o niña con ambas manos a la altura de las orejas, en el extremo no móvil del infantómetro. La coronilla o vértice de la cabeza debe tocar la base no móvil del infantómetro (respaldar más alto), el mentón no debe pegar contra el pecho, ni estar levantado hacia atrás.
4. La persona que toma la medida (personal de salud) debe colocarse al lado del infantómetro donde se encuentra la escala.
5. Controlar que hombros, espalda, glúteos y pantorrillas estén rectos y en contacto con la superficie del equipo. Los brazos deben descansar paralelos al tronco. Las rodillas no deben estar dobladas.
6. Asegurar la correcta posición, manteniendo las piernas estiradas mediante una suave presión contra las rodillas, cuidando que los dedos de los pies del niño apunten hacia arriba y sus plantas estén contra el extremo móvil del aparato.
7. Estar atento a que el niño o niña no cambie la posición de la cabeza ni el resto del cuerpo. No dejar de presionar las rodillas con una mano y con la otra, desplazar el respaldar móvil del infantómetro hacia los talones y las plantas de los pies del niño o niña.
8. Mantener el respaldar desplazable del infantómetro firmemente presionado contra las plantas de los pies.
9. Leer en voz alta cada número de la medida indicada por el extremo móvil y anotarlo inmediatamente, en centímetros (cm) con un decimal.

Nota: si un niño está demasiado inquieto y no es posible mantener ambas piernas en la posición correcta, tome la medición con una sola pierna (la que se encuentre al lado de la escala).

Medición de la estatura en personas mayores de dos años.

DEFINICIÓN. Estatura. Distancia registrada desde la planta de los pies hasta el vértex del cráneo de forma vertical.

No se debe utilizar el tallímetro de las balanzas mecánicas de plataforma para la medición de la estatura, debido a que no es posible aplicar la técnica correcta, obteniéndose un resultado inexacto.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 126

EQUIPO

- **Tallímetro extensible de pared.** Para instalar el tallímetro se debe seleccionar una pared lisa sin rodapié.
- **Cinta métrica inextensible de fibra de vidrio de 150 cm**
- **Escuadra antropométrica o cartabón.** Instrumento de madera, metal o plástico, con una base rectangular y un triángulo escaleno que forme un ángulo de 90 grados con la base.
- **Plomada.** cuerda de aproximadamente dos metros de largo unida a una arandela u objeto metálico pesado

Instalación del tallímetro o de la cinta métrica

- a) Seleccionar una pared lisa sin rodapié, para encontrar ese lugar se debe utilizar la escuadra o cartabón. La pared debe formar un ángulo recto (90°) con el piso y debe estar nivelada, lo cual se comprueba colocando un nivel portátil en varios tramos de del área elegida para colocar la cinta.
- b) Si las paredes tienen rodapié, se debe cortar 50 cm del mismo para permitir que el punto de contacto de los talones toque la pared. Puede utilizarse también una puerta lisa en buen estado.
- c) Colocar una plomada a 2 cm del suelo sostenida en su inicio firmemente.
- d) Dejar la plomada durante todo el tiempo que duren las mediciones para controlar que la cinta métrica esté en su correcta posición una vez instalada.
- e) En el caso del uso de cinta métrica:
 - i. Medir con una regla 50 cm del piso sobre la pared hacia arriba y señalar dos puntos separados 15 cm uno de otro, trazar una línea horizontal que una los dos puntos.
 - ii. Colocar el cero de la cinta métrica sobre la línea horizontal trazada y extenderla paralela a 3 cm del hilo de la plomada hacia arriba. Asegurar siempre que la distancia entre la cinta métrica y la plomada, sea la misma desde el inicio hasta el final.
 - iii. Pegar la cinta métrica de abajo hacia arriba, sujetándola a la pared con suficiente cinta adhesiva en diferentes tramos. La cinta métrica debe quedar bien estirada y sin pliegues.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 127

f. En el caso del tallímetro

- i. Extenderlo hasta la extensión máxima, sujetarlo al piso en su tope móvil y extenderlo sobre la pared.
- ii. Verificar la posición vertical de la cinta con la plomada colocada paralela a 3 cm del tallímetro. Fijarlo firmemente.
- iii. Enrollar hasta el nivel inicial.
- iv. Bajar la cinta para comprobar que quede paralela a la plomada.

PROCEDIMIENTO

1. Explicar según corresponda al niño o niña, la madre, padre, encargado o persona a medir la importancia de ésta y prepararlos para su colaboración.
2. Solicitar a la persona a la que se le va a realizar la medición que debe quitar las **medias, zapatos** y no debe tener ningún objeto en la cabeza que interfiera, como colas, moños, gorras, prensas, entre otros.

TECNICA

1. Colocar a la persona de espalda contra la pared. La cinta métrica debe quedar en el centro de la espalda y de la cabeza (a lo largo de la columna vertebral).
2. Colocar los pies juntos, los tobillos tocándose y el primer orjejo medial de ambos pies separados a una distancia de 60° (posición de pingüino). Los talones, las pantorrillas, los glúteos, la espalda y el occipucio pegando a la pared. Además debe tener los brazos colocados a lo largo del cuerpo, en posición de descanso.
3. La mirada debe ser hacia el frente según el plano de Frankfurt, con la línea de visión perpendicular al piso. Para mayor seguridad coloque el dorso de su mano izquierda debajo de la barbilla de la persona para evitar que baje la mandíbula.
4. Sin soltar la barbilla, apoyar la escuadra o cartabón sobre la cabeza de la persona verificando que forme un ángulo recto con la cinta métrica, mantener firme la escuadra o cartabón contra la cinta métrica al hacer la medición de la estatura. En el caso del tallímetro bajar el cartabón móvil hasta el vertex o centro de la cabeza.
5. Si la persona tiene mucho cabello, presionar el cartabón sobre éste cuidando de no lastimarlo.
6. Cuidar que la escuadra o cartabón no se mueva, solicitarle a la persona que inspire normalmente, se agache y se retire a un lado para proceder a hacer la lectura.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 128

7. Leer cada número de la talla señalada en voz alta y anotarla inmediatamente. Realizar la medición dos veces consecutivas y registrar el valor en centímetros con un decimal, con una aproximación de 0,1cm.
8. Si, entre las dos mediciones hay una diferencia de 0,5 cm se realiza una tercera medición y se calcula el promedio de las tres mediciones.

La exactitud y precisión de las medidas, así como la confiabilidad y validez de los equipos solamente pueden obtenerse por medio del conocimiento de las mediciones, del cuidadoso mantenimiento de los equipos y la aplicación correcta de las técnicas, todo lo cual se alcanza con la práctica constante.

3. MEDICIÓN DE PESO CORPORAL

DEFINICIÓN. Peso corporal. Cantidad de masa o materia total de un ser humano, conformada por todos sus órganos y sistemas.

Niños y niñas de dos años o menos de edad

Esta medida se aplica también a niños y niñas de mayor edad que no pueden mantenerse de pie.

EQUIPO

- **Balanza pediátrica analógica o digital, tipo canasta.** Sensibilidad máxima de 10 gramos y escala máxima de 20 kilogramos (kg).

PROCEDIMIENTO CON BALANZA PEDIATRICA

1. Colocar la balanza sobre una superficie plana, sólida y sin desnivel, a una altura de camilla terapéutica y alejada de corrientes de aire e interferencias (paso de autos, trenes, entre otros).
2. Ajustar siempre la balanza pediátrica analógica al cero antes de colocar al niño o niña, para esto colocar las dos pesas hacia el cero y observar que la aguja de la barra medidora quede en balance. Cuando las pesas están en cero pero la aguja no está en balance, debe utilizar la perilla o tornillo correspondiente para ajustarla.
3. Comprobar la exactitud de la balanza pediátrica digital, antes de iniciar el pesaje diario de los niños y niñas, para esto se debe colocar un peso conocido por ejemplo botellas de agua, bolsa de arroz, o azúcar entre otros.
4. Explicar a la madre, padre o encargado, la importancia de la toma del peso corporal y la necesidad de su ayuda en la medición. El niño o niña debe estar tranquilo y cómodo, para lograr así la menor movilización y el éxito en la medición del peso corporal.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 129

5. Para disminuir el error en la medición, el niño o niña en edad hasta los 6 meses se debe pesar con la mínima cantidad de ropa, es decir únicamente con pañal seco. A partir de los 6 meses el niño o niña debe estar sin zapatos y con la mínima cantidad de ropa posible.
6. Explicar a la madre, padre o encargado que un pañal húmedo, zapatos, pantalón y abrigo pueden pesar más de 0,5 kg, lo cual aumenta el error en la medición.
7. Anotar si el niño o niña ha ingerido alimento previo a la toma del peso corporal.
8. Dejar la balanza pediátrica analógica en su peso máximo cada vez que termine de pesar.

TECNICA

1. Colocar papel periódico blanco en la canasta, antes de colocar al niño o niña en la balanza, para evitar el contacto directo con esta superficie.
2. Colocar al niño o niña acostado (decúbito dorsal) en el centro de la canasta, en posición segura, se le solicita a la madre, padre o acompañante que debe estar cerca para tranquilizarlo y cuidarlo.
3. Colocar al niño o niña sentado en la canasta, cuando se le salen las piernas en la misma.
4. Correr manualmente las dos pesas hasta que la aguja de la barra medidora quede en balance, en el caso de la balanza pediátrica analógica. Si la balanza es digital, debe encenderse antes de colocar el papel y al niño o niña.
5. Hacer la lectura directamente de frente a la barra de las pesas o al monitor, según corresponda.
6. Leer el peso corporal en voz alta número por número y anotarlo inmediatamente en kilogramos con un decimal.

Medición del peso corporal en personas mayores de dos años

Se aplica esta medición a personas de dos años o más, que puedan mantenerse de pie.

EQUIPO

- **Balanza fija o portátil, analógica o digital.** Sensibilidad de 100 gramos y capacidad mínima de 200 kilogramos.

PROCEDIMIENTO BALANZA FIJA O PORTÁTIL, ANALÓGICA O DIGITAL

1. Colocar la balanza en un lugar con suficiente luz y ventilación, evitar temperaturas extremas, humedad, luz solar, golpes y polvo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 130

2. Colocar la balanza sobre una superficie plana, sólida y sin desnivel, con el pie o pedestal alejado de la pared, que permita ajustar la balanza adecuadamente.
3. Ajustar siempre la balanza al cero antes de colocar a la persona. Esto se realiza colocando las dos pesas en cero y observando que la aguja de la barra medidora quede en balance (en el centro del agujero). Cuando las pesas están en cero pero la aguja no está en balance (al centro) debe utilizar la perilla o tornillo correspondiente para hacer el ajuste al cero de la balanza.
4. Esperar entre veinte o treinta minutos para lograr su estabilización cuando se movilizan las balanzas.
5. Colocar sobre la superficie de la balanza unas huellas dibujadas que indiquen la posición correcta de los pies.
6. Solicitar a la persona que debe estar sin zapatos y con la mínima cantidad de ropa posible, o cualquier objeto pesado en los bolsillos de la camisa, blusa, pantalón o falda.
7. Explicar a la persona o a quien corresponda (en el caso un menor de edad) los procedimientos a realizar, señalando la importancia de la toma del peso corporal y la necesidad de su ayuda.
8. Recordar que la superficie de la balanza se debe limpiar diariamente.

TECNICA

1. Antes de solicitar a la persona que se coloque en la plataforma, se debe correr alguno de los pesos (de los kilos o de los gramos) a la cantidad máxima que indique la barra medidora de la balanza.
2. Pedir a la persona que se coloque en el centro de la plataforma, en posición de descanso con los pies ligeramente separados siguiendo las huellas dibujadas en la plataforma, para lograr una mejor distribución de la masa corporal, los brazos relajados a los costados del cuerpo.
3. La persona que realiza la medición debe colocarse al frente de barra medidora con la mirada perpendicular a los números.
4. Con la persona ubicada sobre la plataforma y en el caso de la balanza analógica correr manualmente las dos pesas hasta que la aguja de la barra medidora quede en balance. Si la balanza es digital se debe encender antes de que la persona se suba a la misma.
5. Leer el peso en voz alta número por número y anotarlo inmediatamente en kilogramos con un decimal.
6. Dejar la balanza analógica en su capacidad máxima al finalizar la jornada laboral.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 131

Nota: No se recomienda, usar la balanzas portátiles analógicas para realizar la toma de peso de los niños y niñas para la valoración nutricional en los servicios de salud y centros educativos, ya que no están diseñadas para uso institucional sino doméstico. Las balanzas recomendadas para estas mediciones deben ser duraderas y validadas en la literatura científica. Por ejemplo marcas SECA y Tanita.

Para el trabajo que requiera traslado de balanzas utilizar únicamente balanzas portátiles.

4. Instructivo aplicación gráficas de crecimiento niñas, niños y adolescentes⁶⁰

Formulario: GRÁFICAS DE CRECIMIENTO NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Área: Consulta Externa y Hospitalización

Autor: Programa Salud del Niño y la Niña

Fecha: 2015

En el ámbito nacional de Costa Rica las gráficas oficiales para evaluar el crecimiento en niños, niñas y adolescentes, están constituidas por indicadores que se utilizan considerando conjuntamente la edad, el sexo y las mediciones de peso, longitud/talla (longitud: medición acostado boca arriba en niños y niñas de dos años o menos y talla: se mide de pie, en posición vertical, en mayores de 2 años) y perímetro cefálico.

1. QUÉ GRÁFICA UTILIZAR SEGÚN LA EDAD? NIÑOS Y NIÑAS NACIDOS PRETÉRMINO⁶¹

En niños y niñas nacidos a pretérmino la gráfica que aplica según sexo es:

- a. **Gráfica de Fenton, 2013.** Se usa para valorar su crecimiento desde su nacimiento hasta las 50 semanas gestacionales.
- b. Posterior a las 50 semanas gestacionales y hasta los 2 años de edad cronológica, la valoración del crecimiento se realiza aplicando edad corregida⁶² (Ver Instructivo de las gráficas de crecimiento para niños y niñas nacidos Pretérmino).

⁶⁰ Si existiera alguna duda en la aplicación de las Gráficas favor comunicarse con la Dra. Marlene Montoya Ortega o el Dr. Robert Moya Vásquez al Programa Salud del Niño y la Niña del Área de Atención a las Personas. Teléfono 2223-8948 o correo mmontort@ccss.sa.cr o rmoyav@ccss.sa.cr

⁶¹ Los niños y niñas pretérmino son aquellos que nacen antes de la semana 37 de gestación.

⁶² La corrección de edad supone restar a la edad cronológica que tiene el niño o niña en el momento de la atención el número de semanas que le faltaron para cumplir con las 40 semanas de gestación.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 132

NIÑOS Y NIÑAS NACIDOS A TÉRMINO

En niños y niñas nacidos a término las gráficas que utilizan según sexo son:

- a. Perímetro cefálico para la edad (0 meses hasta los 3 años).
- b. Peso para la edad (0 meses hasta menores de 5 años).
- c. Talla para la edad (0 meses hasta menores de 5 años).
- d. Peso para la talla (0 meses hasta menores de 5 años).

EN NIÑOS Y NIÑAS A PARTIR DE LOS 5 AÑOS Y PERSONAS ADOLESCENTES

De los 5 años y hasta menores de 19 años las gráficas que aplican según sexo son:

- a. Índice de masa corporal para la edad (IMC).
- b. Talla para la edad.

2. FUNCIÓN DE LAS GRÁFICAS

Las gráficas de crecimiento son instrumentos para identificar el estado nutricional en un momento determinado y la tendencia de crecimiento de una persona. Es decir, indican si el niño, niña o adolescente está creciendo normalmente o no. Ello, permite realizar una priorización en la atención clínica de niños, niñas y adolescentes que presenten alteraciones.

3. LLENADO E INTERPRETACIÓN DE LAS GRÁFICAS

Una vez que el personal de salud o educación toma las medidas de peso, talla y perímetro cefálico, debe incluir el dato de la medición en la gráfica correspondiente.

Para ellos considera los siguientes pasos.

1. *Marcar los puntos para representar los valores de los indicadores de crecimiento*

Punto marcado. Representa el punto en el que se intersectan dos mediciones, por ejemplo: edad y peso.

Cada gráfica tiene dos ejes, uno vertical y otro horizontal. El **EJE X**, que es la línea horizontal en la parte inferior de las gráficas, en algunas representa la edad y en otras la talla. A partir de este eje parten líneas verticales guía, cada una marcando los diferentes valores de perímetro cefálico, peso, talla e IMC que incluyen las gráficas. El punto se marca sobre la línea vertical en la intersección de la línea vertical con la horizontal que corresponde a la edad cumplida (meses o años y meses). **El punto nunca debe dibujarse entre líneas verticales** (OMS, 2008).

En el caso de talla, si la medida obtenida incluye decimales, por ejemplo, un niño que mide 69.3 cm, se aplica redondeo, a saber, se debe redondear hacia la unidad inmediatamente inferior de uno a 4 décimos (0,1 a 0,4) y hacia la unidad inmediatamente superior de cinco a nueve decimos

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 133

(0,5 a 0,9), en el caso del ejemplo, el punto a marcar sería en la línea correspondiente de 69 cm (OMS, 2008) (INCAP, 2012).

El **EJE Y** que es la línea vertical en la parte izquierda de las gráficas, en algunas representa perímetro cefálico, talla, en otras el peso o el IMC. A partir de este eje parten líneas horizontales guía, cada una marcando los diferentes valores que incluye la gráfica. En este caso, se debe marcar el punto en o entre las líneas horizontales correspondientes, en la intersección con la línea vertical adecuada, tratando de colocarlo en el valor de la medición de la manera más precisa posible (OMS, 2008; INCAP, 2012).

Específicamente en el caso del IMC, el valor debe ser registrado y marcado en la gráfica respectiva con un decimal.

En las gráficas se marca un punto cada vez que se realiza la valoración del usuario(a). A partir del dibujo del segundo punto en las gráficas, se unen con una línea recta para apreciar la tendencia del crecimiento, que puede ser positiva o negativa. En función de esta tendencia se debe brindar la intervención más oportuna.

2. Hacer el cálculo del IMC en niñas, niños y adolescentes a partir de los 5 años de edad

El IMC se obtiene al dividir el peso de la persona en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado.

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$$

Por ejemplo: una niña que pesa 26.8 kg y mide 119 cm, tendrá un IMC de 18.92

$$26.8 / 1.19^2 = 26.8 / 1.4161 = 18.92 = \text{IMC } 18.9$$

El valor del IMC debe ser con un decimal.

Si el punto marcado cae exactamente en la línea de puntuación z, se clasifica la categoría más severa, por ejemplo un peso para la talla que cae exactamente sobre la línea de -3 se considera desnutrición severa.

3. Interpretar los puntos dibujados marcados en las gráficas.

En todas las gráficas, la línea rotulada con el valor cero (0) representa la mediana o promedio. Las otras líneas representan los valores de puntaje z, que indican la distancia desde la mediana.

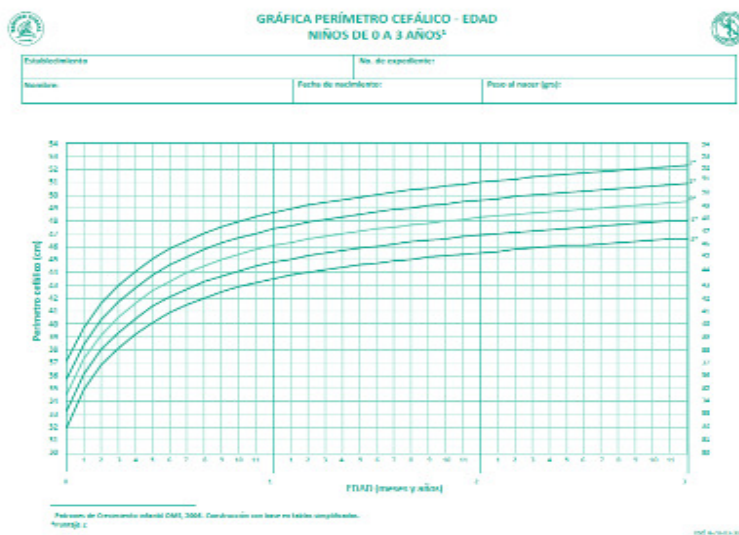
En general, cuando un punto está ubicado lejos de la mediana en dirección superior o inferior (por ejemplo, -3 o +3) puede indicar un problema. Sin embargo, deben considerarse otros factores, como la tendencia de crecimiento, las condiciones de salud del niño, niña o adolescente

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 134

y la talla de los padres (OMS, 2008). Es importante, al analizar cada caso considerar **los resultados de todas las gráficas de crecimiento al mismo tiempo**, con mayor razón cuando solamente en una de las gráficas se identifique un problema. Por ejemplo, si un niño se ubica -2 puntaje z en la gráfica peso/edad evidencia un bajo peso. Si se consideran simultáneamente las gráficas talla para la edad y peso para la talla, puede descartarse o confirmarse la presencia del problema. En este caso, dada la información que brinda cada indicador, se debe centrar la evaluación del crecimiento en las gráficas peso/talla y talla para la edad (OMS, 2008).

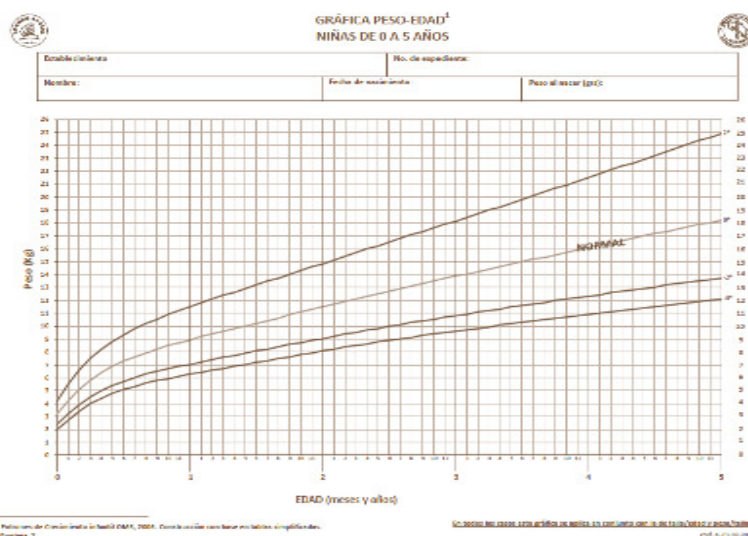
a. Gráfica de Perímetro cefálico para edad

En esta gráfica se identifican tres canales, que van de -2 puntaje z a +2 puntaje z, se debe considerar, que si la medida al marcar los puntos, está por encima de la línea de +2 puntaje z indica macrocefalia. Si se encuentra por debajo de -2 puntaje z indica microcefalia. Es muy importante la tendencia para definir necesidad de referencias, todo cambio brusco de canal requiere del análisis clínico respectivo.



b. Gráfica Peso para edad

Refleja el peso corporal en relación a la edad del niño y la niña en un día determinado, *un valor fuera de los canales de +2 a -2 puntaje z, podría indicar que el niño o niña no tiene el peso que debería para su edad, no obstante, se debe analizar esta situación, ya que se podría presentar porque es una persona pequeña o porque es una persona delgada, o bien, un peso para edad mayor a +2*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 135

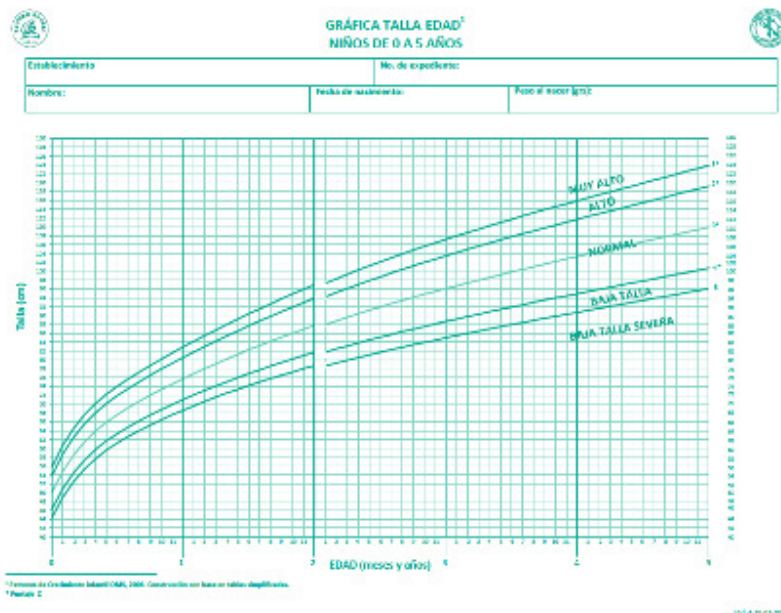
puntaje z, puede ser el caso de un niño muy alto y estar bien (Bulux, 2011).

Este indicador permite por lo tanto, **evaluar si un niño presenta bajo peso** (cuando el punto marcado está en o debajo de la línea de -2 puntaje z pero arriba de la línea de -3) **y bajo peso severo** (cuando el punto marcado está en o debajo de la línea de -3 puntaje z), **pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso, obesidad y desnutrición.** Por ello, en las gráficas a nivel de país, no se visualizan las clasificaciones de estado nutricional a excepción de normal (entre +2 y -2 puntaje z) (Secretaría de Salud de Honduras, 2012) (OMS, 2008).

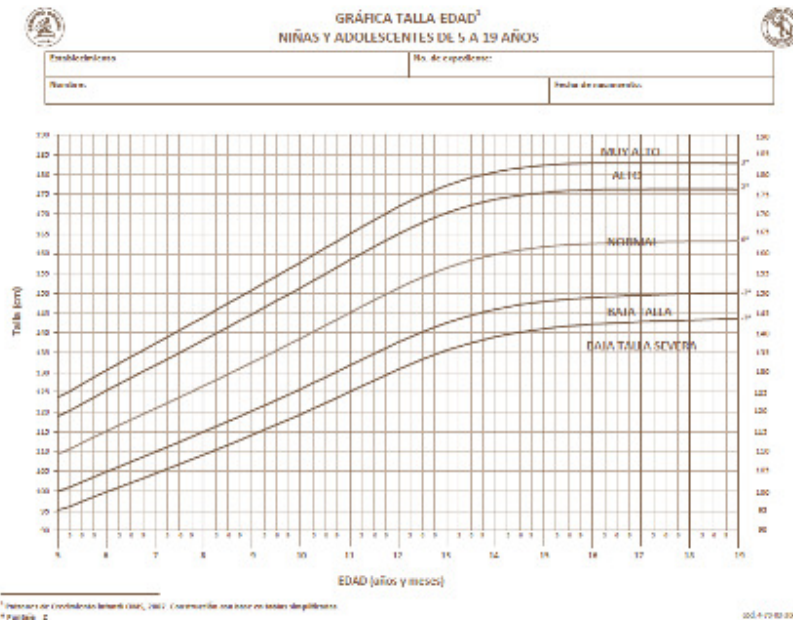
Recuerde que este indicador no se utiliza solo para identificar el estado nutricional, en todo caso se aplica en conjunto con talla para la edad y peso para la talla.

c. Gráfica Talla para la edad

Este indicador refleja el crecimiento alcanzado en talla para la edad en una valoración determinada. Permite identificar niños y niñas con alteraciones en el crecimiento (baja talla, baja talla severa, alto, muy alto).

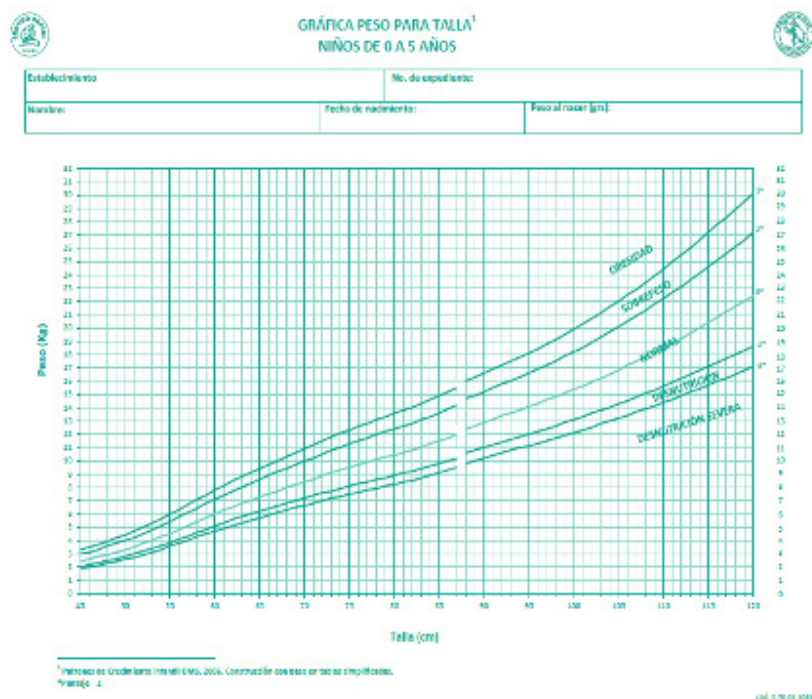


Una talla baja o baja talla severa, puede ser ocasionada por una exposición prolongada o permanente de aportes insuficientes de macro y micronutrientes, enfermedades, genética u otros factores de tipo social, económico o ambiental que limitan el crecimiento óptimo, puede también corresponder a baja talla familiar (Pombo, 2011) (Secretaría de Salud de Honduras, 2012).



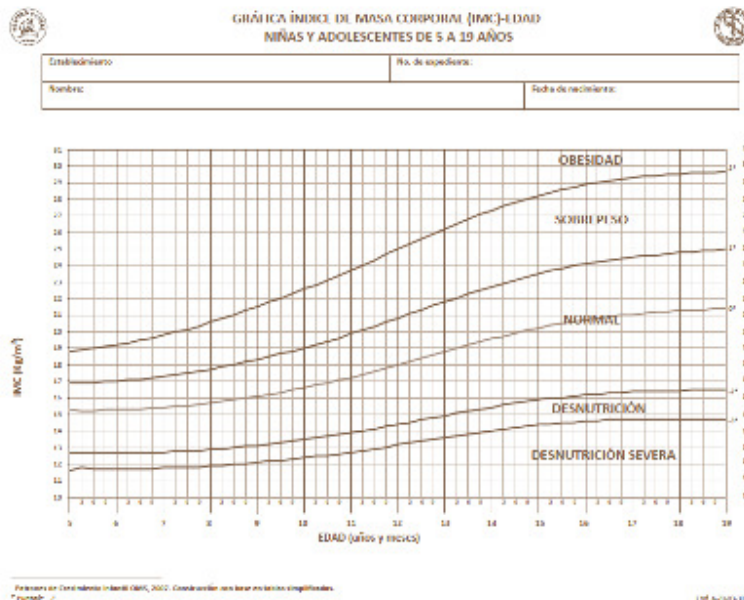
d. Gráfica Peso para talla

Muestra el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en talla, permite identificar niños y niñas con una ganancia excesiva o deficiente de peso en relación a su talla, lo cual permite identificar desnutrición, desnutrición severa, sobrepeso u obesidad (OMS, 2008).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 137

e. Gráfica Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad



Similar a peso para talla, identifica niños, niñas y adolescentes con una ganancia excesiva o deficiente de peso en relación a su talla, lo cual permite clasificar desnutrición, desnutrición severa, sobrepeso u obesidad (OMS, 2008).

4. CONDICIONES PARA LA APLICACIÓN DE LAS GRÁFICAS EN LA ATENCIÓN

- Se debe asegurar que la gráfica que se va a utilizar corresponda al sexo y edad del niño, niña o adolescente que se va a evaluar.
- Se debe determinar correctamente la edad cumplida del niño, niña o adolescente a la fecha de la atención en meses o años y meses. Por ejemplo, un niño que al momento de las mediciones tiene una edad de 1 año, 3 meses y 15 días, se debe ubicar en la gráfica según edad cumplida, es decir 1 año y 3 meses.
- Cada funcionario(a) que utiliza las gráficas debe asegurarse de que los puntos de medición estén ubicados en el canal correspondiente, que la interpretación se registra en el expediente del usuario y en el caso de los profesionales responsables del tratamiento o seguimiento verificar que el estado nutricional de la persona atendida es el adecuado.
- Todo niño o niña menor de 5 años debe tener las tres gráficas de crecimiento en su expediente y en los niños, niñas a partir de los 5 años y los adolescentes, deben tener las dos gráficas respectivas: IMC y Talla para la edad.
- A medida que se representan puntos de medición en las gráficas, se deben unir con líneas rectas a fin de observar tendencias en el estado nutricional.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 138

5. Instructivo aplicación gráfica de crecimiento para niñas y niños nacidos pretérmino⁶³

Formulario: GRÁFICA DE CRECIMIENTO PARA NIÑAS Y NIÑOS NACIDOS PRETÉRMINO

Área: Consulta Externa y Hospitalización

Autor. Programa Salud del Niño y la Niña

Fecha: 2015

Para la evaluación del crecimiento somático del recién nacido Pretérmino (niños y niñas nacidos antes de las 37 semanas de gestación) se utiliza la gráfica de Fenton (2013). Las mismas, incluyen la valoración del peso, talla y perímetro cefálico del recién nacido. Indican además, valores de referencia por sexo desde la semana 22 de edad gestacional, clasificados en percentiles desde el 3 al 97.

USO E INTERPRETACIÓN

- En el eje horizontal de la gráfica se ubica la edad gestacional en semanas, desde la 22 hasta la 50 y en el vertical, se identifica el peso en Kilogramos (kg) en escala de 100 gramos. También incluye el perímetro cefálico y la longitud en centímetros (cm) con escala de un cm.
- La edad gestacional que se toma como punto de partida es la consignada en el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña (librito azul). A partir de allí se suma el número de semanas desde el nacimiento del niño o niña y se va marcando el cambio según curva correspondiente.
- Si la línea de tendencia entre puntos marcados en cualquiera de las tres curvas que incluye la gráfica se ubica entre el percentil 3 y el 97 se considera una evaluación óptima del crecimiento postnatal.
- Se debe considerar que una línea de tendencia estacionaria (plana) en los diferentes indicadores, aunque se ubique entre los percentiles 3 y 97, debe considerarse como una evaluación no óptima del crecimiento, lo que implica un seguimiento más continuo.

⁶³ Si existiera alguna duda en la aplicación de la Gráfica favor comunicarse con la Dra. Marlene Montoya Ortega o con el Dr. Robert Moya Vásquez al Programa Salud del Niño y la Niña del Área de Atención a las Personas. Teléfono 2223-8948 o correo mmontort@ccss.sa.cr o rmoyav@ccss.sa.cr.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 140

Referencias bibliográficas

- Bulux, Jesús. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. INCAP. (2011) Índice e indicadores antropométricos. Su uso en evaluación del estado nutricional, monitoreo del crecimiento y epidemiología nutricional.
- Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición. (1999). Normas de atención para el manejo integral del niño(a) con desnutrición en los diferentes niveles de atención. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud. (2000). Normas de Atención Integral de Salud. Primer Nivel de Atención. Atención del niño y la niña. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública. (2004). Manual de Atención Integral de los (as) Niños(as) en el Escenario Escolar: Componente de servicios. San José, Costa Rica.
- Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica (2013). Vademécum de antropometría nutricional. Material multimedia en producción. <http://www.nutricion.ucr.ac.cr>
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). (2012). Guía Técnica para la estandarización en procesamiento, análisis e interpretación de indicadores antropométricos según los Patrones de Crecimiento de OMS para menores de 5 años.
- Organización Mundial de la Salud (1993). Comité de Expertos de la OMS sobre el estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Patrones de Crecimiento del Niño la OMS: Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Midiendo el crecimiento de un niño. Ginebra, OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2008) Patrones de crecimiento del Niño: Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Midiendo el crecimiento de un niño.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Segunda Edición.
- Pombo, M., Castro-Feijóo. L., Cabanas, P. (2011). El niño de talla baja. Protocolo diagnóstico pediátrico. Unidad de Endocrinología Pediátrica, Crecimiento y Adolescencia. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela. pp. 236-254 En: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_el_nino_de_talla_baja.pdf
- Secretaría de Salud de Honduras. (2012). Normas para la Vigilancia Nutricional de los Niños y Niñas Menores de 5 años de edad.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 141

Anexo 13
Evaluación del desarrollo

LINEAMIENTO TECNICO N° AAIP-SNN-0005-2015
APLICACIÓN DE LA PRUEBA DENVER II PARA TAMIZAJE DEL DESARROLLO
DEL NIÑO Y LA NIÑA MENOR DE SEIS AÑOS: PRETEST Y PRUEBA COMPLETA

DIRIGIDO A:	Personal de los Tres Niveles de Atención (Hospitales, Áreas de Salud y EBAIS)
DE:	Salud del Niño y la Niña del Área de Atención Integral a las Personas
ASUNTO O TEMA DEL LINEAMIENTO:	Aplicación de la Prueba Denver II en los establecimientos de la C.C.S.S.
FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA DEL LINEAMIENTO	
<p>El presente lineamiento integra y actualiza el LINEAMIENTO TECNICO N° AAIP-SNN-0004-2012 oficializado institucionalmente mediante nota 24258-5 del 26 de junio de 2012 publicado por Gerencia Médica y su respectiva ampliación publicada mediante oficio N DRSS-GR-4467-12 del 29 de octubre de 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicación de una prueba estandarizada en el proceso de atención, que sustituye al EDIN para evaluar el desarrollo de las niñas y los niños de 0 a 6 años, que permite definir estrategias para el seguimiento intra e interinstitucional de alteraciones del desarrollo detectadas. ○ Mayor impacto basado en evidencia científica de la atención en la detección oportuna de alteraciones del desarrollo de niñas y niños. ○ Uso más efectivo y eficiente de los recursos institucionales existentes en torno a la atención del desarrollo de la niñez. ○ Mayor sistematización de la atención y seguimiento del desarrollo integral del niño y la niña. ○ Fortalecimiento del sistema de registro de información relacionada con el desarrollo de las niñas y los niños en el país. ○ Uso de una prueba de tamizaje con las siguientes ventajas: <ul style="list-style-type: none"> • Confiabilidad en la aplicación y reaplicación (correlación superior a 0.90 cuando se aplica varias veces). • Medida estandarizada que ha sido normada en una muestra diversa. • Poco tiempo para aplicación por profesionales entrenados al combinar el uso del pretest y el test completo. • Herramienta de tamizaje útil cuando se utiliza con criterio clínico. • Insumo sistematizado útil para referencia intra e interinstitucional de niños detectados con probables alteraciones del desarrollo. 	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 142

La prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) es el instrumento más utilizado para examinar los progresos en desarrollo de niños del nacimiento a los 6 años de edad. Desde su diseño y publicación en 1967 ha sido utilizada en varios países del mundo lo que indujo a que la prueba fuera revisada, surgiendo la versión DDST-II, que es la prueba completa y los pretest de la misma que son:

- Pretest Denver II revisado cuestionario de desarrollo (R-PDQ) (niños y niñas de 0-9 meses)
- Pretest Denver II revisado cuestionario de desarrollo (R-PDQ) (niños y niñas de 9-24 meses).
- Pretest Denver II revisado cuestionario de desarrollo (R-PDQ) (niños y niñas de 2-4 años).
- Pretest Denver II revisado cuestionario de desarrollo (R-PDQ) (niños y niñas de 4-6 años).

Esta prueba tiene como propósito el tamizaje de niños de 1 mes a 6 años de edad para:

- detectar posibles problemas de desarrollo
- confirmar problemas sospechados con una medición objetiva
- monitorear niños con riesgo de problemas de desarrollo.

Debe advertirse que la prueba de Denver II no valora la inteligencia ni predice cual será el nivel de inteligencia futura. La prueba no debe tampoco ser utilizada para diagnosticar. Debe ser administrada de una manera estandarizada por el personal entrenado.

IMPLICACIONES OPERATIVAS DEL LINEAMIENTO

- 5) ELIMINACIÓN DE LA PRUEBA EDIN.** Con la oficialización de la Prueba Denver II (pretest y test completo) se elimina el uso del EDIN como instrumento para el tamizaje del desarrollo de las niñas y los niños menores de 6 años.
- 6) POBLACION META.** Niños y niñas menores de 6 años atendidos en los tres niveles de atención, en particular en los Servicios de Neonatología, Pediatría, Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo, Consulta de Crecimiento y Desarrollo del I y II Nivel.
- 7) POBLACION DIANA DE LA PRUEBA.** Profesionales en salud previamente capacitados en la aplicación de la prueba, que laboran en los tres niveles de atención y que realizan acciones vinculadas con la atención integral al desarrollo de niños y niñas menores de 6 años, en particular Servicios de Neonatología, Servicio de Pediatría, Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo, Consulta de Crecimiento y Desarrollo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 143

8) PROFESIONAL LE CORRESPONDE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA. Le corresponde particularmente a los profesionales en medicina y enfermería. En el caso de que otros profesionales del área de salud participen en las consultas de crecimiento y desarrollo, a criterio de director médico y el equipo dicho profesional también puede aplicar la prueba.

9) CAPACITACION DE LOS PROFESIONALES EN SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA. La capacitación se realiza de manera virtual mediante un curso desarrollado en el Campus Virtual del CENDEISSS a partir del segundo semestre de 2012. El mismo cuenta con dos ediciones anuales con grupos de 20-25 personas. Los grupos se forman a partir de las solicitudes que los directores médicos de cada establecimiento envían al correo Programa Salud del Niño y la Niña (psnn_ddss@ccss.sa.cr) con copia al correo amatas@ccss.sa.cr

Los grupos se incluyen en las ediciones del curso según el orden en que llegan las solicitudes de capacitación. Este proceso continuará durante los años 2015-2016, hasta contar con personal capacitado en el 100% de los establecimientos de salud. Cabe mencionar que el proceso de capacitación es totalmente virtual inclusive la inducción, tiene una duración de 5 semanas durante las cuales el estudiante tiene acceso a la plataforma las 24 horas del día. En promedio requiere 4 o 5 horas a la semana para obtener resultados exitosos en el proceso de aprendizaje.

Se espera que para finales del 2015 se haya capacitado a representantes del 80% de establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención. Siendo que para el primer semestre de 2016 capacite al personal restante y aquellos profesionales que cumplen funciones de sustitución, son nuevos o no pudieron integrarse cuando el personal del área fue capacitado.

En el caso de las Áreas de Salud por Convenio especial, durante el 2013 se ofreció una sesión de inducción de un día de duración a cada equipo como entrenamiento para aplicación de la prueba, si requieren nuevos apoyos deben coordinarlos en el 2015 con el Programa Salud del Niño y la Niña.

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA SOLICITUD DE FORMULARIOS (PRETEST Y TEST COMPLETO).

- Durante los años 2012 a 2014 solo está disponible el formulario para la aplicación del test completo, como un formulario. Para solicitarlo se sigue el procedimiento institucional establecido por el Área de Servicios de Apoyo a través de la Proveduría de cada establecimiento.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 144

- A partir del año 2015 dada la cantidad de usuarios(as) menores de 6 años que son atendidos en la institución tanto el formulario para la aplicación del test completo como para la aplicación de los pretest serán formularios de Almacén con los siguientes códigos, siendo necesario para adquirirlos realizar el procedimiento correspondiente a la solicitud de papelería que se aplica en la institución:
 - Pretest Denver II revisado cuestionario de desarrollo (R-PDQ) (niños y niñas de 0-9 meses). Código. 4-70-03-3037.
 - Pretest Denver II revisado cuestionario de desarrollo (R-PDQ) (niños y niñas de 9-24 meses). Código. 4-70-03-3038.
 - Pretest Denver II revisado cuestionario de desarrollo (R-PDQ) (niños y niñas de 2-4 años). Código. 4-70-03-3039.
 - Pretest Denver II revisado cuestionario de desarrollo (R-PDQ) (niños y niñas de 4-6 años). Código. 4-70-03-3041.

CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA (PRETEST Y TEST COMPLETO)

- La administración de los pretest toma entre 2 y 4 minutos, en promedio. Consiste en preguntas de respuesta cerrada organizadas en 5 grupos de edad desde los 0 hasta los 6 años.
- La administración de la prueba completa toma 10 a 20 minutos, en promedio.
- Para los detalles de la administración de la Prueba además de la capacitación debe consultarse el Manual de aplicación de la prueba de valoración del desarrollo del niño y la niña de 0 a 6 años.
- Respecto a la aplicación de la prueba como tamizaje del desarrollo en el *Primer Nivel de Atención* debe considerarse como un insumo de la consulta de crecimiento y desarrollo, que viene a sustituir la prueba de tamizaje que se utilizaba en la institución que era el EDIN.
- De manera rutinaria se debe aplicar el pretest y si el niño falla en un ítem debe entregarse a la madre o encargado el plan de estimulación respectivo (ver Manual de aplicación de la prueba de valoración del desarrollo del niño y la niña de 0 a 6 años) y citarse para seguimiento al mes, consulta en la cual se aplica nuevamente el pretest correspondiente a la edad y si falla esta segunda valoración se refiere al profesional designado para la aplicación de la prueba completa.
- Se recomienda que en cada Área de Salud se analice, considerando el recurso humano disponible y su perfil de capacitación, quién es el o los funcionarios idóneos para la aplicación de esta parte del proceso.
- Una vez aplicada la prueba completa, si el resultado de la interpretación final es nueva oportunidad o dudoso se envía nuevamente plan de estimulación considerando fallas identificadas y se cita a los 3 meses para seguimiento. Si el resultado final de interpretación de la prueba es retraso en el desarrollo se refiere al personal de pediatría correspondiente a la red de servicios, para la respectiva valoración y seguimiento.
- Se sugiere que en lo respecta a la organización del tiempo y tipo de consulta a desarrollar, se consulte el Catalogo de Definiciones de Actividades de Atención en los Servicios de Salud de la CCSS para efectos del Sistema de Registros y Estadísticas de Salud (SIREDES) publicado el 24 de agosto 2010, el cual en el apartado 1.3, describe los posibles tipos de consulta que pueden

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 145

desarrollarse, mismas que pueden aplicarse a este proceso de atención al niño y la niña, maximizando el uso de los recursos existentes de manera creativa, eficaz y eficiente.

- **Los materiales** requeridos para la aplicación de la ***prueba completa*** son: Una bola de lana, 5 botonetas, pastillas grandes o botones, una botella pequeña, un chilindrín o sonajero, una campana pequeña, metálica con sonido, una bola de tenis o similar, 10 bloques o cubos de 1 pulgada por lado, un muñeco pequeño, una hoja de papel, un lápiz de escribir y un recipiente (taza) pequeño.

El kit de materiales necesario para la aplicación de la prueba, puede ser comprado por cada unidad de acuerdo a las respectivas especificaciones técnicas. Cada EBAIS o equipo responsable debe contar con un kit de aplicación solo para la aplicación de la prueba completa. Los pretest se llenan mediante interrogación a la madre o persona encargada.

FORMULARIOS RELACIONADOS CON EL LINEAMIENTO

Nombre del formulario	Código del formulario
Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña	470-05-0270
Formularios de registro de la Consulta de Crecimiento y desarrollo Integral Niñas y Niños menores de un año de edad	470-03-0022 470-03-0024 470-03-0026
Formularios de registro de la Consulta de Crecimiento y desarrollo Integral Niñas y Niños mayores de un año de edad	470-03-0028 470-03-0030 470-03-0032
Nota DDSS-E-AL-0046-11 del 08 de setiembre de 2011 con el Asunto Consulta Legal "TEST DENVER II". En la que se plantea "no se observa ningún impedimento legal para que se continúe aplicando el Test Denver II en la institución".	No aplica

FECHA DESDE LA CUAL RIGE EL LINEAMIENTO

A partir de su oficialización por parte de la Gerencia Médica en el segundo Semestre de 2015 para aquellos establecimientos de salud con personal capacitado para la aplicación de la prueba.

Los demás establecimientos según proceso de capacitación desplegado bajo la coordinación de Salud del Niño y la Niña, AAIP, DDSS.

EQUIPO TÉCNICO AL QUE SE PUEDEN HACER CONSULTAS:

Nombre: Salud del Niño y la Niña

Dependencia: Área de Atención Integral de las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Teléfono: 2223-8948 **Fax:** 2223-5992

Correo electrónico. psnn_ddss@ccss.sa.cr con copia al correo amatas@ccss.sa.cr

Horario de trabajo. 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 146

Referencias Bibliográficas

- Bueso Lara, J. A. (2009). Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II (DDST-II). En: <http://www.google.co.cr/search?hl=es&source=hp&q=INSTRUCTIVO+PRUEBA+DENVER+II&meta=&aq=f&oq=>
- Campos, Z. (29 de mayo, 2008). Consideraciones al elegir instrumentos para valorar Desarrollo. Conferencia impartida en el Taller Propuesta del Sistema de Atención Integral Intersectorial al Desarrollo de niños y niñas menores de seis años: CCSS-MEP-MS. San José, Costa Rica.
- Frankenburg, W. K. y Dodds, J. B. (s.f.). Denver Developmental Screening Test II (DDST-II). En: <http://www.icyf.msu.edu/screenng.html>,
- Frankenburg, W. K. y Dodds, J. B. (s.f.). Denver II Prescreening Developmental Questionnaire (PDQ-II). En: <http://www.uvm.edu/~cdci/pedilinks/pediatric/tools/pdqII.htm>
- Naranjo, C. (1982). Guías Ejercicios y juegos para mi niño de 0 a 3 años. PROCEP. Guatemala: UNICEF- Editorial Piedra Santa.
- Naranjo, C. (1998). Mi niño de 0 a 6 años. (3ª ed.). México, D.F.: UNICEF-PROCEP.
- Behrman, Kliegman y Arvin. (1977). Pediatría de Nelson, Capítulo 17 Evaluación del desarrollo y variaciones biológicas. (15ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Denver Developmental Screening Test. En: <http://www.medicinenet.com/script/main/hp.asp>
- Glascoe, F. P. et al. (1992). Accuracy of the Denver-II in developmental screening Volume 89, Issue 6, pp. 1221-1225, 06/01/1992 Copyright © 1992 by The American Academy of Pediatrics.
- The Denver II Developmental Screening Test (DDST-II). En: http://www.healthsci.utas.edu.au/medicine/teaching/kfp/kfp3/visit_8/Denver11.htm
- Developmental Screening Tools (s.f.) En: <http://www.uvm.edu/~cdci/pedilinks/ei/screentools.htm>
- Glascoe, F. P. y Shapiro, H. L. (s.f.) Developmental Screening. En: <http://www.dbpeds.org/>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 13012016
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 147

**Planes de Estimulación por Áreas del Desarrollo que complementa el tamizaje:
dirigido a padres, madres y encargados de niñas y niños menores de 6 años⁶⁴**

PLAN DE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ EN NIÑOS (6 MES A 1 MES)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> Coloque al niño(a) boca abajo y con suavidad levántele la cabeza por pocos segundos, luego con cuidado y suavidad ayúdelo(a) a poner su cabeza en la posición inicial (repítalo varias veces). Acueste al niño(a) boca arriba y muéstrelle un juguete llamativo, o un foco moviéndolo hacia los lados y hacia atrás de la cabeza del niño(a) con el fin de que mueva su cabeza al seguir los movimientos de los objetos. Con cuidado ayude al niño(a) para que mueva las manos y los pies. Ayude al niño(a) a que doble sus brazos hacia el pecho y luego los estire hacia los lados del cuerpo. Ayude al niño(a) a que doble las piernas sobre su estómago y luego las estire. 	<ol style="list-style-type: none"> Con cuidado, ayude al niño(a) a que extienda uno por uno los dedos de la mano. Déle al niño(a) masajes circulares sobre la palma de la mano. Frente a los ojos del niño(a), (a no más de 25 cm) coloque y enseñe un objeto de colores brillantes y muévalo lentamente en forma horizontal o vertical. Repita esta acción varias veces. Mientras la madre lo(a) amamanta es recomendable que le hable y mueva la cabeza con el fin de que el niño siga sus movimientos con los ojos. 	<ol style="list-style-type: none"> Convérsele o cántele, al niño(a) con el fin de que éste(a) responda con movimientos de brazos, piernas, mirando y emitiendo sonidos tales como "aa" y "ggg". Juegue con el niño(a) utilizando cilindros, campanitas u otros juguetes que suenen. 	<ol style="list-style-type: none"> Mientras el niño(a) mama acarícelo y mírelo a los ojos. Duerma al niño(a) en una hamaca, meciéndolo(a) y cantándole. Cuando el niño(a) llora acerque su rostro, llévele la manita a la boca, convérsele y sonríale. Alce al niño(a) y acurrúquelo(a) entre su hombro y cuello y arrúllelo(a) suavemente. 	<ol style="list-style-type: none"> Suene un cilindro en diferentes direcciones para que el niño(a) siga el sonido con la mirada y con movimientos de la cabeza. Mueva en diferentes direcciones objetos de colores vivos y brillantes para que el niño(a) siga el movimiento con la mirada y movimientos de la cabeza Alce y acaricie al niño(a). Cuando va a alimentar al niño(a) colóquelo en la mejilla cerca de la boca, con el objetivo de que "busque" con movimientos de cabeza y de labios. Ocasionalmente coloque gotitas de leche materna en la punta de la lengua del niño(a). Esto motivará movimientos placenteros en la lengua y la garganta.

⁶⁴ Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería. Enfermería Pediátrica. Material revisado por MSc. Sunny González S (2007). Fuente. INCIENSA.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 148

PLAN DE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ EN NIÑO(A)S (1 MES Y UN DIA A 4 MESES)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> Acueste al niño(a) boca abajo, con una mantilla doblada bajo el pecho, muéstrele objetos de colores atractivos y sonoros frente a su cara. Acueste al bebé boca arriba y muéstrele en diferentes direcciones objetos brillantes y sonoros. Coloque un objeto sonoro al alcance de los pies del niño(a) para que éste lo patée. También puede amarrar a los zapatos o tobillos del niño(a), cascabeles para motivarlo a sacudir sus piernas. Mueva las piernas del niño(a) simulando un pedaleo. Coloque al niño(a) sobre una superficie plana, cójalo(a) por las axilas párelo(a) con cuidado por unos segundos. Con cuidado ayude al niño(a) a que trate de sentarse. 	<ol style="list-style-type: none"> Muestre y ayude al niño(a) a jugar con sus propias manos. Coloque cintas de colores brillantes en las muñecas del niño(a). Ayúdelo(a) para que las "encuentre y explore" con la vista. Facilite al niño(a) un chilindrín liviano con el fin de que lo sostenga y sacuda. Coloque cascabeles en las muñecas del niño(a), para que los sacuda, escuche y los vea. Dele al niño(a) masajes en la parte de atrás y en las palmas de las manos. Siente al niño(a) y mueva su cara (la del adulto) o algún objeto llamativo en diferentes direcciones enfrente de su cara, con el fin de que observe y lo siga con la mirada. 	<ol style="list-style-type: none"> Juegue con el niño(a), acariciéle y convérsele. Repita los sonidos que el niño(a) pronuncia. Pronuncie sonidos vocales como "a,a,a,eee y uuu" para que el niño(a) los imite. Produzca sonidos o llame al niño(a) con el fin de que "busque" con la mirada y mueva su cabeza. Cuando el niño(a) llora háblele suavemente. 	<ol style="list-style-type: none"> Acaricie al niño(a) y sonríale mientras le habla, juega con él o ella o lo(a) alimenta al pecho. Coloque las manos del niño(a) de modo que las pueda ver. Ayúdelo(a) a que se las lleve a la boca. Cuelgue en la cuna del niño(a), móviles atractivos. Tenga presente que el niño(a) disfrutará al estar cerca de las personas de la casa y responderá con gorgoritos y sonrisas cuando le hablen. 	<ol style="list-style-type: none"> Acueste el niño(a) boca abajo, apoyado en los antebrazos, mueva lentamente un objeto llamativo de arriba a abajo y de derecha a izquierda. Establezca con el niño(a) comunicación ojo a ojo. Toque la mano, los dedos y el brazo del niño(a) con un objeto. Esto lo estimulará a que abra y cierre la mano y mueva los dedos y el brazo. Hágale cosquillas en la planta del pie y en la palma de la mano. Sople, silbe, bese o emita algún sonido explosivo sobre los dedos y palma de la mano del niño(a). Ofrézcale poquitos de leche materna en una cucharita plástica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 149

PLAN DE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ EN NIÑO(A)S (4 MESES Y UN DIA A 8 MESES)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tome al niño(a) de los brazos y ayúdelo(a) a sentarse. 2. Siente al niño(a) con apoyo; colóquele objetos al alcance de la mano, para que juegue. 3. Llame la atención del niño(a) con algún juguete atractivo, para que se vuelva de boca abajo a boca arriba y que a la vez trate de localizar y alcanzar el objeto que se le muestra. 4. Tome al niño(a) por el tronco. Con cuidado párelo(a) por algunos segundos, sobre una superficie plana. 5. Coloque al niño(a) boca abajo, e interéselo a desplazarse hacia adelante empujándose con los dedos de los pies. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acueste al niño(a) boca arriba o siéntelo(a) con apoyo; mueva cerca de él o ella, objetos llamativos en forma circular, para que trate de alcanzarlos. 2. Llene una funda de recortes de papel o celofán y désele al niño(a) para que juegue. 3. Coloque objetos livianos y limpios en el pecho del niño(a) para que los tome y se los lleve a la boca. 4. Dele al niño(a) una bola pequeña de hule, un cúbito, un juguete pequeño o su dedo para que el niño(a) lo coja y lo apriete. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vocalice y motive al niño(a) mientras lo acaricia y conversa con él o ella, para que repita dos o más sílabas como: "ta - ta" "ba - ba", "ma-ma", "da - da" "pa - pa". 2. Motive al niño(a) a imitar el sonido "brrr", y para que haga bombas de saliva. 3. Diga al niño(a) "venga" y extienda sus brazos hacia él o ella, cuando lo va a alzar. 4. Llame al niño(a) por su nombre con el fin de que vuelva a ver. 5. Mientras baña al niño(a), nómbrele una a una las partes del cuerpo que le enjabona. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acariciéle, álece, sonríale, háblele y juegue con el o la niño(a). 2. Siente al niño(a) en su regazo y diríjalo(a) para que haga tortillitas. 3. Juegue con el niño(a) al escondido. 4. Juegue "caballito" con el niño(a) montándolo(a), sobre las piernas del adulto. 5. Coloque al niño(a) frente a un espejo. Sonreirá y tratará de tocar su imagen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mueva frente al niño(a) móviles, títeres de colores, bolas de lana entre otros objetos. Él o ella mostrará interés y tratará alcanzarlos. 2. Cuando baña al niño(a) coloque un objeto atractivo dentro de la tina o bañera. El niño(a) se interesará, balbuceará y manoteará para alcanzarlo. 3. Ayude al niño(a) para que pase sus manitas sobre objetos (como alimentos y olores no peligrosos) que le ofrezcan la percepción de nuevos estímulos gustativos y olfativos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 150

PLAN DE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ EN NIÑOS (8 MESES Y UN DIA A 12 MESES)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Siente al niño(a) sin apoyo. Colóquele objetos a corta distancia para que los pueda alcanzar inclinándose hacia adelante, a los lados o moviendo el tronco hacia atrás. 2. Acueste al niño(a) boca abajo, en una superficie plana, póngale un pañal bajo el pecho y ayúdelo para que por algunos segundos se ponga en "cuatro patas". 3. Tome al niño(a) de las manos y ayúdele a ponerse de pie por períodos cortos. 4. Coloque al niño(a) en el suelo; póngale alrededor del pecho una mantilla y ayúdelo a caminar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siente al niño(a) en una superficie plana; dele un objeto en cada mano y enséñelo a golpear uno contra otro. 2. Dele al niño(a) un objeto para que lo sujete con una mano; ofrézcale otro, con el fin de que lo coja con la mano libre. 3. Dele al niño(a) bolas de tamaño mediano. Enséñele a que las empuje y las ruede. Pídale que lo haga. 4. Dele al niño(a) un juguete amarrado a un cordón, para que lo jale y lo llegue hasta sus manitas. 5. Dele al niño(a) objetos de diferentes tamaños y un recipiente, para que los meta y los saque. 6. Enseñe al niño(a) a meter un dedo en una botella de boca ancha. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trate de que el niño(a) repita 2 sílabas juntas tales como: "ma-má", "pa-pá", "ca-ca", "ta-ta". Enséñele a hacerlo. 2. Preséntele al niño(a) objetos conocidos para que diga que son. 3. Juegue con el niño(a) y pídale que sople con su boca. Puede ser con el fin de mover objetos livianos. 4. Cántele al niño(a) en diferentes tonos y dígale que cante también. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicite al niño(a) que haga "tortillitas", "viejitas" y "pucheros". 2. Juegue con el niño(a) rodando por el piso o en la cama o tratando de abrir la mano en la que usted oculta parcialmente un juguete. 3. Provoque risas en el niño(a) haciéndole cosquillas. 4. Haga que el niño(a) se vea en un espejo. Probablemente reaccionará tratando de tocar su imagen. Riendo o balbuceando. 5. Enséñele de lejos objetos para que los pida con gestos y sonidos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Juegue con el niño(a) de modo que busque un objeto que usted ha escondido debajo de una almohada, de una cobija o en su mano. 2. Muestre al niño(a) revistas o láminas en donde pueda observar y señalar figuras de colores que le llamen su atención. 3. Dele un instrumento musical tal como: un tambor, una flauta, una dulzaina, un pito entre otras cosas. Enséñele como utilizarlo y pídale que lo "toque". 4. Juegue con el niño(a) utilizando juguetes de diferentes consistencias y temperaturas como ejemplo: agua tibia o fría, arena, plasticina o de madera 5. Acerque al niño(a) objetos de olores agradables no peligrosos.

PLAN DE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ EN NIÑOS (13 A 18 MESES)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ponga un juguete en el suelo. Pídale al niño(a) que lo recoja, para que se ponga de cuclillas y luego se enderece sin perder el equilibrio. 2. MotíVELO para que pase de la posición acostado a posición de gateo y luego se ponga de pie, sin que pierda el equilibrio. 3. Dele la mano al niño(a) y enséñele como patear una bola. Pídale que lo haga. 4. Ayude y cuide al niño(a) para que suba escaleras gateando. 5. Dele la mano al niño(a) y ayúdele a subir y bajar gradas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practique con el niño(a) para que logre sostener dos objetos pequeños con una sola mano. 2. Dele al niño(a) cajas, frascos, latas (sin rosca) para que los tape y destape. 3. Coloque una tabla en posición inclinada y juegue con el niño(a) a empujar una bola o un juguete con ruedas sobre la misma tabla. 4. Dele al niño(a) una cuchara en cada mano. Enséñele a golpear una contra otra. Pídale que lo haga también. 5. Dele al niño(a) un recipiente y objetos pequeños; enséñelo(a) a meterlos de uno en uno, para que pueda utilizar el dedo pulgar (el gordo) y el dedo índice (el de señalar). 6. Facilítele materiales de dibujo (lápiz, tiza, papel) para que haga garabatos. 7. Dele al niño(a) fichas plásticas o de cartón para que las meta por la ranura de la tapa de un frasco o caja. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimule al niño(a) para que responda utilizando palabras formadas por sílabas simples (mamá, papá, agua, caca, mío). 2. Coloque al niño(a) frente a usted; haga gestos y movimientos de boca para que los imite. 3. Solicítele al niño(a) que cumpla órdenes simples. ejemplo: dame la taza, venga, diga adiós entre otras. 4. Hágale al niño(a) preguntas simples ejemplo: ¿Dónde está tu papá?. 5. Muéstrelle al niño(a) una lámina con objetos y animales y pídale que señale los que usted le nombra. Ejemplo: ¿Dónde está el perro?. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Juegue con el niño(a) alcanzándole los objetos que él tira repetidamente. 2. Motive al niño(a) para que lo imite a usted a hacer movimientos de tronco, brazos, piernas y a cantar. 3. Pídale que imite acciones demostrativas de afecto como: abrazar, acariciar, besar a familiares y a muñecos. 4. Solicítele que coopere en actividades caseras como botar las cáscaras y papeles al basurero, llevar la ropa sucia a la pila, recoger juguetes, entre otras. 5. MotíVELO a cooperar cuando se le viste y alimenta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interese al niño(a) a que explore el lugar donde se encuentra y pregúntele por el nombre de las cosas que ve. Observe como utiliza un lenguaje propio. 2. Esconda un juguete debajo de una taza y coloque sobre la taza una mantilla; pídale que lo busque. 3. Dígale al niño(a) que señale y nombre en revistas o láminas, 2 ó 3 figuras que conozca. 4. Pregúntele por una parte de su cuerpo, ejemplo: ¿Dónde está tu nariz?; ¿Dónde están tus manos?; ¿Dónde están tus ojos?, entre otros. 5. Pídale al niño(a) que le enseñe o entregue el juguete con que está jugando. 6. Juegue con el niño(a) a oler diferentes objetos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 152

PLAN DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ EN NIÑOS(AS) (19 A 24 MESES)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> Juegue con el niño(a) en un lugar espacioso para que pueda caminar libremente en varias direcciones. Bajo su cuidado motive al niño(a) a subir y bajar gradas, poniendo ambos pies en cada una y sosteniéndose de la baranda. Juegue con el niño(a) y ayúdelo a saltar en un mismo lugar y sobre los dos pies. Amarre un juguete en una cuerda y enseñe al niño(a) a jalarlo mientras camina hacia atrás. Ayude y enseñe al niño(a) a tirar una bola hacia arriba. Póngalo a practicar hasta que logre hacerlo sin perder el equilibrio. Enseñe al niño(a) a patear una bola. 	<ol style="list-style-type: none"> Dele al niño(a) un recipiente y motívelo para que meta y saque objetos pequeños. Enseñe al niño(a) a hacer torres hasta con 4 cubos. Practique con su niño(a) a abotonar y desabotonar botones grandes. Motívelo para que abra y cierre un zipper. Dele papel y lápiz para que haga garabatos. 	<ol style="list-style-type: none"> Pronuncie con claridad el nombre de objetos, animales o personas conocidas por el niño(a) y solicítele que los repita. Enseñe a su niño(a) a repetir palabras tales como "adiós", "bola" y "gracias". Enseñe al niño(a) a cantar canciones sencillas. Pida al niño(a) que obedezca dos órdenes seguidas, por ejemplo: "cierre la puerta y venga". Dele al niño(a) una lámina con dibujos y pídale que nombre las figuras que están en ella. 	<ol style="list-style-type: none"> Motive al niño(a) a las horas de comida, para que coma por sí solo, recibiendo ayuda ocasional. Enseñe con paciencia y amor al niño(a) para que avise si tiene deseos de orinar u obrar. Si lo hace felicítelo y apláudale. Pregúntele al niño(a) por las personas que conoce y dígame que las señale. Permítale jugar con otros niños(as). Ponga al niño(a) a que ayude a vestirse y a desvestirse. 	<ol style="list-style-type: none"> Muestre al niño(a) láminas con figuras conocidas y pídale que las nombre. Motívelo a hacer rayas verticales con lápiz y papel. Invítelo a imitar ruidos y sonidos de animales, carros, instrumentos musicales y pregúntele por el nombre del animal o instrumento que produce el sonido. Pídale al niño(a) que coloque objetos arriba, abajo, dentro o fuera de cajas, bolsas o muebles. Dígale que señale partes del cuerpo en él mismo, en otra persona o en un muñeco

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 153

PLAN DE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ EN NIÑOS (25 MESES (2 años y 1 mes) A 30 MESES (2 años y 6 meses)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñe al niño(a) a que suba y baje gradas de madera, agarrado de la baranda. 2. Enseñe al niño(a) a brincar con los pies en un mismo lugar. 3. Sostenga al niño(a) de una mano y enséñelo(a) a pararse en un pie. 4. Realice juegos en los que el niño(a) se tenga que poner de cuclillas y luego de pie. 5. Por medio del juego ayude al niño(a) a mover los pies como si pedaleara en un velocípedo. 6. Practique con el niño(a) a que suba y baje pequeñas cuestas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De al niño(a) papel, lápices o tiza para que dibuje libremente. 2. De al niño(a) hojas de papel o un cuaderno y lápices de colores; enséñelo(la) a hacer trazos verticales. 3. Con seis cubos o cajitas demuéstrele al niño(a) como hacer torres. Pídale que lo haga solo(a). 4. Dele plasticina o barro y enséñelo a hacer tortillas, bolas, culebrillas y algunas otras figuras. Pídale que lo haga solo(a). 5. Doble una hoja de papel por la mitad despacio para que el niño(a) observe y después lo haga. 6. Dele al niño(a) 3 vasos plásticos con agua para que pase el agua de un vaso a otro. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haga preguntas al niño(a) como por ejemplo: ¿De quién es esa nariz? ; ¿De quién son esos zapatos?, ¿De quién son esas medias?. 2. Juegue con el niño(a) de imitar el sonido que hacen los animales, como ejemplo: el perro, el gato, la gallina, y como hace el avión y el carro. 3. Estimule al niño(a) por medio de preguntas a decir cómo se llama. 4. Cuando el niño(a) desea algo motívelo(a) a pedirlo con palabras. 5. Solicite al niño(a) que cumpla dos órdenes seguidas. Como ejemplo: recoja las cáscaras y échelas en el basurero 6. Enséñele al niño(a) canciones cuentos y poesías para que las repita a su manera. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enséñele al niño(a) a comer solo(a), ayudándolo(a) de vez en cuando. 2. Con paciencia enseñe al niño(a) a usar el servicio sanitario. 3. Pídale al niño(a) que ayude en la tarea de vestirse y desvestirse. 4. Solicite al niño(a), con amor, que coopere en algunos trabajos simples del hogar, bajo la vigilancia del adulto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pídale al niño(a) que diga el nombre de las cosas y colores que conoce 2. Cante canciones sencillas y pídale al niño(a) que las repita. 1. Deje al niño(a) que toque con sus dedos diferentes cosas y enséñelo a reconocer si son suaves, duras, lisas o ásperas. 2. Ayúdele al niño(a) a que coloque cosas: arriba, abajo, encima, debajo (sillas, camas o mesas), adentro, afuera utilizando cajas, bolsas de papel, canastas u ollas.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 154

PLAN DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ EN NIÑO(A)S (2 AÑOS Y 7 MESES A 3 AÑOS)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayude y motive al niño(a) para que camine de puntillas y de cuclillas. 2. Demuestre e invite al niño(a) a pararse en un pie por algunos segundos. 3. Invite al niño(a) a gatear libremente imitando al perro, al gato, a la vaca. 4. Invite al niño(a) al caminar inclinando su cuerpo hacia delante, hacia atrás, hacia los lados, imitando un mono, un oso o un árbol, que mueve el viento. 5. Motive al niño(a) a jugar saltando sobre pequeños cosas o sobre un mecate manteniéndolo a poca altura. 6. Ayúdelo a saltar de una silla pequeña o grada, al suelo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pídale al niño(a) que imite en una hoja de papel y con un lápiz trazos rectos o circulares. 2. Solicite al niño(a) que dibuje líneas rectas en tiras de papel. 3. Facilite al niño(a) cubos o pequeñas cajitas y pídale que imite un puente con tres de esos objetos. 4. Pida al niño(a) que ensarte en una cuerda de manila, lana o mecate, botones grandes o carruchas de hilo. 5. Pida al niño(a) que imite y practique a hacer nudos en cordones, mecates o cintas. 6. Pida al niño(a) que abra y cierre frascos (plásticos) con tapa de rosca y que meta y saque cosas pequeñas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enséñele al niño(a) a decir su nombre y apellidos. 2. Motive al niño(a) a identificar y describir dibujos u objetos; pregúntele que hacen y por las partes que están formados. 3. Converse con el niño(a) de modo que utilice los pronombres, mío, tuyo. suyo, yo, él, ella cuando se le pregunta a quien pertenece un objeto o quien es tal persona al ver fotografías. 4. Pida al niño(a) que describa la actividad que está realizando en un momento determinado. Como ejemplo: ¿Qué estás haciendo? 5. Estimule al niño(a) a que cuente historias o cuentos y a que diga los versos y las canciones que ha aprendido. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motive al niño(a) para que practique algunos hábitos de higiene por sí mismo. Felicítelo cuando así lo haga. 2. Permítale jugar con amiguitos o familiares juegos como la "sortija", "escondido", entre otros. 3. Pídale que le cuente cosas que hayan hecho. 4. Cuénteles historias o cuentos cortos y dígame que los repita. 5. Juegue con el niño(a) a imitar expresiones de enojo, alegría y tristeza, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pídale al niño(a) que agrupe objetos: primero por su color (los rojos, azules, amarillos) luego por el tamaño (grandes, pequeños) y por último por la forma (triangulares, redondos, cuadrados rectangulares). 2. Pídale que copie dibujos de círculos y de cruces. 3. Pídale que identifique objetos que sean del color de la prenda de vestir que lleva puesta. 4. Pregúntele por el sabor de lo que come (dulce, salado, ácido). 5. Pídale que observe dibujos de animales, vehículos o personas y que los represente con sonidos. 6. Muéstrelle objetos conocidos y pregúntele cuál es su uso (para qué sirven?

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 155

PLAN DE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ EN NIÑOS (3 AÑOS Y 1 MES A 4 AÑOS)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> Juegue con el niño(a) para que realice ejercicios tales como gatear, rodar sobre sí mismo, arrastrarse sobre "la panza", correr, saltar en pata renca, caminar punta talón hacia adelante y a dar vueltas de carnero. Motive al niño(a) a bailar y a saltar al compás de la música. Enseñe al niño(a) por medio del juego a lanzar y a apañar la bola. 	<ol style="list-style-type: none"> Solicite al niño(a) que gire y flexiones las manos, los pies y los dedos hacia afuera o hacia adentro. Pídale al niño(a) que abra y cierre un zipper. Dele al niño(a) hojas de papel y pídale que haga bolitas. Pida al niño(a) que abotone y desabotone botones de tamaño mediano. Dele al niño(a) un papel y un lápiz para que dibuje una cruz. Demuéstrele cómo hacerlo. Por medio del juego, enseñe al niño(a), a enrollar lana o mecate. Por medio del juego ponga al niño(a) a recoger, con los dedos de los pies, trozos de papel, tela u otros objetos. 	<ol style="list-style-type: none"> Motive al niño(a) para que pronuncie el nombre de alimentos o de objetos que le gustan. Pida al niño(a) que cuente objetos hasta 10. Practique las veces que sean necesarias hasta que logre hacerlo correctamente. Enseñe al niño(a) el uso de palabras tales como: entre, sobre, en y por. Utilice objetos de colores para que el niño(a) los reconozca y los nombre. Motive al niño(a) aprender rimas, poesías y canciones cortas. Cuéntele al niño(a) cuentos y pídale que los repita con sus propias palabras. Pida al niño(a) que utilice palabras opuestas, como ejemplo: malo-bueno, bonito-feo, alto y bajo. Solicite al niño(a) que realice tres acciones seguidas, como ejemplo: lávese las manos, cierre el tubo y séquese las manos. 	<ol style="list-style-type: none"> Motive al niño(a) para que logre comer, bañarse y vestirse solo(a). Motive al niño(a) para que pida con sus palabras lo que desea, aunque los padres no estén de acuerdo en dárselo. Facilítele situaciones de juego y cooperación en donde comparta juguetes y siga reglas impuestas por el grupo. 	<ol style="list-style-type: none"> Solicítele al niño(a) que realice las siguientes acciones: dibujar un círculo y una cruz, señalar líneas o filas: las más grandes o las más cortas. Agrupar y nombrar objetos según el color, el tamaño o la forma. Pintar. Pídale al niño(a) que con los ojos cerrados reconozca alimentos de diferentes sabores: dulces, salados, ácidos y amargos. Juegue con el niño(a) y póngalo a descubrir y reconocer olores familiares. Enséñele al niño(a) el uso correcto de las palabras: uno, dos, mucho y poco. Pídale al niño(a) que señale las partes poco visibles de su cuerpo: espalda, talón, ombligo y rodilla. Pídale al niño(a) que busque objetos que están delante, detrás, lejos, cerca y a los lados. Ayúdelo a encontrar los objetos escondidos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 156

PLAN DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ EN NIÑO(A)S (4 AÑOS Y 1 MES A 5 AÑOS)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<p>1. Solicítele al niño(a) por medio del juego, las siguientes actividades.:</p> <p>1.a Que gatee apoyándose sobre los codos y rodillas.</p> <p>1.b Que camine de las siguientes maneras: hacia atrás pegando las puntas de un pie con el talón del otro, hacia adelante, de talones y hacia atrás de puntillas.</p> <p>1.c Que corra de las siguientes maneras: alternando los pies, haciendo caballito, moviendo los brazos, imitando una mariposa, imitando un jinete, montando sobre un palo de escoba, y caminando con una bolsita de arena sobre la cabeza.</p> <p>2. Pídale al niño(a) que salte de las siguientes maneras: dentro y fuera de una llanta, abriendo y cerrando las piernas, (puede ser rayuela), sujetando una bolita entre las rodillas y de puntillas hacia adelante y hacia atrás.</p> <p>3. Juegue con el niño(a) a tirar y a apañar una bola con ambas manos, luego con una sola. Practique las veces que sean necesarias, hasta que lo haga correctamente.</p>	<p>1. Juegue con el niño(a), dibujando títeres en las yemas de los dedos.</p> <p>2. Dele al niño(a) hojas de papel y pídale que lo doble formando abanicos.</p> <p>3. Dele al niño(a) papel y lápiz para que dibuje la figura humana.</p> <p>4. Ponga al niño(a) a recortar figuras que le gusten, en periódicos o revistas y que las pegue en un cuaderno.</p> <p>5. Pídale al niño(a) que haga construcciones con tucos, bloques o cajas.</p> <p>6. Dele al niño(a) hilo y una aguja grande para que hilvane libremente sobre un pedazo de tela o cartón. Enséñele cómo hacerlo.</p>	<p>1) Pídale al niño(a) que diga el nombre y los 2 apellidos, el sexo y la dirección aproximada.</p> <p>2) Pregúntele al niño(a) por el nombre de sus familiares y el de alguna persona cercana.</p> <p>3) Practique con el niño(a) a decir los días de la semana; no necesariamente en el orden correcto.</p> <p>4) Motívelo a utilizar en su vocabulario los tiempos de ayer, hoy, mañana.</p> <p>5) Enseñe al niño(a) a aspirar fuertemente aire por la nariz y a que lo bote lentamente por la boca.</p> <p>6) Estimule al niño(a) a imitar frente a un espejo los movimientos exagerados que usted hace para emitir distintos sonidos, como ejemplo: m, n, p, la, y p, entre otros.</p>	<p>1. Enseñe al niño(a) a usar el tenedor y el cuchillo. Siéntelo a la mesa a comer con la familia y que participe en las conversaciones.</p> <p>2. Cuando el niño(a) se baña solo(a), se cambia su ropa, y se cepilla los dientes felicítelo.</p> <p>3. Organice juegos en los que el niño(a) pueda representar el papel principal.</p> <p>4. Favorezca la participación en juegos que requieren gran actividad física y la compañía de otros niño(a)s.</p> <p>5. Estimule al niño(a) a jugar con tucos y cajas, y que haga: torres, puentes, carreteras, para que utilice libremente su imaginación y creatividad.</p> <p>6. Acepte que el niño(a) escoja su ropa cuando se viste.</p>	<p>1. Dibuje un cuadro y un rectángulo y pídale al niño(a) que los copie.</p> <p>2. Muéstrelle al niño(a) palos, cintas o líneas de diferentes tamaños y pídale que diga cuál es el más largo y cuál es el más corto.</p> <p>3. Pídale al niño(a) que escuche y repita con palmadas o zapateo ritmos simples que usted produce con panderetas o frascos con semillas.</p> <p>4. Coloque en una bolsa, objetos conocidos; tápele los ojos al niño(a) y pídale que los saque uno a uno diciendo que fue lo que sacó.</p> <p>5. Pregúntele al niño(a) para qué sirven las diferentes partes de su cuerpo como: la boca, la nariz, las orejas, las manos y los pies entre otros.</p> <p>6. Enséñele al niño(a) un grupo de objetos diferentes; pídale que cierre los ojos, esconda uno y pídale que abra los ojos y diga cuál falta.</p>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 157

PLAN DE ESTIMULACION PSICOMOTRIZ EN NIÑO(A)S (5 AÑOS Y 1 MES A 6 AÑOS)				
MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	COGNOSCITIVA
<ol style="list-style-type: none"> Dirija al niño(a) para que cambie de dirección y velocidad cuando camine, ruede por el suelo, salte o corra. Por medio del juego pida al niño(a) que imite con movimientos del cuerpo, como trotan los caballos, como caminan los gatos y como se arrastran las culebras. Enseñe al niño(a) a que salte lo más alto posible después de tomar impulso. Pida al niño(a) que haga movimientos de cintura hacia la derecha, hacia la izquierda y hacia abajo, imitando un árbol que se mueve con el viento. 	<ol style="list-style-type: none"> Pídale al niño(a) que utilice los dedos de las manos y pies para recoger objetos pequeños, clasificándolos según sus características como ejemplo: los de un mismo color, los de un mismo tamaño, los de una misma forma. Dele al niño(a) hilo grueso, una aguja grande y semillas o fideos, para que a manera de juego, haga collares. Dele al niño(a) revistas, periódico y tijeras para que recorte libremente. Dele al niño(a) semillas, arena, líquidos, recipientes con boca angosta, para que juegue llenando y vaciando de un recipiente a otro, utilizando cucharas, palas pequeñas o embudos de papel. 	<ol style="list-style-type: none"> Pida al niño(a) que diga su nombre, apellidos, sexo, edad y dirección. Estimule al niño(a) a que cuente experiencias propias de los familiares, de los compañeros y amigos. Escúchelo con atención. Practique con el niño(a) a describa acciones que está realizando en el presente, que cuente lo que le pasó ayer y lo que va a hacer mañana. A manera de juego pronúnciele al niño(a) listas de 6 palabras y pídale que las repita. Practique con el niño(a) a reconocer el plural, el singular, el femenino, el masculino, el diminutivo (bolita) y el aumentativo (bolota) de las palabras. 	<ol style="list-style-type: none"> Motive al niño(a) a que manifieste su estado de ánimo (alegría, tristeza, enojo.) Converse con el niño(a) acerca de las cosas que le agradan y desagradan, así como sus ambiciones y deseos. Motive al niño(a) a participar en juegos y tareas en cooperación con otros niños(as), respetando el trabajo de los demás. Pídale que colabore en el cuidado de las plantas y animales de la casa. Motive al niño(a) a participar en las diferentes actividades que se organizan en su comunidad o en el centro educativo. Converse y pídale su opinión acerca de la responsabilidad que tienen los niños(as) y adultos(as) en el cuidado y conservación de los recursos naturales, cuidado de los jardines y de las zonas verdes. 	<ol style="list-style-type: none"> Dele al niño(a) papel y lápiz; solicítele que dibuje la figura humana con diferentes partes. Preséntele al niño(a) varias figuras pintadas con diferentes colores y otras parecidas sin pintar. Pídale que las pinte con los mismos colores y distribución de las figuras modelo. Enseñe al niño(a) nuevas canciones para que las cante, las silbe o tatarree. Enseñe al niño(a) a conocer los órganos y las funciones básicas de los sentidos: vista, oído, tacto, olfato y gusto. Enséñele además a reconocer las funciones de los principales servicios de la comunidad. Muestre al niño(a) láminas, revistas o periódicos, para que identifique diferentes alimentos y diga si son dulces, salados, amargos, picantes, jugosos o secos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 13012016</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 158

OBSERVACIONES IMPORTANTES EN CASO DE LA APLICACIÓN DEL DENVER II

1. En el caso de niños o niñas nacidos pretérmino se procede a corregir la edad:
 - Esto significa que a la edad cronológica presente del niño o niña se le restan el número de semanas de gestación que le faltaron para llegar a la semana 37.
 - Es decir, si el niño nació a las 33 semanas y en el momento de la aplicación de la prueba tiene 5 meses, se deben restar 4 semanas por tanto se maneja la edad de 4 meses para el propósito del pretest y la prueba completa.
 - La corrección de edad debe hacerse hasta que el niño o niña cumpla los dos años. Posterior a esta edad no se corrige la edad, se trabaja con edad cronológica que tenga el niño o niña según fecha de nacimiento.

2. El tipo de plan que se recomienda a la familia depende de la receptividad de esta, de su nivel de escolaridad, de su disposición para aprender y aplicar ejercicios o juegos con el niño o la niña. Según el personal de salud determine el dicho nivel de implicación, debe sugerir planes más o menos complejos. Como recomendación se sugiere considerar los siguientes tipos de planes de estimulación:
 - PLAN BASICO. Indicar a la madre, padre o encargado hacer con el niño o niña las actividades del pretest o prueba completa que falla o no logra. Por ejemplo: el niño no sabe hacer “tortillitas”. Pedirle a la persona a cargo que una vez al día en forma de juego imite el hacer tortillitas con sus manos y pida al niño imitarlo, hacer esta actividad en forma de juego con un tono de voz cálido y juguetón. Con un rostro alegre y sonriente.
 - PLAN NIVEL 2. Indicar a la madre, padre o encargado hacer con el niño o niña las actividades del pretest o prueba completa que falla o no logra + una de las actividades que siguen según gradiente del desarrollo que aparece en el pretest o en la prueba completa.
 - PLAN NIVEL 3A. Entregar a la madre, padre o encargado el Plan de estimulación escrito correspondiente a su edad y pedirle que haga dos de las actividades o más cada día, en ambiente de juego, de las que corresponden al área o las áreas en las que el niño falló.
 - PLAN NIVEL 3B. Entregar a la madre, padre o encargado el Plan de estimulación escrito correspondiente a su edad y pedirle que aplique las actividades, en ambiente de juego, una, dos o tres actividades al día sin presionar o aburrir al niño o niña.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 159

Anexo 14
Aplicación de la Prueba Tanner a niñas, niños y personas adolescentes

DIRIGIDO A:	Personal del Primer Nivel de Atención (Áreas de Salud y EBAIS)
DE:	Salud del Niño y la Niña y Salud de la Persona Adolescente del Área de Atención Integral a las Personas
TEMA DEL LINEAMIENTO:	Aplicación de la Prueba de Tanner en personas de 10 a 18 años de edad
ANTECEDENTES	
<ul style="list-style-type: none"> - Las primeras publicaciones de J.M. Tanner con respecto al desarrollo puberal en población inglesa datan de 1969. - En Costa Rica, la realización de esta prueba se define de manera oficial en el documento Normas de Atención Integral de Salud para el Primer Nivel de Atención (1995). - La práctica de la autoaplicación de esta prueba se ha generalizado en el Primer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. 	
FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA	
<p>Actualmente existe evidencia de que la autoevaluación es un método poco confiable para establecer el nivel de desarrollo puberal⁶⁵.</p> <p>Además, se ha demostrado que la inspección visual no permite definir de manera precisa los estadios madurativos mamarios y testiculares precoces. Se requiere la palpación⁶⁶.</p>	
IMPLICACIONES OPERATIVAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Para determinar el estado de desarrollo puberal de niñas, niños y personas adolescentes priva el criterio clínico. - La Prueba de Tanner no es un instrumento que debe aplicarse de manera autoadministrada por niñas, niños o adolescentes. - La Prueba Tanner debe aplicarse asegurando la privacidad para la niña, niño o persona adolescente al emitir sus respuestas. - La prueba Tanner debe aplicarse luego de haber otorgado una explicación adecuada a la edad y nivel de desarrollo a la niña, niño o persona adolescente, incluyendo datos acerca de en qué consiste y cuál es su propósito. 	

⁶⁵ Marchant, C. (2012). La autoevaluación es un método poco confiable para establecer el desarrollo puberal en escolares. Rev Chil Pediatr. 83(4): 345-351.

⁶⁶ Bordini, B. (2012). Desarrollo Puberal Normal: parte II Aspectos clínicos de la pubertad. Pediatrics in review, 33:65-75.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 160

- El personal médico es quien debe llenar el formulario de la Prueba Tanner y anotar el resultado de la evaluación en el expediente clínico.
- En caso de niños y niñas, cuando se les atiende se requiere de la presencia de algún acompañante relacionado con el menor u otro funcionario del establecimiento de salud, que favorezca el sentido de confianza del niño o niña.
- En caso de personas adolescentes, cuando se les atienda se les preguntará si desean estar acompañadas durante el proceso.

FORMULARIOS RELACIONADOS

Nombre del formulario	Código del formulario
Prueba de Tanner masculino	4-70-03-0525
Prueba de Tanner femenino	4-70-03-0530

FECHA DESDE LA CUAL RIGE

A partir de su oficialización por parte de la Gerencia Médica en 2015.

EQUIPO TÉCNICO AL QUE SE PUEDEN HACER CONSULTAS

Nombre: Programa Salud del Niño y la Niña o Programa Salud de la Persona Adolescente
Dependencia: Área de Atención Integral de las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Teléfono: 2223-8948 **Fax:** 2223-5992
Correo electrónico. almadrig@ccss.sa.cr con la Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas o al mdiaza@ccss.sa.cr con el Dr. Marco Díaz Alvarado.
Horario de trabajo. 8 a.m. a 4 p.m.

Referencias bibliográficas

- Bordini, B. (2012). Desarrollo Puberal Normal: parte II Aspectos clínicos de la pubertad. *Pediatrics in review*, 33:65-75.
- Marchant, C. (2012). La autoevaluación es un método poco confiable para establecer el desarrollo puberal en escolares. *Rev Chil Pediatr.* 83(4):345-351.
- Marshall, W. y Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of Puberal Changes in Girls. *Arch. Dis. Child*, 44: 291. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2020314/pdf/archdischo1552-0003.pdf>
- Ministerio de Salud Costa Rica y Caja Costarricense de Seguro Social. (1995). Normas de Atención Integral en Salud, Primer Nivel de Atención. San José, Costa Rica
- Rosen, D. (2004). Physiologic Growth and Development During Adolescence. *Pediatrics in Review*, 25: 194-200.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS. 220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 161

Anexo 15

Formularios de referencia y contrarreferencia

a. Referencia y contrarreferencia intersectorial (Redes Integradas Intersectoriales de Servicios de Atención – RISA)

En el marco de implementación del Sistema de Atención Integral e Intersectorial de Atención al Desarrollo de Niñas y Niños (SAIID) que supone el esfuerzo por alcanzar el trabajo operativo articulado entre los servicios de salud de nuestra institución, los Jardines de Niños y los Servicios de Educación Especial del MEP y, los CEN-CINAI como primera fase y los servicios educativos de I y II Ciclos como segunda fase, ha construido el formulario de referencia y contrarreferencia adjunto.

A modo de resumen debe señalarse que este documento es el resultado del trabajo de equipos intersectoriales locales y regionales denominados Redes Integradas e Intersectoriales de Servicios de Atención al Desarrollo de la Niñez (RISA) que inician su funcionamiento a partir del 2010 y que para este momento a nivel nacional suman los sectores asociados a 58 Áreas de Salud de las Regiones Chorotega, Central Norte, Central Sur, Brunca, Huetar Atlántica, Huetar Norte y Pacífico Central.

Las RISA en su mayoría se encuentran integradas además de por funcionarios de nuestra institución, por representantes de los CEN-CINAI, los Jardines de Niños y los Centros de Educación Especial del MEP y a partir de 2015-2016 por docentes de I y II Ciclos de las comunidades adscritas a cada área de salud.

En una fase inicial, el documento de referencia y contrarreferencia intersectorial se elabora como un formulario borrador que luego es puesto en práctica por diversas RISA a modo piloto, siendo que para este momento se transforma en el documento final que tiene como fin optimizar el proceso de referencia y contrarreferencias intersectorial en el ámbito de la atención a niñas y niños. Será de uso oficial en el MEP y en los CEN-CINAI como herramienta de comunicación con nuestras Áreas de Salud. Con esto nos garantizamos la homogenización del tipo de información que se envía, así como, el uso de instrumentos con alcance nacional en lo que atención a niñas y niños se refiere.

Para efectos de comunicación de nuestra institución (CCSS) hacia el MEP y los CEN-CINAI se continúa utilizando el formulario 4-70-04-0140 tal como fue establecido por el Comité Institucional de Expediente de Salud. Ambos instrumentos suponen un paso más en la construcción de un proceso de gestión en apoyo a la calidad de la atención que brindamos a nuestros usuarios(as).

Este formulario debe ser llenado por el funcionario(a) de dichas instituciones que decide realizar la referencia o la contrarreferencia de la niña o el niño a los servicios de salud. El formulario consta de dos partes (datos generales y detalle de la referencia) relacionadas con

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 162

la referencia y dos partes (datos generales y detalles de la contrarreferencia) relacionadas con la contrarreferencia. El detalle del llenado se explica a continuación.

REFERENCIA INTERSECTORIAL		
DATOS GENERALES		
Fecha. Anote la fecha en que se realiza la referencia. Organícela en día, mes y año.		Sexo. Marque con una X para indicar si es Masculino o Femenino.
Nombre del niño, niña o adolescente. Anote el nombre completo del niño(a) y sus dos apellidos.		Fecha nacimiento. Anote la fecha de nacimiento del niño o niña que se refiere.
Dirección exacta. Anote la dirección exacta donde habita el niño, Barrio, Distrito, Cantón, Otras señas.		
Nombre del padre. Anote el nombre completo del padre y sus dos apellidos.		Cédula. Anote el número de cédula del padre.
Nombre de la madre. Anote el nombre completo de la madre y sus dos apellidos.		Cédula. Anote el número de cédula de la madre.
Encargado (a) legal. En caso de que el niño no esté bajo la custodia del padre o la madre anote el nombre completo de la persona encargada legalmente.		Teléfono. Anote el número de teléfono del padre, madre o la persona encargada.
Nombre de quien refiere. Anote el nombre y dos apellidos del profesional que hace la referencia del niño(a).		Teléfono. Anote el número de teléfono del profesional que hace la referencia.
Puesto de quien refiere. Anote el puesto que ocupa la persona que hace la referencia.		Correo electrónico. Anote el correo electrónico del profesional que hace la referencia.
Institución que refiere. Anote el nombre de la institución a la que el niño(a) asiste y desde la cual el profesional hace la referencia.	Teléfono. Anote el número de teléfono de la institución desde la cual se hace la referencia.	Región. Anote el nombre de la región a la que pertenece la institución que hace la referencia.
Se refiere a: () MEP () CCSS () CEN-CINAI () PANI () IMAS () M. Justicia () Otro. Marque con una X para indicar la institución a la cual se dirige la referencia, de no estar la sigla correspondiente anote el nombre completo en el espacio de "Otro".		
DETALLE DE LA REFERENCIA		
Detallar antecedentes importantes obtenidos en la valoración (edad, grado, resultados del tamizaje)	Previo al envío de la referencia, el profesional que atiende al niño realiza una valoración del mismo utilizando las herramientas definidas según protocolo para cada caso. A partir de dicha valoración aplica las intervenciones que le competen para garantizar el abordaje oportuno del problema identificado. Ese proceso de detección y abordaje realizado previo a la referencia, es el que debe describir brevemente en este apartado destacando los resultados del tamizaje y/o las intervenciones realizadas.	
Detallar motivos de referencia	El proceso de detección y abordaje realizado previo a la referencia, permite al profesional que refiere identificar las condiciones o criterios que justifican la necesidad de hacer referencia.	Marque con una X sobre la línea para indicar las impresiones diagnósticas que motivan la referencia. Puede marcar más de una de las opciones siguientes: ___ Obesidad ___ Alteraciones del lenguaje ___ Sobrepeso ___ Alteraciones motoras ___ Desnutrición ___ Trastorno en control esfínteres ___ Retardo en talla ___ Alteraciones de alimentación ___ Alteraciones visuales ___ Alteraciones Auditivas ___ Esquema de vacunación incompleto ___ Alteraciones emocionales y de conducta ___ Problemas de aprendizaje. Para referir las alteraciones asociadas al riesgo buco dental, si usted es un funcionario del Ministerio de Educación Pública, marque con una X para indicar la presencia de este riesgo, use el espacio siguiente: ___ Para el MEP. Riesgo bucodental.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 163

	<p>En este espacio describa esos criterios que motivan la referencia.</p>	<p>Una vez que marque indicando la presencia de riesgo bucodental como causa de referencia, debe clasificar el riesgo utilizando el sistema facilitado por la Coordinación Nacional de Odontología de la Caja Costarricense de Seguro Social y que se encuentra descrito en los documentos de su especialidad emitidos por el Departamento de Educación Preescolar del MEP. Una vez aplicado el instrumento deben marcar en el espacio siguiente el nivel de riesgo que identifica: Clasificación <u> 1 </u> <u> 2 </u> <u> 3 </u> <u> 4 </u> <u> 5 </u> <u> 6 </u></p> <p>Si usted es un funcionario del CEN CINAI para referir las alteraciones asociadas al riesgo buco dental, aplique lo establecido en los siguientes puntos de la <u>Norma para la atención preventiva de la salud oral en CEN-CINAI</u>:</p> <p>6.3.3 Cuando se detecte la presencia de caries dental, o restos de piezas dentales, en el odontograma del niño (a), las ASSC-2 y las directoras en coordinación con los profesionales de la Dirección de Servicios, referirán de inmediato al EBAIS, Área de Salud, Clínica u Hospital que le corresponda, para su atención.</p> <p>6.3.4. Las ASSC-2 y las directoras en coordinación con los profesionales de la Dirección de Servicios referirán a todos los usuarios al EBAIS, Área de Salud, Clínica u Hospital que le corresponda, para que sea atendido en forma sistemática en los servicios, lo anterior, 2 veces al año en los meses de junio y noviembre para examen oral completo.</p> <p>6.3.7. Las ASSC-2 y las directoras en coordinación con los profesionales de la Dirección de Servicios referirán a los niños con Higiene Oral Mala (HOMA) al EBAIS, Área de Salud, Clínica u Hospital que le corresponda 4 veces al año en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre o según criterio del profesional en odontología.</p> <p>Marque con una X para indicar la presencia de este riesgo en el siguiente espacio:</p> <p><u> </u> Para CEN CINAI: Control bucodental. Y marque en el espacio siguiente el nivel de riesgo que identifican: <u> </u> Con caries, restos de piezas <u> </u> Higiene Oral Mala <u> </u> Examen dental Otros (especifique): _____</p>
<p>Anote su firma como profesional que hace la referencia, seguida de su especialidad o título académico último y su código de inclusión en el Colegio Profesional respectivo o su número de cédula en los siguientes espacios. Antes de enviar la referencia no olvide sellarla.</p> <p>_____</p> <p>Firma del profesional que refiere</p> <p>_____</p> <p>Especialidad</p> <p>Código o cédula _____ Sello</p> <p>institución</p>	<p>En el caso de los sectores donde el análisis de la referencia lo realiza el equipo interdisciplinario e intersectorial de la Red Integrada e Intersectorial de Servicios de Atención al Desarrollo de la Niñez (RISA) debe indicarse en este espacio de la referencia su visto bueno, la fecha en que reciben el formulario de referencia e indicar a cual servicio de los disponibles en la red dirigen la referencia, la fecha en que el niño será atendido (cita programada) y la hora en que será atendido ese día. Deben marcar con una equis el criterio de priorización de la referencia.</p> <p>USO EXCLUSIVO DEL EQUIPO COORDINADOR RISA</p> <p>_____</p> <p>VO.B. Equipo Coordinador R.I.S.A Fecha de recibido</p> <p>Referencia para el servicio o especialidad de:</p> <p>_____</p> <p>Fecha de la cita: _____ hora de la cita</p> <p>_____</p> <p>Criterio de priorización urgente a cupo</p>	
<p>En el pie de página marque con una equis para indicar a quienes manda copia de la referencia que usted hace: COPIA: Expediente <u> </u> Archivo de RISA <u> </u> Base de datos <u> </u> . Si además de las tres alternativas anteriores tramita copia de la referencia a otra instancia escriba el nombre en el espacio de Otro.</p>		

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 164

CONTRARREFERENCIA INTERSECTORIAL	
DATOS GENERALES	
Fecha. Anote la fecha en que se realiza la referencia. Organícela en día, mes y año.	Sexo. Marque con una X para indicar si es Masculino o Femenino.
Nombre del niño, niña o adolescente. Anote el nombre completo del niño(a) y sus dos apellidos.	Fecha nacimiento. Anote la fecha de nacimiento del niño o niña que se refiere.
Dirección exacta. Anote la dirección exacta donde habita el niño, Barrio, Distrito, Cantón, Otras señas.	
Encargado (a) legal. En caso de que el niño no esté bajo la custodia del padre o la madre anote el nombre completo de la persona encargada legalmente.	Teléfono. Anote el número de teléfono del padre, madre o la persona encargada.
Institución a la que se dirige la contrarreferencia. Anote el nombre de la institución que le mandó la referencia previamente y a la cual ahora usted le envía la contrarreferencia.	Teléfono. Anote el número de teléfono de la institución a la cual usted hace la contrarreferencia.
Servicio o especialidad que envía la contra referencia. Anote el nombre del servicio desde el cual usted envía la contrarreferencia.	Teléfono. Anote el número de teléfono del servicio o institución desde la cual usted hace la contrarreferencia.
DETALLE DE LA CONTRARREFERENCIA	
<p>El profesional que hizo la referencia se basa en una valoración del niño o niña utilizando las herramientas definidas según protocolo para cada caso. A partir de dicha valoración aplicó las intervenciones que le competen para garantizar el abordaje oportuno del problema identificado. Ese proceso de detección y abordaje realizado le lleva a enviar la referencia destacando los resultados del tamizaje y/o las intervenciones realizadas, las condiciones o criterios que justifican dicha referencia.</p> <p>Con base en lo anterior usted organiza su intervención con el niño y obtiene a su vez a partir de una valoración una impresión diagnóstica o diagnóstico definido que orienta sus intervenciones. En este espacio describa los resultados de su intervención y las recomendaciones –si las haya- para el profesional o profesionales que hicieron la referencia.</p> <p>Marque con una equis para identificar si el caso: Se da de alta (el problema detectado se atendió y se resolvió), Tratamiento subsecuente (el niño requiere seguimiento en su abordaje terapéutico) o si se refiere a otro nivel de atención. Para esta última opción especifique el nombre del servicio a que se refiere.</p>	
<p>Anote su nombre y firma como profesional que hace la contrarreferencia, seguida de su código de inclusión en el Colegio Profesional respectivo o su número de cédula. Antes de enviar la contrarreferencia no olvide sellarla.</p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma del profesional que remite la contra referencia</p> <p>_____</p> <p>Código o cédula</p>	<p>En el caso de los sectores donde el análisis de la contrarreferencia lo realiza el equipo interdisciplinario e intersectorial de la Red Integrada e Intersectorial de Servicios de Atención al Desarrollo de la Niñez (RISA) debe indicarse en este espacio la fecha de recibido de la contrarreferencia y el sello del equipo intersectorial.</p> <p>USO EXCLUSIVO DEL EQUIPO COORDINADOR RISA</p> <p>_____</p> <p>Fecha recibido equipo coordinador RISA-sello</p>
<p>En el pie de página marque con una equis para indicar a quienes manda copia de la contrarreferencia que usted hace: COPIA: Expediente ____ Archivo de RISA ____ Base de datos ____ . Si además de las tres alternativas anteriores tramita copia de la contrarreferencia a otra instancia escriba el nombre en el espacio de Otro.</p>	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 166

b. Formulario de referencia de la CCSS



Caja Costarricense de Seguro Social

1. Criterio de priorización	
2. Consulta Externa	3. Urgencias
<input type="radio"/> 1. Urgente <input type="radio"/> 2. A cupo	<input type="radio"/> Rojo <input type="radio"/> Amarillo <input type="radio"/> Verde

REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA

I. Paciente

4. Nombre		5. Fecha de nacimiento	
6. Sexo <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino		7. Tipo de identificación <input type="radio"/> 1. Cédula identidad Reg. Civil <input type="radio"/> 2. Identificación temporal interno <input type="radio"/> 3. Extranjero con identif. CCSS	
8. Número de identificación		9. Tipo de consulta <input type="radio"/> 1. Consulta presencial <input type="radio"/> 2. Teleconsulta	
10. Residencia habitual: (Provincia) (Cantón)		(Distrito)	
11. Dirección exacta:			
12. Número de teléfono del paciente		13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
14. Nombre de la madre		15. Nombre del padre	

II. Centro que refiere o contra-refiere

16. Nombre del centro		17. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
18. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro		19. Especialidad o disciplina	
20. Nombre del profesional		21. Código	
22. Número de teléfono y extensión del profesional			

III. Centro al que se refiere o contra-refiere

23. Nombre del centro		24. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
25. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> Otro		26. Especialidad o disciplina	
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario			

IV. Cita

28. Fecha de la cita		29. Hora de la Cita ¹		30. Especialidad	
31. Nombre funcionario de REDES asignó la cita				32. Fecha de asignación de la cita	

¹ El paciente debe presentarse con 15 minutos de anticipación a la hora fijada para la atención, transcurrido este tiempo, podrá reasignarse la cita para evitar la pérdida del cupo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 167

V. Resumen de historia clínica

33. Antecedentes	Problemas activos del paciente	
	Subjetivos (incluye resumen de historia clínica asociada al problema)	
	Objetivos (Incluye examen físico, resultados de laboratorio, apoyo al diagnóstico)	
	Análisis (incluye proceso diagnóstico e impresión diagnóstica)	
Plan de manejo (incluye tratamiento)		
Motivo de referencia o contra-referencia		
34. Incapacidad desde _____ hasta _____ Número de días _____		35. Alta ² <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No

²Se considera alta en la especialidad, para los efectos de estadísticos: la decisión facultativa del profesional en dar por resuelto el o los problemas tratados durante el episodio de atención finalizado.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 168

Anexo 16 Manejo de la desnutrición en niñas y niños

I. Definición

Tomando en cuenta que el crecimiento y desarrollo tienen como determinantes no solamente aspectos relacionados con alimentación sino también con condicionantes sociales, culturales, ambientales y biológicos, la valoración nutricional en un niño o niña, debe tener un enfoque integral y preventivo. La desnutrición se ha definido como un conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas, causadas por la deficiente ingesta y/o aprovechamiento biológico de macro y micronutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales (Ministerio de Salud Pública, Guatemala, 2009). Se manifiesta en forma diversa:

1. Restricción del crecimiento intrauterino que ocasiona el bajo peso al nacer.
2. Restricción crónica del crecimiento en talla con respecto a la edad.
3. Desnutrición aguda o pérdida grave de peso respecto a la talla.
4. Deficiencias de micronutrientes (UNICEF, 2013).

En nuestra institución, la clasificación antropométrica para este estado nutricional en niñas y niños menores de 5 años, se obtiene de las Gráficas Peso/Edad y Peso/Talla de la CCSS-MS-OMS (2006) e incluye en relación al indicador Peso/edad: bajo peso (de ≤ -2 a > -3 puntaje z^{67}) y bajo peso severo ($\leq -3pZ$); en el indicador Peso/talla, desnutrición (de ≤ -2 a $> -3pZ$) y desnutrición severa ($\leq -3pZ$). En niños y niñas a partir de los 5 años, con el indicador Índice de Masa Corporal, que clasifica desnutrición (de ≤ -2 a $> -3pZ$) y desnutrición severa ($\leq -3pZ$), así como de la gráficas Talla/edad de 0 a 5 años y de 5 a 19 años, baja talla (de ≤ -2 a $> -3pZ$) y baja talla severa ($\leq -3pZ$) (Tabla 1).

Sin embargo, para la definición del diagnóstico de esta patología se requiere considerar además de la valoración antropométrica, otros criterios como exámenes de laboratorio, examen físico, historia clínica y nutricional, entre otros. UNICEF (2013) señala que para el abordaje de la desnutrición se han identificado diferentes intervenciones con base en la evidencia, que tienen mejores resultados si se aplican durante los primeros 1000 días de vida de la persona (gestación hasta los 2 años de edad), estas son las siguientes.

- Nutrición materna adecuada durante el embarazo.
- Lactancia materna: iniciada en la primera hora después del parto, exclusiva durante los primeros seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los 2 años y más.
- Alimentación complementaria, segura, oportuna y suficiente a partir de los 6 meses de edad.

⁶⁷ Puntaje $Z = pZ$

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 169

- Profilaxis y tratamiento con micronutrientes para prevenir secuelas por deficiencias.
- Vacunación completa.
- Buenas prácticas de saneamiento y el acceso al agua potable.
- Prácticas alimentarias saludables en las familias y comunidades.
- Disminución de la carga de enfermedad, entre otras.
- Tratamiento apropiado y oportuno de la desnutrición.

Las intervenciones que combinan nutrición, alimentación y estimulación tienen mayores efectos en el coeficiente intelectual, en comparación a las que sólo ofrecen alimentación y nutrición. Los programas deben considerar la articulación de intervenciones de ambiente, salud, educativas y afectivas en un entorno estable y estimulante, para optimizar los efectos a largo plazo, fortaleciendo el vínculo afectivo y consolidando las competencias de las familias en el cuidado del niño y la niña (OPS, 2009).

II. Captación en los diferentes escenarios

Un niño o niña puede ser captado en los diferentes escenarios (educativo, domiciliario, comunal, servicios de salud) por parte del ATAP, Médico General, Médico Pediatra u otro Profesional de Salud o Educación. Cuando se sospecha que un niño o niña tiene desnutrición, debe ser referido al EBAIS, para su debida atención. La captación se puede realizar por:

- A. Reporte de un familiar, cuidador o ATAP, basado en la observación de la apariencia del niño o niña (bajo peso, baja talla), su comportamiento alimentario y otras sospechas.
- B. Resultados de la valoración antropométrica aplicada por técnicos o profesionales de salud o educación según disponibilidad de recursos:
 1. Medición del peso, longitud o estatura, perímetro cefálico.
 2. Ubicación en las gráficas P/E, P/T, T/E, PC/E e IMC.
 3. Interpretación y análisis de tendencia de las gráficas respectivas

III. Diagnóstico integral de desnutrición

Para el diagnóstico clínico integral de desnutrición y desnutrición severa, se debe realizar lo siguiente:

A. Valoración antropométrica

1. Medición del peso, longitud o estatura y perímetro cefálico (Anexo 12).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 170

2. Marcar los puntos (ploteo) de los resultados de las mediciones en las gráficas correspondientes:

- Niños y niñas Pretérmino de la semana 22 a la semana 50 de edad gestacional (Gráficas de crecimiento para niñas nacidas Pretérmino y Gráficas de crecimiento para niños nacidos Pretérmino, Fenton, 2013).
- Niños y niñas Pretérmino mayor a la semana 50 gestacional, utilizar las Gráficas P/E, P/T, T/E. OMS 2006, con edad corregida hasta los 2 años de edad.
- Niños y niñas nacidos a término de 0 a menos de 5 años (Gráficas P/E, P/T, T/E. OMS 2006).
- Niños (as) y adolescentes de 5 a menos de 19 años (Gráficas IMC y T/E. OMS 2007).
- Niños y niñas de 0 a 3 años (Gráficas PC/E. OMS 2007).

3. Interpretación y análisis de la tendencia del estado nutricional (Tabla 1).

B. Historia clínica. Tomando en cuenta la historia nutricional, factores condicionantes como: acceso al agua potable, saneamiento ambiental, hábitos alimentarios: duración de lactancia materna exclusiva, tiempos de comida y peso al nacer; valoración de la conducta alimentaria, factores de riesgo social, análisis de los indicadores antropométricos, entre otros.

C. Examen Físico y neurológico. Según se establece en el expediente de salud pediátrico, vigente para las Áreas de Salud.

Tabla 1
Interpretación de las gráficas antropométricas para la clasificación del Estado Nutricional de niños y niñas
Caja Costarricense de Seguro Social

Edad	Indicador	Puntaje Z ⁶⁸ o percentiles	Estado nutricional
Niños y niñas Pretérmino: de la semana 22 a la semana 50 de edad gestacional	Peso/edad gestacional en semanas	Percentil 3 al 97	Evaluación óptima del crecimiento post natal
	Perímetro cefálico/ edad gestacional en semanas		

⁶⁸ Puntaje Z = pZ

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 171

	Talla/edad gestacional en semanas		
0 a 5 años según sexo	Peso/edad ⁶⁹	≤ - 2	Bajo peso
		≤ - 3	Bajo peso severo
	Peso/talla	≤ - 2	Desnutrición
		≤ - 3	Desnutrición severa
	Talla/edad	≤ - 2	Baja talla
		≤ - 3	Baja talla severa
5 a 19 años según sexo	IMC	≤ - 2	Desnutrición
		≤ - 3	Desnutrición severa
	Talla/edad	≤ - 2	Baja talla
		≤ - 3	Baja talla severa

Fuente. Equipo Técnico Salud de Niño y la Niña, 2015.

D. Tamizaje del desarrollo: valoración psicomotora.

E. Laboratorio: Solicitar hemograma completo, proteínas totales y fraccionadas, heces seriadas (Número 3) (Martínez, 2010; Márquez, 2012).

IV. Abordaje

A. Consulta inicial en el EBAIS para el abordaje de la desnutrición

A todo niño o niña referidos al EBAIS por sospecha de desnutrición, se debe realizar la valoración antropométrica, utilizando las gráficas según corresponda y evaluar e interpretar el crecimiento y desarrollo. Las intervenciones a seguir dependen de la edad del niño o niña.

En niños y niñas hasta 2 años de edad

a. En niños y niñas pretérmino con edad gestacional igual o menor a 50 semanas (Algoritmo 1)

- Se identifica **evaluación óptima del crecimiento post-natal**, según indicador peso/edad, por encima del percentil 3 y con tendencia positiva, se aplica las intervenciones propias de la consulta de crecimiento y desarrollo, y se mantiene en control según concentración específica para su edad.
- Se identifica **evolución no óptima del crecimiento post-natal**, según indicador peso/edad, cuando se ubica en o por debajo del percentil 3 o con tendencia negativa.

⁶⁹ Peso/edad= en todos los casos esta gráfica se aplica en conjunto con la de talla/edad y peso/talla.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 172

- Referir a Pediatría o Neonatología y a la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo **de forma prioritaria**, según Red de Servicios.
- Si el niño o niña pretérmino presenta signos o síntomas de deshidratación (Tabla 2), referir al servicio de Urgencias según Red de Servicios.
- Si el niño o niña pretérmino se encuentra hidratado pero con ganancia de peso menor a la esperada: indicar a la madre dar leche materna del final luego de la extracción de una onza. (Hasta que sea visto por Pediatra y Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo).

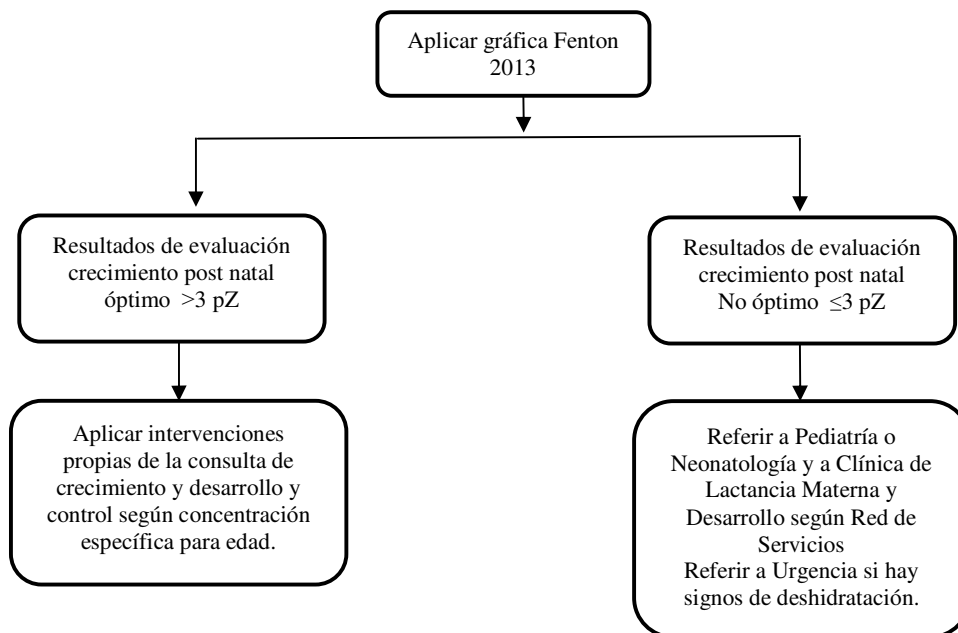
Tabla 2
Signos y síntomas de deshidratación en un recién nacido

Diuresis disminuida	Primer día menor de dos, segundo día menor de tres, tercer día menor de 4, cuarto día menor de 5, a partir del quinto día menor de 6. Orina persistentemente amarilla concentrada o con abundancia de uratos.
Deposiciones disminuidas o ausentes	Primer día menor de dos, segundo día menor de tres, tercer día menor de 4, cuarto día menor de 5, a partir del quinto día menor de 6. Ausencia o retraso del cambio de coloración de las deposiciones: Normalmente primeros dos días meconio, del tercer a cuarto día verde-amarillas y luego del quinto día amarillas (como puré de ayote).
Pérdida de peso excesiva	Pérdida de peso mayor al 5% en las primeras 24 horas (predictor de deshidratación severa). Pérdida de peso mayor o igual al 8 % durante la primera semana, acompañada de otros signos de deshidratación. No aumento de peso progresivo (20-25 gramos por día) luego del 5 día. No recuperación del peso perdido a los 15 días de nacido.
Ictericia neonatal	En niños o niñas ictericos con signos de deshidratación se debe confirmar con examen de laboratorio urgente.
Fiebre	T axilar mayor o igual a 38 grados centígrados. En niños y niñas con fiebre y signos de deshidratación también se debe descartar sepsis neonatal.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 173

Algoritmo 1.
**Niños y niñas pretérmino con edad gestacional
igual o menor a las 50 semanas**

Primera cita en el EBAIS de la CCSS



b. En niños y niñas pretérmino con edad gestacional mayor a 50 semanas según la gráfica de Fenton y hasta los 2 años, con edad corregida según gráficas OMS, así como los niños y niñas a término (Algoritmo 2)

- Si los indicadores P/E, P/T, T/E y PC/E del niño o niña no tienen alteración, se aplican las intervenciones propias de la consulta de crecimiento y desarrollo, y se mantiene en control según concentración específica para su edad.
- El niño o niña menor de 6 meses, que se ubica según el indicador P/T en desnutrición (≤ -2 pZ) y se evidencia una ganancia de peso menor a la esperada según el indicador P/E (≤ -2 pZ) y el de 6 meses hasta los 2 años, según el indicador P/T que se ubica en desnutrición, se debe considerar lo siguiente:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 174

Desnutrición sin complicaciones médicas (Tabla 2 y 3) que pongan en peligro la vida, si se obtiene el siguiente indicador, según edad

- Indicador P/T: si en las gráficas el punto está en o debajo de la línea de -2 pZ pero arriba de la línea de -3 pZ, significa **desnutrición**, realizar las intervenciones siguientes:
 - Aplicar gráfica T/E: si T/E esta alterada (baja talla y/o baja talla severa), ver anexo de baja talla (Anexo 18).
 - Examen físico y neurológico incluyendo valoración del desarrollo.
 - Solicitar hemograma completo, proteínas totales y fraccionadas, heces seriadas (Número 3) (Martínez, 2010; Márquez, 2012).
 - Marcar el punto en la gráfica y unir los diferentes puntos de medición, para la interpretación y análisis de la tendencia de la gráfica. Marcar el punto en las gráficas respectivas en el Carné de Desarrollo Integral del niño y la niña.
 - Realizar análisis de valoración inicial. En las Áreas de Salud donde se cuente con la Consulta Interdisciplinaria Grupal, con la participación del Nutricionista, el niño o niña debe de ser referido a dicha consulta o referir según Red de Servicios a Nutrición, Trabajo Social y Psicología según cada caso, para su abordaje integral. El niño o niña debe de ser referido a dicha consulta, con el diagnóstico de:

Desnutrición.

- Según análisis de riesgo realizado, referir a Servicios Comunitarios de Apoyo: CEN CINAI, IMAS, CECUDI entre otros (si se cuenta con estos recursos) de acuerdo a los criterios de referencia (Tablas 4 y 5).
- Explicar el diagnóstico y plan de intervención a la madre, padre o encargado.
- Capacitar a la familia en los factores de riesgo identificados.
- Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar. (criterio de prioridad) (Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar. Primer Nivel de Atención, 2014).
- Se recomienda agendar cita de seguimiento en el EBAIS **en un mes**, considerando la importancia de mejorar el estado nutricional a esta edad, por las implicaciones que tiene en el crecimiento posterior del niño o niña.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 175

Desnutrición asociada a otras complicaciones médicas (que ponen en peligro la vida (Tabla 2 y 3): si se obtiene el siguiente indicador:

- Indicador P/T: si en las gráficas el punto está en o debajo de la línea de -2 (puntaje Z) pero arriba de la línea de -3, significa **desnutrición**, realizar las intervenciones siguientes:
 - Referir con carácter de urgente y color amarillo o rojo según corresponda al Servicio de Urgencias del segundo o tercer nivel de atención, según Red de Servicios, para tratamiento.
 - Se debe iniciar el abordaje de complicaciones severas que pongan en peligro la vida: hipoglucemia, deshidratación severa e hipotermia, entre otras.
 - Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar. (criterio de prioridad) (Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar. Primer Nivel de Atención, 2014).

Tabla 3 Complicaciones médicas que ponen en peligro la vida a corto plazo en un niño o niña con desnutrición
Descartar sistemáticamente la presencia de manifestaciones clínicas como:
1. Hipoglucemia
2. Anemia severa
3. Hipotermia o fiebre
4. Infección local o sistémica (en particular infecciones de vías respiratorias, urinarias, diarrea)
5. Deshidratación
6. Desequilibrio electrolítico
7. Desnutrición en un contexto de infección por VIH o <i>Mycobacterium tuberculosis</i>.
8. Alteración de la conciencia.
9. Edema bilateral severo.

Fuente. Organización Mundial de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 176

Tabla 4
Criterios para referir al IMAS

INSTITUTO MIXTO DE AYUDA SOCIAL (IMAS)

Criterio de ingreso. Desnutrición y desnutrición severa, según indicador

Peso/talla.

- Información que debe llevar la referencia al IMAS:
 - Datos del niño o niña.
 - Nombre completo de madre y/o padre del niño, cédula.
 - Teléfono (si se tiene).
 - Dirección exacta (Provincia, cantón, distrito y otras señas).
 - Actividad económica de los responsables legales de los menores de edad, así como el número de adultos y niños que conforman la familia.
 - Diagnóstico de referencia.
 - Motivo de referencia.
 - Información de las intervenciones realizadas en el EBAIS.
 - Observaciones: con la referencia enviada, el IMAS valora según su protocolo si la familia cuenta o no con la Ficha de Información Social (FIS), requisito para toda familia a fin de ver si califica o no en pobreza (grupo según puntaje obtenido)
 - Seguimiento: El EBAIS debe solicitar contra-referencia al IMAS, como respuesta del IMAS a la familia referida (si fue aceptada o no para el recibo de alguno de los beneficiarios), esto con el fin de realizar el seguimiento. Se debe indicar donde se puede enviar ésta: teléfono, fax, correo electrónico.

La familia debe llevar la referencia a la Oficina Regional del IMAS más cercana, junto con fotocopia de la cédula y recibo de algún servicio público.

Fuente. Miranda, D. (2014). Entrevista. Área Bienestar Familiar. Instituto Mixto de Ayuda Social, 2014.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 177

Tabla 5
Criterios para referir a los CEN-CINAI

DIRECCIÓN NACIONAL CEN CINAI DIRECCIÓN TÉCNICA, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y VIGILANCIA, CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Distribución de Alimentos a Familias (DAF)⁷⁰

Criterios de ingreso: Bajo peso (≤ -2 pZ) según gráfica peso/edad, Desnutrición, indicadores P/T y baja talla, indicador T/E.

Comidas Servidas (CS); Distribución de Leche; Atención y Protección Infantil⁷¹.

Criterio de ingreso: **composición del grupo familiar: dando prioridad a la mujer jefe de hogar y adolescente madre.**

- Ingreso per cápita bajo línea de pobreza.
- Nivel educativo del jefe de familia.
- Logro educativo de los miembros del grupo familiar en edad de 9 a 17 años.
- Estado Nutricional del menor de 7 años dando prioridad a niños con desnutrición, retardo en talla o con delgadez.

Horario de estos servicios: **Centros de Educación y Nutrición (CEN): grupo de la mañana: 7:00 a.m. a 11:00 a.m. Grupo de la tarde: 11:30 a.m. a 3:00 p.m. y Centro Infantil de Nutrición y Atención Integral (CINAI): 6:30 a.m. a 6:00 p.m. (hay algunas modificaciones según Región).**

Fuente. Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2014.

Desnutrición severa sin complicación médica (Tablas 2 y 3): si se obtiene el siguiente indicador, según edad

- Indicador P/T: si en las gráficas el punto está en o debajo de la línea de $-3pZ$, significa **desnutrición severa**, realizar las intervenciones siguientes:

⁷⁰ **Distribución de Paquetes de Alimentos a Familias (DAF):** una vez al mes se distribuye a cada grupo familiar del cliente cuyo estado nutricional lo califica como desnutrido o con baja talla.

⁷¹ **Comidas Servidas:** alimentos preparados y entregados diariamente en los establecimientos, se ofrece desayuno, almuerzo y merienda de la tarde.

Distribución de Leche: una vez al mes se distribuye a cada cliente 1,6 Kg de leche integra en polvo, para consumo en el hogar.

Atención y Protección Infantil: Responde a las necesidades de atención y protección y facilita a los padres, madres y encargados su incorporación en los procesos educativos y en el mercado laboral e involucra: educación inicial y alimentación a preescolares, apoyo educativo al escolar, • Fomento de valores y cultura de paz, atención interdisciplinaria a casos prioritarios, sesiones educativas a padres o responsables.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 178

- Referir al Servicio de Pediatría de Consulta Externa para ser valorado como cita prioritaria del segundo o tercer nivel de atención, según Red de Servicios.
- Realizar análisis de valoración inicial. En las Áreas de Salud donde se cuente con **Consulta Interdisciplinaria Grupal con la participación del Nutricionista**, el niño o niña debe de ser referido a dicha consulta o referir según Red de Servicios a Nutrición, Trabajo Social y Psicología según cada caso, para su abordaje integral. El niño o niña debe de ser referido a dicha consulta, con el diagnóstico: **Desnutrición severa**.
- Según análisis de riesgo realizado, referir a Servicios Comunitarios de Apoyo: CEN CINAÍ, IMAS, CECUDI entre otros (Si se cuenta con estos recursos) de acuerdo a los criterios de referencia descritos.
- Explicar el diagnóstico y plan de intervención a la madre, padre o encargado.
- Capacitar a la familia en los factores de riesgo identificados.
- En el caso de que el niño o niña presente edema, debe realizarse diagnóstico diferencial a la mayor brevedad.
- Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar. (criterio de prioridad) (Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar. Primer Nivel de Atención, 2014)
- Llenar boleta de declaración obligatoria (V-01) según corresponde, cuando el caso es identificado por primera vez (Tabla 6).

Desnutrición severa asociado a otras complicaciones médicas (Tabla 2 y 3)(que ponen en peligro la vida): si se obtiene el siguiente indicador

- **Indicador P/T**: si en las gráficas el punto está en o debajo de la línea de -3pZ, significa **desnutrición severa**, realizar las intervenciones siguientes:
 - Referir con carácter de urgente y color amarillo o rojo según corresponda al Servicio de Urgencias del segundo o tercer nivel de atención, según red de servicios, para tratamiento.
 - Se debe iniciar el abordaje de complicaciones severas que pongan en peligro la vida: hipoglicemia, deshidratación severa, hipotermia, entre otros.
 - Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar (criterio de prioridad).
 - Llenar boleta de declaración obligatoria (V-01) según corresponde, cuando el caso es identificado por primera vez (Tabla 6).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 179

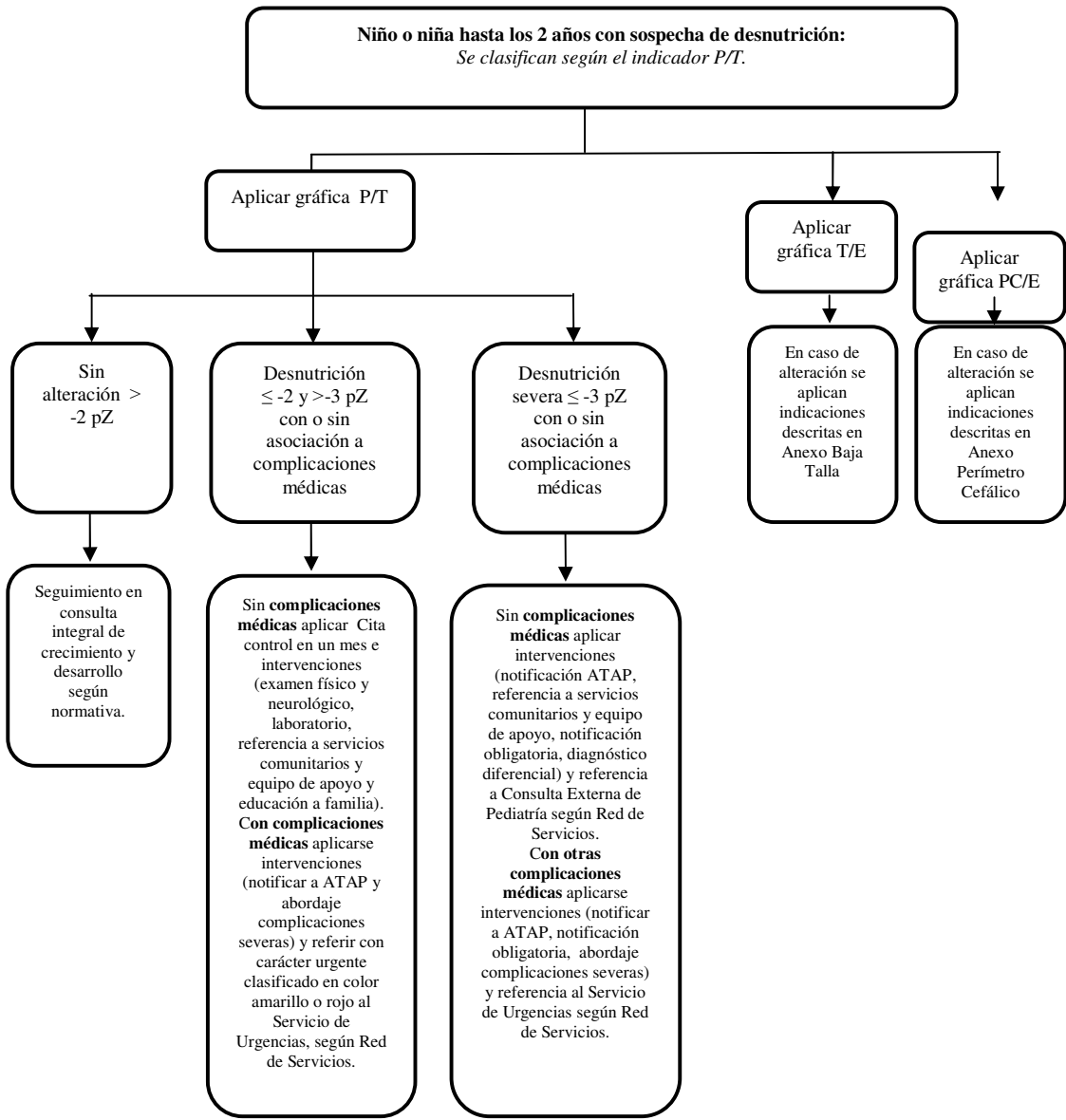
Tabla 6 Signos clínicos y síntomas según tipo de Desnutrición	
<p>Marasmo características</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy flaco y demacrado • Cara de viejito • Presenta apetito • Piel seca y arrugada • Se ven sus huesos • pelo sin brillo y ralo, el cual se cae fácilmente. • Carácter irritable, llora mucho. 	<p>Kwashiorkor características</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Hinchadito”, con edemas. • Piel muy estirada, a veces con heridas. • Cabello fino y frágil, con signo de bandera. • Cara de luna • Desganado sin apetito.
	
<p>Recordar que existen cuadros de desnutrición severa mixta</p>	

Fuente. Secretaría de Salud de la República de Honduras. (2003). Manejo Ambulatorio del Niño con Desnutrición Aguda Moderada: Manual Básico de Procedimientos. Honduras: Secretaría de Salud.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 180

Algoritmo 2. Atención a la desnutrición
Niños y niñas pretérmino con edad gestacional mayor a 50 semanas y
hasta los 2 años con edad corregida y niños y niñas nacidas a término
hasta los 2 años de edad

Primera cita en el EBAIS de la CCSS



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 181

En niños y niñas mayores de 2 años (ver Algoritmo 3) Indicadores según edad

Niños y niñas de 2 a menos de 5 años: P/E, P/T, T/E, PC/E
Niños y niñas de 5 años y más: IMC y T/E

- Si los indicadores según corresponde a la edad del niño o niña, no tienen alteración, se aplica las intervenciones propias de la consulta de crecimiento y desarrollo y se mantiene en control según concentración específica para su edad.
- Si el indicador P/T o IMC, según edad del niño o niña, está alterado se debe considerar lo siguiente:

Desnutrición sin otras complicaciones médicas (Tabla 3): si se obtiene el siguiente indicador, según edad

- Indicador P/T:** si en la gráfica el punto está en o debajo de la línea de -2 pZ pero arriba de la línea de -3pZ, significa **desnutrición**.
- Indicador IMC:** en niños y niñas de 5 años y más, si en la gráfica el punto está en o debajo de la línea de -2 pZ pero arriba de la línea de -3pZ, significa **desnutrición**.

En ambos casos aplicar las siguientes intervenciones:

- Aplicar gráfica T/E: si T/E esta alterada (baja talla y/o baja talla severa), ver anexo de baja talla (Anexo 18).
- Examen físico y neurológico incluyendo valoración del desarrollo.
- Solicitar hemograma, proteínas totales y fraccionadas, heces seriadas (Martínez, 2010; Márquez, 2012).
- Marcar los puntos en las gráficas respectivas en el Carné de Desarrollo.
- Realizar análisis de valoración inicial. En las Áreas de Salud donde se cuente con **Consulta Interdisciplinaria Grupal con la participación del Nutricionista**, el niño o niña debe de ser referido a dicha consulta o referir según Red de Servicios a Nutrición, Trabajo Social y Psicología según cada caso, para su abordaje integral. El niño o niña debe ser referido con diagnóstico de: **desnutrición**.
- Según análisis de riesgo realizado, referir a Servicios Comunitarios de Apoyo: CEN CINAÍ, IMAS, CECUDI entre otros (Si se cuenta con estos recursos) de acuerdo a los criterios de referencia descritos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 182

- Explicar el diagnóstico y plan de intervención a la madre, padre o encargado.
- Capacitar a la familia en el manejo de los factores de riesgo identificados.
- En todos los casos de niños y niñas con desnutrición se debe enviar referencia al docente de educación preescolar o educación general básica, y de existir, al equipo Coordinador RISA⁷², haciendo constar su estado nutricional y el seguimiento en el EBAIS.
- Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar. (criterio de prioridad)
- Se recomienda agendar cita de seguimiento en el EBAIS en tres meses.

Desnutrición asociado a otras complicaciones médicas (que ponen en peligro la vida (Tabla 3)

- Indicador P/T: si en la gráfica el punto está en o debajo de la línea de -2 pero arriba de la línea de -3, significa **desnutrición**.
- Indicador IMC: en niños y niñas de 5 años y más, si en la gráfica el punto está en o debajo de la línea de -2 pero arriba de la línea de -3, significa **desnutrición**.

Se deben realizar las siguientes intervenciones:

- Referir con carácter de urgente y color amarillo o rojo según corresponda al Servicio de Urgencias del segundo o tercer nivel de atención, según red de servicios, para tratamiento.
- Se debe iniciar el abordaje de complicaciones severas que pongan en peligro la vida: hipoglicemia, deshidratación severa, hipotermia, entre otras.
- Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar. (criterio de prioridad).

Desnutrición severa sin complicación médica: si se obtiene el siguiente indicador, según edad

- Indicador P/T: si en la gráfica el punto está en o debajo de la línea de -3 significa **desnutrición severa**.
- Indicador IMC: en niños y niñas de 5 años y más, si en la gráfica el punto está en o debajo de la línea de -3, significa **desnutrición severa**.

En ambos casos se debe aplicar la siguiente intervención.

- Referencia al Servicio de Pediatría de Consulta Externa para ser valorado como cita prioritaria del segundo o tercer nivel de atención, según red de servicios.

⁷² RISA. Redes Integradas Intersectoriales de Servicios de Atención al Desarrollo del Niño y la Niña.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 183

- Realizar análisis de valoración inicial. En las Áreas de Salud donde se cuente con **Consulta Interdisciplinaria Grupal con la participación del Nutricionista**, el niño o niña debe de ser referido a dicha consulta o referir según Red de Servicios a Nutrición, Trabajo Social y Psicología según cada caso, para su abordaje integral. El niño o niña debe de ser referido a dicha consulta, con el diagnóstico de **desnutrición severa**
- Según análisis de riesgo realizado, referir a Servicios Comunitarios de Apoyo: CEN CINAI, IMAS, CECUDI entre otros (Si se cuenta con estos recursos) de acuerdo a los criterios de referencia descritos.
- En todos los casos de niños y niñas con desnutrición severa se debe enviar referencia al docente de educación preescolar o educación general básica, y de existir, al equipo Coordinador RISA, haciendo constar su estado nutricional y el seguimiento en el EBAIS.
- Llenar boleta de declaración obligatoria (V-01), según corresponde, cuando el caso es identificado por primera vez (Tabla 6).
- Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar. (criterio de prioridad)

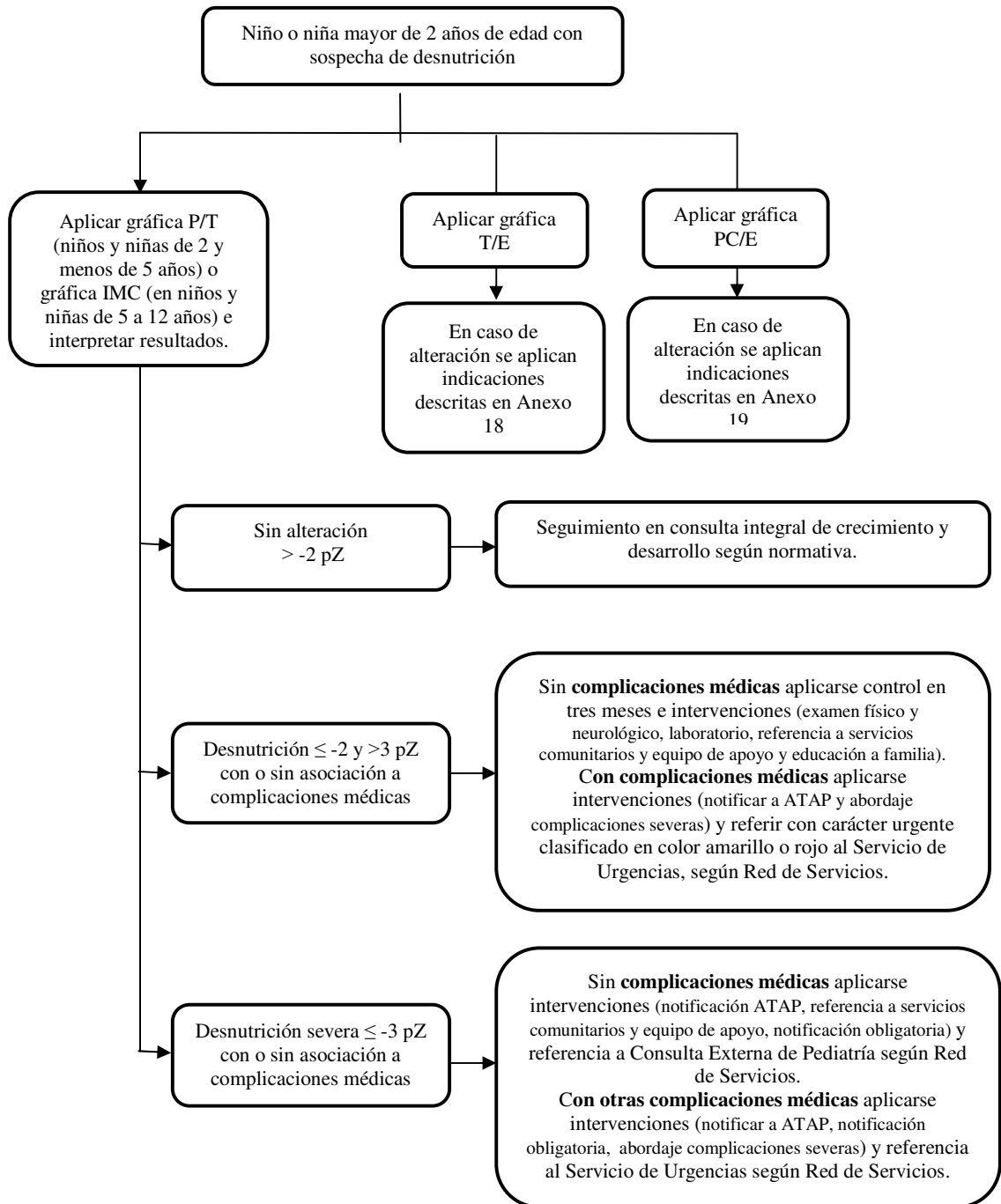
Desnutrición severa asociado a otras complicaciones médicas (que ponen en peligro la vida)

- **Indicador P/T**: si en las gráficas el punto está en o debajo de la línea de -3 significa **desnutrición severa**.
- **Indicador IMC**: en niños y niñas de 5 años y más, si en la gráfica el punto está en o debajo de la línea de -3, significa **desnutrición severa**.

Se debe aplicar la siguiente intervención.

- Referir con carácter de urgente y color amarillo o rojo según corresponda al Servicio de Urgencias del segundo o tercer nivel de atención, según red de servicios, para tratamiento.
- Se debe iniciar el abordaje de complicaciones severas que pongan en peligro la vida: hipoglicemia, deshidratación severa, hipotermia, entre otros.
- Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar. (criterio de prioridad).
- Llenar boleta de declaración obligatoria (V-01) cuando el caso es identificado por primera vez (Tabla 6).

Algoritmo 3
Algoritmo de intervenciones: atención a la desnutrición
Niños y niñas mayores de 2 años de edad
Primera cita en el EB AIS de la CCSS



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 185

IV. Primera consulta de seguimiento del niño o niña desnutrido menor de 12 años (≤ -2 DE y > -3 DE)

En los niños y niñas hasta los 2 años la primera consulta de seguimiento debe ser al mes. (ver Algoritmo 4)

En los niños y niñas de 2 a 12 años de edad la primera consulta de seguimiento debe ser a los 3 meses. (ver Algoritmo 5)

A. Realizar las siguientes intervenciones:

1. Valoración antropométrica, marcar los puntos según indicadores e interpretación de la tendencia en las gráficas de crecimiento P/E, P/T, T/E, PC/E e IMC.
2. Examen físico, neurológico y evaluación del desarrollo en busca de comorbilidad.
3. Revisión e interpretación de los exámenes de laboratorio solicitados.
4. Evaluar cambios realizados por la educación en salud y otras intervenciones de modificación del riesgo.

B. El análisis de estos criterios en su conjunto permite evaluar la evolución, por tal motivo para cada uno de ellos se ha determinado la evolución satisfactoria y no satisfactoria, la cual permite definir el seguimiento específico en el plan de intervención (Tabla 7).

Tabla 7
Criterios para valorar evolución del Estado Nutricional

Criterios	Evolución	
	Satisfactorio	No satisfactorio
Antropometría (según gráfica correspondiente)	Tendencia ascendente	Tendencia estacionaria o descendente
Laboratorio	Sin patología	Con patología
Co-morbilidad	No hay enfermedades concomitantes	Presencia de enfermedades concomitantes.
Respuesta a Educación en Salud	Modificación positiva en hábitos y condiciones de vida	No modificación en hábitos y condiciones de vida

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 186

C. Plan de Intervención según categorización

1. **Si al considerar todos los criterios señalados se identifica una evolución satisfactoria, se debe:**

- a. Reforzar la modificación de factores de riesgo identificados en la consulta de captación, mediante la educación a la madre, padre, encargado o niño y niña según edad.
- b. Dar cita de seguimiento en el EBAIS en cuatro meses.

2. **Si la evolución no es satisfactoria**

a. *Evolución hacia desnutrición severa con otras complicaciones médicas **(que ponen en peligro la vida)***

- Referir con carácter de urgente y color amarillo o rojo según corresponda al Servicio de Urgencias del segundo o tercer nivel de atención, según red de servicios, para tratamiento.
- Se debe iniciar el abordaje de complicaciones severas que pongan en peligro la vida: hipoglicemia, deshidratación severa, hipotermia, entre otros.
- Notificar al ATAP para el seguimiento respectivo mediante visita domiciliar (criterio de prioridad).

b. *En caso de niño o niña desnutrido:*

- Evolución hacia desnutrición severa sin otras complicaciones médicas,
- Co-morbilidad importante
- O que requieran un diagnóstico diferencial más amplio:
 - Referir al Servicio de Pediatría según Red de Atención.
 - Inicio del manejo de la co-morbilidad como anemia, parasitosis, alteraciones del desarrollo u otras alteraciones.

c. *Se mantiene en desnutrición:*

- Asociado a co-morbilidad leve
- Si hay alteración de pruebas de laboratorio con diagnósticos que no requieren referencia a Pediatría.

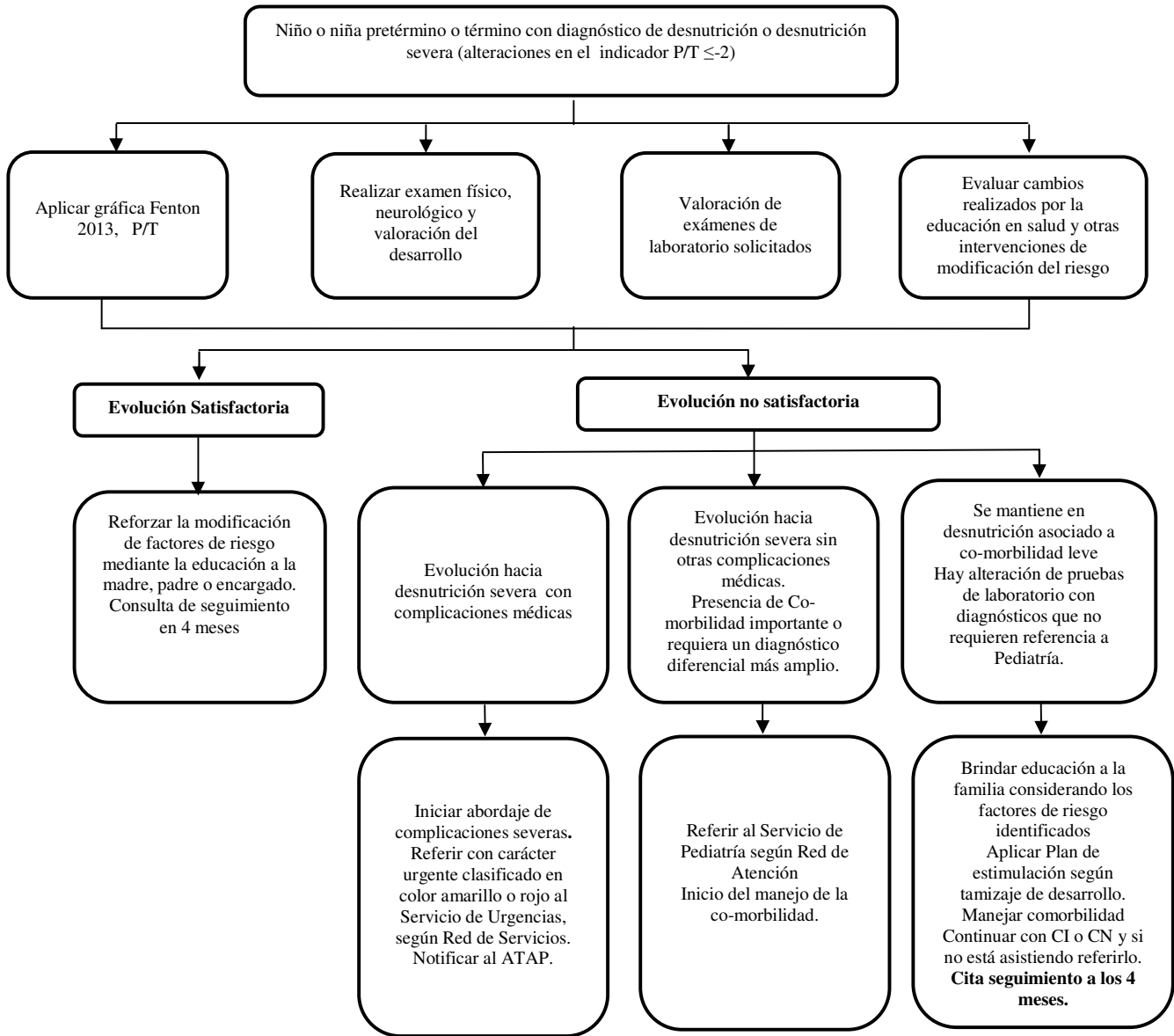
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 187

- Brindar educación a la familia considerando los factores de riesgo identificados.
- Plan de estimulación según tamizaje de desarrollo.
- Manejo de la co-morbilidad como anemia, parasitosis u otras alteraciones manejables en EBAIS.
- Debe continuar en la Consulta Interdisciplinaria Grupal con la participación del Nutricionista, para seguimiento mensual por tres meses y plan de intervención conjunta según perfil del niño.
- Si no es atendido en consulta grupal:
 - Dar cita de seguimiento en el EBAIS en cuatro meses.
 - Debe hacerse referencia al Profesional en Nutrición, según Red de Servicios, si el Area de Salud no cuenta con el recurso.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 188

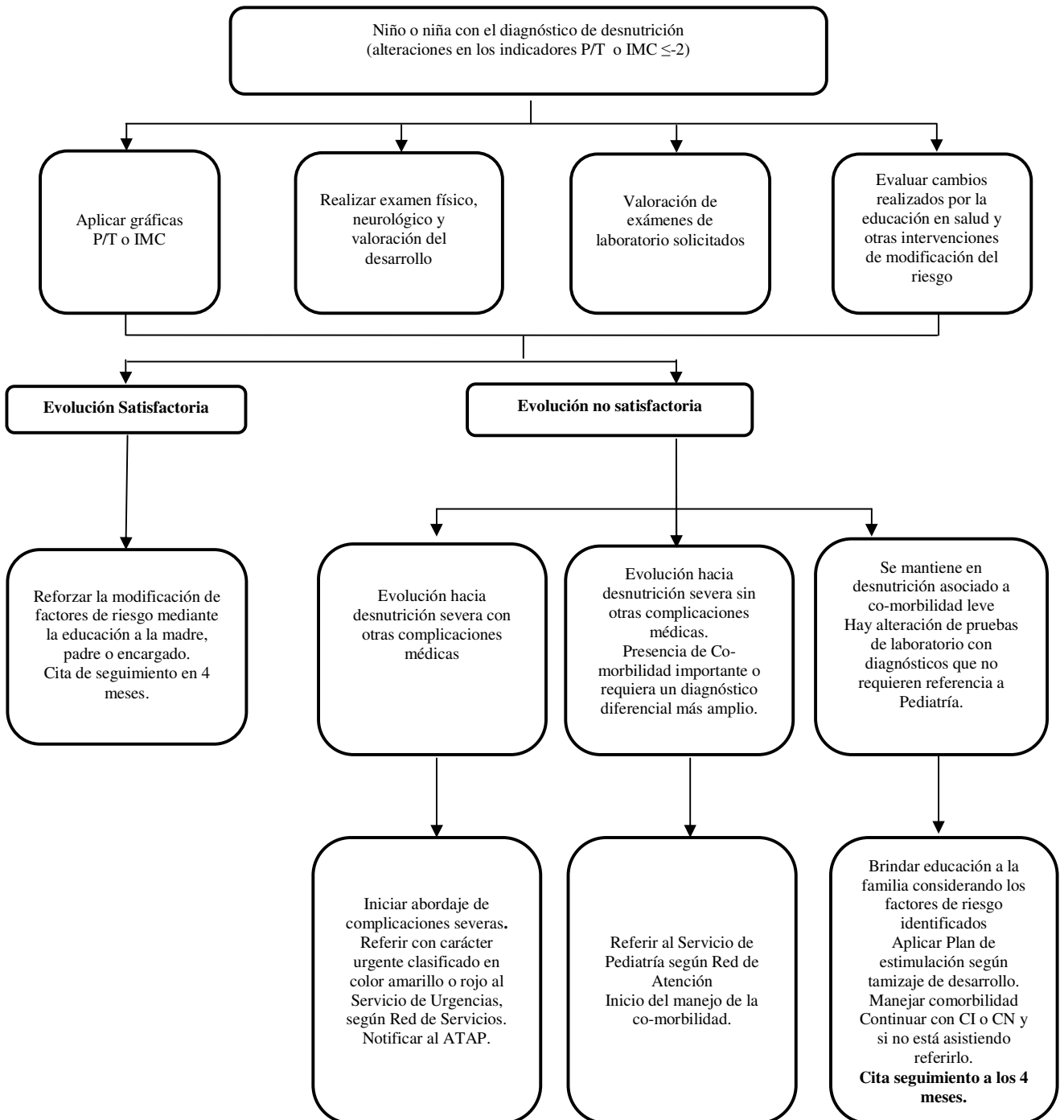
Algoritmo 4. Atención a la desnutrición niños y niñas hasta los 2 años

Cita de seguimiento al mes en el EBAIS de la CCSS



**Algoritmo 5. Atención a la desnutrición
Niños y niñas mayores de 2 años de edad**

Cita de seguimiento a los 3 meses en el EBAIS de la CCSS



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 190

V. Segunda consulta de seguimiento del niño o niña desnutrido menor de 12 años en el EBAIS (Algoritmo 6)

Se debe analizar la evolución según criterios descritos.

A. Considerando todos los criterios, si se identifica una evolución satisfactoria, aunque la tendencia positiva antropométrica sea lenta, se debe:

1. Reforzar la modificación de factores de riesgo identificados en la consulta de captación y la estimulación del desarrollo, mediante la educación a la madre, padre, encargado o niño y niña.
2. Coordinar con ATAP para la visita domiciliar de seguimiento según criterio de Prioridad y seguimiento en el EBAIS en consulta de crecimiento y desarrollo según edad.

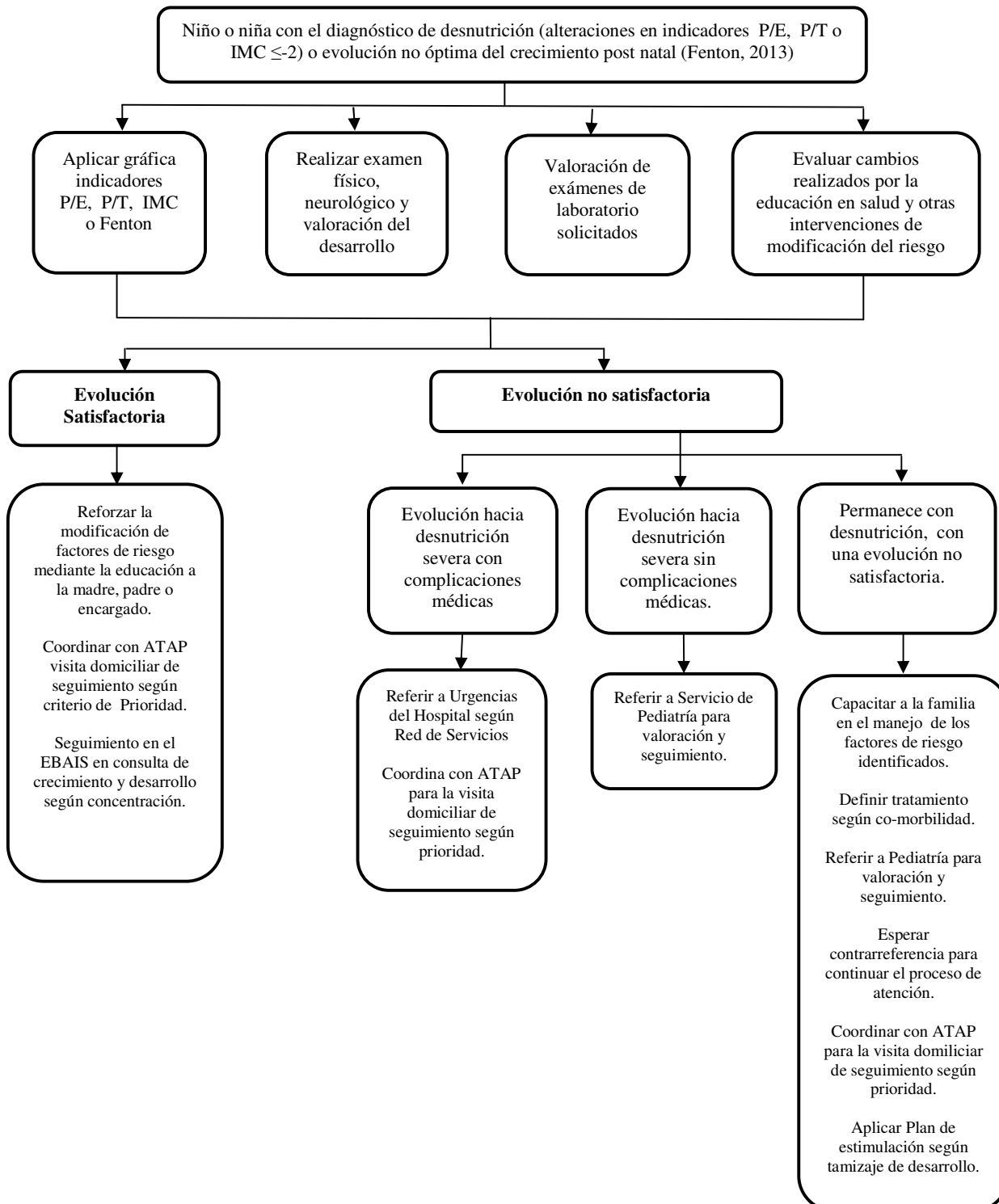
B. Si la evolución no es satisfactoria se debe:

1. En caso de que evolucione hacia desnutrición severa con complicaciones médicas:
 - a. Se refiere a Urgencias del Hospital según Red de Servicios y se coordina con ATAP para la visita domiciliar de seguimiento según Prioridad.
2. Si evoluciona hacia desnutrición severa sin complicaciones médicas:
 - a. Se refiere a Servicio de Pediatría para valoración y seguimiento.
3. Permanece con desnutrición con una evolución no satisfactoria:
 - a. Capacitar a la familia en el manejo de los factores de riesgo identificados.
 - b. Define tratamiento o intervenciones según co-morbilidad.
 - c. Referir a Pediatría para valoración y seguimiento, esperar contrarreferencia para continuar el proceso de atención.
 - d. Coordinar con ATAP para la visita domiciliar de seguimiento según prioridad.
 - e. Plan de estimulación según tamizaje de desarrollo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 191

Algoritmo 6. Atención a la desnutrición Niños y niñas 0 a 12 años de edad

Segunda cita de seguimiento a los 4 meses en el EBAIS de la CCSS



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 192

Resumen de Indicaciones de Referencia de acuerdo a Red de Servicios del Niño o Niña con Desnutrición desde el Primer Nivel de Atención

Servicio al que se refiere	Indicaciones de referencia del niño o niña con desnutrición
Urgencias	Niño o niña desnutrido o desnutrido severo con complicaciones médicas que ponen en peligro la vida.
Pediatría	<p>Niño o niña con desnutrición severa (al diagnóstico).</p> <p>Niño o niña desnutrido que va hacia desnutrición severa, presenta co-morbilidad importante o requiere de un mayor diagnóstico diferencial, luego del primer control en 1 mes para menores de 2 años o 3 meses para mayores de 2 años.</p> <p>Niño o niña que se mantiene desnutrido o va hacia desnutrición severa luego de un segundo control e intervenciones en el EBAIS por 4 meses.</p>
Nutrición Consulta Interdisciplinaria de atención grupal en nutrición	Niño o niña con desnutrición o desnutrición severa.

Resumen de indicaciones para mantenerse en control en EBAIS por desnutrición

Niño o niña desnutrido	Cita de seguimiento
Niño o niña con desnutrición sin complicaciones, hasta los 2 años de edad.	1 mes (primera cita de seguimiento)
Niño o niña con desnutrición sin complicaciones de 2 años y más.	3 meses (primera cita de seguimiento)
Niño o niña de 0 a 12 años que en la primera cita de seguimiento tiene una evolución satisfactoria o se mantiene desnutrido pero con mejoría en el estado nutricional y con co-morbilidades leves.	4 meses (segunda cita de seguimiento)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 193

Consulta de atención grupal por Nutrición en Area de Salud

Organización de la consulta grupal

Responsabilidad

Todas las actividades relacionadas con la consulta grupal, son responsabilidad de:

- El personal del EBAIS: Médico, hace referencia a la consulta de atención grupal
- Equipo profesional Interdisciplinario de apoyo del área de salud: (Profesionales en Nutrición, Psicología, Medicina y Trabajo Social), evalúa, atiende, brinda educación en salud y consejería nutricional, realiza el seguimiento a cada caso, coordina con EBAIS, ATAP y articula con Instituciones y Organizaciones la atención.

Dirigido a: Madre, padre o encargado del niño o niña con desnutrición.

Planificación

A. Organización. En equipo se definen los procedimientos técnicos y logísticos de la Consulta Grupal en el EBAIS, con soporte del equipo interdisciplinario del área de salud.

B. Programación. En sesiones de trabajo en equipo del EBAIS, según las necesidades, se establece el cronograma de las sesiones, definiendo los temas y responsables en cada sesión.

Definir:

1. Fechas y horario
2. Duración total de cada consulta grupal de un tiempo de 1 hora y 30 minutos.
3. Definir el número de participantes por sesión entre 5 a 10 personas, focalizado con niños y niñas con características similares.
4. Frecuencia: una vez por mes, con un mínimo de 3 sesiones trabajando como grupo cerrado. Al finalizar el ciclo los usuarios deben continuar con la consulta de crecimiento y desarrollo en el EBAIS según cita programada y evolución nutricional.

C. Convocatoria. Realizar la convocatoria durante la consulta en el establecimiento y posteriormente hacer el recordatorio vía telefónica por la secretaria de REDES o en la visita domiciliar por el ATAP, previo a cada fecha de atención grupal a la persona que se ha definido previamente como el contacto.

D. Actividades previas a la sesión

1. Preparar el expediente clínico de los usuarios en cada una de las sesiones de acuerdo a la agenda programada.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 194

2. Disponer de la base de datos actualizada o un listado de los niños y niñas identificados con desnutrición o delgados,
3. Realizar las mediciones antropométricas respectivas a los niños y niñas: peso, longitud o estatura, perímetro cefálico, al inicio de cada sesión, por parte del auxiliar personal de Enfermería o Nutricionista.
4. Identificar la evolución y estado nutricional de los niños y niñas de acuerdo a los indicadores antropométricos correspondientes: P/E, P/T, T/E, PC/E, e IMC.
5. Anotar en el expediente clínico, en cada una de las sesiones, las mediciones antropométricas, la evolución y el estado nutricional identificado.
6. Previa coordinación con el Médico de EBAIS, éste debe referir a Pediatría según Red de Servicios, si en la segunda sesión grupal no se evidencia una evolución satisfactoria.

E. Actividades durante sesión. El desarrollo de la sesión puede hacerse mediante técnicas y metodologías como: talleres, charlas, cursos, utilizando diversas técnicas educativas como: charla coloquio, video con discusión, cuestionarios y frases incompletas.

1. Informar sobre la importancia, la metodología y la duración de la sesión.
2. Desarrollar las sesiones con metodologías participativas y variedad de recursos didácticos. Entre los temas a desarrollar, se sugieren:
 - a. Alimentación según edad: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y alimentación saludable según disponibilidad a nivel local.
 - b. Hábitos de alimentación: frecuencia de consumo, hábitos y técnicas de alimentación, sustituciones y combinaciones de alimentos, formas de preparar, presentar y manipular alimentos.
 - c. Manejo de límites y prevención de la violencia
 - d. Registrar las sesiones en el expediente clínico como consulta de atención grupal.
 - e. Anotar en el Formulario de consulta de crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas del expediente clínico respectivo, en el apartado de consulta grupal según la edad, las mediciones antropométricas y el estado nutricional de la última sesión grupal.
 - f. Anotar en el expediente clínico, cada una de las sesiones grupales realizadas, los temas desarrollados, los resultados y observaciones identificadas al finalizar la sesión educativa (Profesional responsable de la sesión).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 195

F. Actividades post-sesión

1. Posterior a la sesión actualizar las mediciones antropométricas y el estado nutricional de los niños y niñas, en cada una de las sesiones en la base de datos del EBAIS.
2. El personal del EBAIS conjuntamente con el Equipo Interdisciplinario, debe evaluar los resultados obtenidos a través de las diferentes acciones desarrolladas, en relación a la mejora o cambios satisfactorios o no satisfactorios del estado nutricional de los niños y niñas atendidos (CONADI, 2012).

Referencias bibliográficas

- Bendaña, A., Paz, M. y Batres, E. (2011). Norma para la Vigilancia Nutricional de los niños menores de cinco años de edad. Honduras: Organización Mundial de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Organización Panamericana de la Salud Honduras.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Manual Técnico y de Gestión del Programa de Visita Domiciliar. Primer Nivel de Atención. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Comisión Nacional de Desnutrición Infantil (CONADI). (2012). Propuesta de guía para la atención integral al niño y la niña con desnutrición menor de 7 años. I Nivel de atención. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Martell, M. y Gaviria, J. (1979). Nueva forma de evaluación del crecimiento postnatal hasta los dos años de vida. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 86, (2). Uruguay. Centro Latinoamericano de Perinatología.
- Márquez, H., García, V. y Caltenco, M. (Mayo-Agosto, 2012). Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. Medigraphic. El Residente. Vol. 7 Número 2. pp. 59-69.
- Martínez, C. y Petró, C. (2010). Valoración del estado nutricional. Hospital Clínico. Universidad de Valencia. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid, España.
- Martínez, O., Barrios, A. y Dario, R. (2008). Atención Integrada a las Enfermedades prevalentes de la Infancia. Manual Clínico para Profesionales de la Salud. Módulo de Capacitación. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. República de Paraguay: UNICEF, OPS.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. (2009). Protocolo para el Tratamiento En Centros de Recuperación Nutricional de la Desnutrición Aguda Severa y Moderada sin Complicaciones en el Paciente Pediátrico. Guatemala: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008. Lima, Perú” Washington, D.C.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Interpretando los Indicadores de Crecimiento. Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del niño. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.: OPS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 196

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Normas para la Vigilancia Nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de edad. Honduras: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Guideline updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva: World Health Organization.

Secretaría de Salud de México. (2008). Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención. México, D.F.: Secretaría de Salud de México.

The Lancet. (2013). Serie 2013 sobre Nutrición Materno Infantil. Nutrición y obesidad Materno-Infantil en países de bajo y medianos ingresos. Guatemala. INCAP PCE/o82.

UNICEF. (April, 2013). Improving child nutrition. The achievable imperative for global progress. New York: UNICEF.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 197

Anexo 17

Manejo del sobrepeso y la obesidad en niñas y niños

MANEJO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

I. Introducción

La obesidad se desarrolla a partir de un desequilibrio energético positivo sostenido y una variedad de factores genéticos, de comportamiento, cultural, ambiental y factores económicos, que han sido implicados en su desarrollo (Waters, 2013).

El sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas tienen importante impacto en la salud física y psicosocial a corto, mediano y largo plazo. Alteraciones como dislipidemia, hiperinsulinemia, intolerancia a los carbohidratos y otros factores de riesgo cardiovascular, como pre-hipertensión e hipertensión, ocurren con mayor frecuencia en niños, niñas y adolescentes con obesidad. Otras alteraciones comunes son los problemas ortopédicos, respiratorios, la disminución de la autoestima y la pobre percepción de la imagen corporal. La obesidad en los niños y niñas, por sí misma, es un factor de riesgo independiente de obesidad en el adulto (Romero, 2012; Onis, 2010).

La probabilidad de que el sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas persista en la edad adulta, aumenta con la edad del mismo y con la presencia de obesidad en los padres, entre más temprano un individuo presenta sobrepeso y obesidad, mayor es su riesgo de mantenerse con sobrepeso u obesidad en los años posteriores y mayor la probabilidad de tener morbilidades relacionadas a dichas condiciones de salud, aspectos que sustentan la importancia de los esfuerzos en la prevención de la obesidad (INCAP, 2014. National Health and Medical Research Council, 2013).

II. Definición del estado nutricional de sobrepeso/obesidad

La evaluación del estado nutricional antropométricamente en niños y niñas, se realiza según el Patrón de Referencia de la Organización Mundial de la Salud, año 2006 (Tabla 1).

A. Sobrepeso

- En niños y niñas hasta los 2 años cumplidos, según indicador peso/talla: $P/T \geq +2$ puntaje Z (pZ) y $< +3$ pZ.
- En niños y niñas de 2 años a menores de 5 años, según indicador peso/talla: $P/T \geq +2$ y $< +3$ pZ.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 198

En niños y niñas y adolescentes de 5 años y más, según indicador Índice de Masa Corporal, $IMC \geq +1$ a $< +2$ pZ.

B. Obesidad

- En niños y niñas hasta los 2 años cumplidos, según indicador peso/talla: $P/T \geq +3$ pZ.
- En niños y niñas mayores de 2 años a menores de 5 años, según indicador peso/talla: $P/T \geq +3$ pZ.
- En niños, niñas y adolescentes de 5 años y más, según indicador Índice de Masa Corporal, $IMC \geq +2$ pZ.

Tabla 1
Puntos de corte para el diagnóstico nutricional de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes, según sexo, edad y Patrón de Referencia de la Organización Mundial de Salud, 2006.

Edad según sexo	Sobrepeso	Obesidad
0 a 2 años cumplidos	$P/T \geq +2$ pZ	$P/T \geq +3$ pZ
Mayores de 2 a menos 5 años	$P/T \geq +2$ DE y $< +3$ pZ	$P/T \geq +3$ pZ
De 5 a 19 años	$IMC \geq +1$ DE a $< +2$ pZ	$IMC \geq +2$ pZ

Fuente. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2008). Patrones de crecimiento del niño la OMS: Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra.

Álvarez, D., Sánchez, J., Gómez, G. y, Tarqui, M. (2012). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*; 29(3). pp. 303-313.

Han, C., Lawlor, D. y Kimm, S. (May, 2010). Childhood Obesity: Progress and Challenges. *Lancet*. NIH Public Access. 15; 375(9727). pp. 1737-1748.

III. Diagnóstico integral de sobrepeso u obesidad

Para el diagnóstico integral del sobrepeso u obesidad, se debe considerar además de la valoración antropométrica, la historia clínica, examen físico y realización de laboratorios.

A. Valoración antropométrica

Se debe realizar:

- Medición del peso, longitud o estatura y perímetro cefálico (Anexo 12).
- Clasificación del estado nutricional, según las gráficas de acuerdo a la edad y sexo (Tabla 1).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 199

Para evaluar al niño y niña, utilice las gráficas según corresponda:

- Niños y niñas Pretérmino de la semana 22 a la semana 50 de edad gestacional: Gráfica de crecimiento para niñas nacidas Pretérmino y Gráfica de crecimiento para niños nacidos Pretérmino (Fenton, 2013).
- Niños y niñas Pretérmino mayor a la 50 semana gestacional, utilizar las gráficas P/E, P/T, T/E (OMS, 2006) con edad corregida hasta los 2 años de edad (Fenton 2013).
- Niños y niñas nacidos a término de 0 a menores de 5 años: Gráficas P/E, P/T, T/E, OMS 2006.
- Niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años: Gráficas IMC (OMS, 2007) y T/E (OMS 2007).
- Todos los niños y niñas de 0 a 3 años: Gráficas PC/E (OMS, 2007).

Marcar el punto en la gráfica y unir los diferentes puntos de medición, para la interpretación y análisis de la tendencia de las gráficas.

B. Historia clínica

- Antecedentes heredo-familiares y patológicos personales (Tabla 2)
- Historia perinatal: antecedente de bajo peso al nacer o macrosomía.
- Hábitos alimentarios y de actividad física: por ejemplo: duración de la lactancia materna exclusiva, consumo de bebidas azucaradas, alimentos ultra procesados⁷³, realización de desayuno, definición de tiempos de comida; limitaciones para la actividad física, tiempo dedicado a ver TV, video-juegos, celular.
- Fluctuaciones del peso.

C. Examen físico

- Determinar datos clínicos que indican complicaciones u obesidad endógena (Tabla 3).
- En mayores de 3 años, toma e interpretación de la presión arterial aplicando la técnica, interpretación y clasificación, según normativa Institucional (Anexo 7).

⁷³ Los productos y bebidas ultra-procesados (PUP) son formulaciones listas para comer o beber. Se basan en sustancias refinadas, con una cuidadosa combinación de azúcar, sal, grasa y varios aditivos. Incluyen bebidas azucaradas, snacks, cereales de desayuno endulzados, galletas y pasteles, y “comidas rápidas”, productos animales reconstituidos y platos listos para calentar. Son formulaciones creadas a partir de sustancias extraídas de los alimentos (grasas, almidones y azúcares) (OPS-OMS. (2014). Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 200

D. Tamizaje del desarrollo

Valoración psicomotora II si corresponde a la edad y no se ha realizado, según lineamiento.

Tabla 2.

Factores de riesgo cardiovascular en niños y niñas con sobrepeso y obesidad

- Antecedente familiares de primera línea (padre, hermanos, abuelos y tíos) con enfermedades cardiovasculares: infarto del miocardio, accidente vascular cerebral, enfermedad arterial periférica, en hombres menores de 55 años o mujeres menores de 65 años.
- Historia familiar de colesterol elevado, mayor o igual de 240 mg/dl o conocido por dislipidemia severa.
- Historia familiar no conocida.
- En el niño, niña o adolescente: otros factores de riesgo cardiovascular como: obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y fumado.

Fuente. American Academy of Pediatrics. (2011). Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. Pediatrics: 128 (S6).

Tabla 3.

Datos clínicos que indican complicaciones u obesidad endógena

Baja talla: trastornos genéticos o endocrinológicos.
Cefalea frecuente: ante sospecha de pseudotumor cerebral
Presencia de hirsutismo o estrías: síndrome de Cushing, ovario poliquístico
Acantosis nigricans en cuello, axilas o sitios de flexión: resistencia a la insulina, diabetes mellitus
Hipertrofia de amígdalas: si presenta síntomas de apnea del sueño; IVRS a repetición
Bocio: alteración de la función tiroidea
Dificultad respiratoria nocturna o somnolencia durante el día: apnea del sueño o síndrome de hipoventilación pulmonar
Dolor abdominal frecuente: sospecha de hepatoesteatosis, litiasis vesical
Oligomenorrea o amenorrea: síndrome de ovario poliquístico
Elevación de la presión arterial: Hipertensión arterial
Dolor de cadera, rodillas o tobillos persistente: sobrecarga o lesiones articulares

Fuente. Romero, E., Vásquez, E., Machado, A. y Larrosa, A. (2012). Guías clínicas para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y obesidad en pediatría. Comité de Nutrición. Confederación Nacional de Pediatría, A.C. Pediatría de México 14:(4).

E. Laboratorios

Exámenes de laboratorio complementarios: perfil de lípidos y glicemia según edad, estado nutricional, factores de riesgo cardiovascular y clínica del niño o niña (Tablas 4 y 5).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 201

Tabla 4.
Niños y niñas con sobrepeso u obesidad que requieren perfil lipídico

Edad	Estado nutricional	Acción
Menores de 2 años	Sobrepeso-obesidad	No realizar perfil lipídico.
De 2 a menores de 9 años	Sobrepeso	Realizar perfil lipídico: sólo si tiene factores de riesgo cardiovascular.
Entre 9 y los 11 años	Independiente del estado nutricional (tamizaje universal)	Realizar perfil lipídico: independiente de factores de riesgo.
De 11 a 16 años	Sobrepeso	Realizar perfil lipídico: sólo si tiene factores de riesgo cardiovascular.
De 2 a 19 años	Obesidad	Realizar perfil lipídico: independiente de los factores de riesgo.

Fuente. American Academy of Pediatrics. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. (2011). Summary Report. Pediatrics; 128; S6
National Heart, Lung, and Blood Institute . Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular (2012). Health and Risk Reduction in Children and Adolescents Full Report

Tabla 5.
Niños y niñas con sobrepeso u obesidad que requieren glicemia en ayunas para tamizar por diabetes tipo 2

Mayores de 10 años o cuando cuando inicie la pubertad (lo que ocurra primero) asociado al menos con dos factores de riesgo presentes de los siguientes:

- Historia familiar de diabetes tipo 2 en primer o segundo grado.
- Presencia de condición que se asocie con resistencia a insulina (acantosis nigricans, síndrome ovario poliquístico, hipertensión arterial o dislipidemia).
- Historia materna de diabetes gestacional o diabetes.

Fuente. American Academy of Pediatrics. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. Pediatrics 2011; 128; S6
National Heart, Lung, and Blood Institute . Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular (2012). Health and Risk Reduction in Children and Adolescents Full Report.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 202

IV. Atención del niño y niña con sobrepeso u obesidad

A. Captación en los diferentes escenarios

Un niño o niña puede ser captado en los diferentes escenarios (educativo, domiciliario, comunal, servicios de salud). La captación se puede realizar por:

1. Reporte de un familiar, cuidador, educador o ATAP, basado en la observación de la apariencia del niño o niña (ganancia de peso excesiva), su comportamiento alimentario y otras sospechas.
2. Resultados de la valoración antropométrica aplicada por técnicos o profesionales de salud o educación según disponibilidad de recursos.

Cuando se capta un niño o niña con sobrepeso u obesidad debe ser referido al EBAIS según Área de Adscripción, para la valoración respectiva.

B. Primera cita en el EBAIS para el abordaje del sobrepeso y obesidad (Algoritmo 1)

1. En niños y niñas hasta los 2 años de edad

**Niños y niñas hasta los 2 años de edad
Utilizar indicador P/E, P/T y T/E para identificar y brindar seguimiento al sobrepeso.**

Si los indicadores P/E, P/T, T/E del niño o niña no tienen alteración, se aplican las intervenciones propias de la consulta de crecimiento y desarrollo, y se mantiene en control según concentración específica para su edad.

Si el indicador P/T indica sobrepeso (≥ 2 pZ) y se evidencia una ganancia de peso mayor a la esperada según el indicador P/E (≥ 2 pZ), brindar recomendaciones según edad y alimentación del niño o niña:

Niño o niña con lactancia materna, no debe ser considerado con sobrepeso para efectos de manejo, aunque según las gráficas sea clasificado como tal:

- **Si tiene menos de 6 meses:**
 - Continuar con lactancia materna exclusiva a libre demanda.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 203

- **Si tiene 6 meses o más:**
 - Fomentar continuar con lactancia materna y alimentación complementaria hasta los dos años o más.
 - Capacitar a los padres, familiares o cuidadores en alimentación complementaria, según recomendaciones citadas en el Carné de Desarrollo Integral del niño y la niña y en el Anexo 3.

Niño o niña sin lactancia materna o alimentación mixta (mayor riesgo de obesidad futura):

- **Si tiene menos de 6 meses:**
Evaluar la posibilidad de iniciar el proceso de relactación con apoyo de las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo.

Brindar consejería en preparación, tipo, volumen y número de tomas de fórmula que el niño o niña está recibiendo:

- ✓ 0 a 3 meses: 8 tomas de hasta 3 onzas (una onza es igual 30 ml)
- ✓ de 3 a 4 meses: de 6 tomas de 4 onzas
- ✓ de 5 a 6 meses: 5 tomas de 5 onzas

Se debe promover la utilización del beberito o vaso.

- **Si tiene 6 meses o más:**
Capacitar a los padres, familiares o cuidadores en alimentación complementaria, según recomendaciones citadas en el Carné de Desarrollo Integral del niño y la niña y en el Anexo 3.

Brindar consejería en preparación, tipo, volumen y número de tomas de fórmula que el niño o niña está recibiendo:

- ✓ 7 meses: 4 tomas de 6 onzas
- ✓ 8 meses: 4 tomas de 6 onzas
- ✓ 9 meses: 3 tomas de 7 onzas
- ✓ de 10 a 12 meses: 3 tomas de 8 onzas

Se debe promover la utilización del beberito o el vaso.

Referir a pediatría si hay sospecha de patología médica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 204

2. Niños y niñas mayores de 2 años de edad con estado nutricional de sobrepeso y obesidad (Algoritmo 2)

Niños y niñas mayores de 2 años a menores de 5 años Utilizar indicadores P/E, P/T y T/E
Niños y niñas de 5 y más Utilizar indicador IMC y T/E

Si los indicadores P/E, P/T, T/E, o IMC del niño o niña según corresponda, no tienen alteración, se aplican las intervenciones propias de la consulta de crecimiento y desarrollo, y se mantiene en control según concentración específica para su edad.

Si el indicador P/T o IMC está alterado ($P/T \geq 2pZ$ o $IMC \geq 1pZ$), se hace el diagnóstico de **sobrepeso u obesidad** y se realizan los procedimientos que corresponden para un diagnóstico integral (Ver Diagnóstico Integral de sobrepeso u obesidad descrito en este documento).

Niños y niñas con sobrepeso sin factores de riesgo cardiovascular:

- No requiere seguimiento en el EBAIS por sobrepeso.
- No requiere exámenes de laboratorio excepto entre los 9 y 11 años que se realiza el tamizaje universal por dislipidemia.
- Brindar recomendaciones generales de estilo de vida saludable (Tabla 6).
- Continuar con su control de crecimiento y desarrollo según concentración establecida en este manual.
- Informar a los padres de familia o encargados, que el éxito de la intervención depende de su compromiso en el cumplimiento de las recomendaciones generales en el estilo de vida saludable (Tabla 6).
- Enviar referencia al docente de educación preescolar o educación general básica, y de existir, al equipo Coordinador RISA⁷⁴, haciendo constar su estado nutricional y seguimiento en el EBAIS en la consulta de Crecimiento y Desarrollo según concentración establecida.
- Referir a Pediatría a cupo según red de servicios solo si el **examen físico es sugestivo de co-morbilidad u obesidad endógena (Tabla 3)**.

⁷⁴ RISA. Redes Integradas e Intersectoriales de Servicios de Atención al Desarrollo del niño.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 205

Sobrepeso con factores de riesgo cardiovascular u obesidad

- Referir a Pediatría a cupo según red de servicios solo si el **examen físico es sugestivo de co-morbilidad u obesidad endógena (Tabla 3)**.
- Agendar cita de seguimiento en el EBAIS en **cuatro** meses si no es referido con el Pediatra.
- Informar a los padres de familia o encargados, que el éxito de la intervención depende de su compromiso en el cumplimiento de las recomendaciones generales en el estilo de vida saludable (Tabla 6).
- Enviar referencia al docente de educación preescolar o educación general básica, y de existir, al equipo Coordinador RISA, haciendo constar su estado nutricional y seguimiento en el EBAIS.
- Solicitar perfil lipídico y glicemia en ayunas para ser valorado en cita de seguimiento.
- En caso de presentar síntomas como: poliuria, polidipsia, nicturia, enuresis, o candidiasis vaginal, debe tamizarse por diabetes en el momento e interpretar los resultados de acuerdo a:
 - **Si la glicemia es \geq a 200 mg/dl:**
 - Referir al Servicio de Urgencias donde haya acceso a un pediatra según Red de Servicios.
 - **Si glicemia está entre 126 a 199 mg/dl:**
 - Dar cita de control en las próximas 48 horas, para realizar control de glicemia en ayunas.
 - Si este control en ayunas se reporta \geq 126mg/dl: Dar cita de control en las próximas 48 horas, para realizar nuevo control de glicemia en ayunas.
 - Si este control en ayunas se reporta \geq 126mg/dl por segunda vez:
 - Se confirma el diagnóstico de diabetes mellitus y se debe referir al Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional de Niños.
 - **Si la glicemia en ayunas está entre 100 y 125 mg/dl:**
 - Se diagnóstica intolerancia a los carbohidratos
 - Referir a Pediatría a cupo y a Nutrición según Red de Servicios.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 206

Sobrepeso u obesidad con examen físico sugestivo de co-morbilidad u obesidad endógena (Tabla 3)

- Referir a Pediatría a cupo, correspondiente según Red de Servicios.
- Informar a los padres de familia o encargados, que el éxito de la intervención depende de su compromiso en el cumplimiento de las recomendaciones generales en el estilo de vida saludable (Tabla 6).
- Enviar referencia al docente de educación preescolar o educación general básica, y de existir, al equipo Coordinador RISA, haciendo constar su estado nutricional y seguimiento en el EBAIS.

Tabla 6 Recomendaciones generales de estilo de vida saludable, para los padres o encargados de los niños y niñas con sobrepeso y obesidad.

La familia debe hacer cambios en su estilo de vida, con el fin de mejorar el estado nutricional de su hijo o hija y así disminuir el riesgo de tener enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión y elevación de los niveles de colesterol o triglicéridos, entre otros.

Recuerde: Los padres son los modelos para sus hijos

Actividad física

- Los niños y niñas menores de 2 años no deben ver televisión.
- En caso de niños mayores de 2 años que vean televisión o juegan con la computadora, que no sea más de 2 horas diarias.
- Juegue con los niños y las niñas, recuerde el juego
 - Debe ser divertido, que genere muchas sonrisas
 - Amigable
 - Que participen otros niños
 - Incluir elementos como bolas, aros
 - Que tenga mucho movimiento
 - Siempre que pueda juegue en espacios exteriores

Recomendaciones alimentarias

- Limite el consumo de bebidas azucaradas
- Ofrezca a los niños y niñas frutas y vegetales
- Es importante realizar el desayuno diariamente
- Consuma alimentos en horarios establecidos
- Promueva preparar y consumir alimentos en casa
- Consumir el consumo de alimentos en familia, realizando comidas en las que los padres y

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 207

los niños coman juntos

- Prepare en la casa, meriendas saludables para que su niños o niña lleve a la escuela, evitando el consumo de comidas no saludables en las sodas de los Centros Educativos
- Recuerde: no se debe consumir alimentos viendo programas de televisión.

Recomendaciones psicosociales

- Los padres deben ser ejemplo de hábitos saludables en los niños y niñas
- Debe poner límites a los niños y niñas, en relación a los hábitos alimentarios, para que crezcan saludables, si tiene dudas al respecto consulte con el personal docente y al personal de Salud
- Evitar usar los alimentos como recompensa o castigo

Fuente. Journal Clin. Endocrinol. Metab. (December, 2008). 93(12); pp. 4576–4599

Yoon, J.M. (June, 2014). Dyslipidemia in Children and Adolescents: When and How to Diagnose and Treat? *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* Vol. 17, No. 2.

Tarducci, G. (2014). Programas de actividad física para la reducción de la vida sedentaria. Curso Abordaje Integral de la Obesidad en la niñez. INCAP.

C. Segunda cita en el EBAIS: seguimiento a los 4 meses al niño o niña con obesidad o sobrepeso asociados a factores de riesgo. (Algoritmo 3)

Durante esta consulta deben aplicarse las siguientes intervenciones:

- Realizar mediciones antropométricas y marcar los puntos según indicadores e interpretar la tendencia en las gráficas de crecimiento P/E, P/T, T/E, e IMC.
- Tomar e interpretar la presión arterial en niños y niñas mayores de 3 años (Anexo 7).
- Realizar el examen físico.
- Analizar los cambios en el estilo de vida familiar y su grado de compromiso en el cumplimiento de las recomendaciones generales indicadas (Tabla 6).
- Revisar e interpretar los exámenes de laboratorio solicitados en cita previa según Tablas 7 y 8.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 208

Tabla 7
Interpretación de la Glicemia en ayunas

<p>Glicemia en ayunas (al menos 8 horas)</p> <p>Normal: menor de 100 mg/dl Intolerancia a los carbohidratos : 100- 125 mg/dL Sospecha de diabetes mellitus \geq126 mg/dL Diabetes mellitus mayor o igual a 200 mg/dl</p>

Fuente. Copeland, K. et al. (2013). Management of Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in Children and Adolescents. Pediatrics 2013; 131; 364.

Tabla 8
Interpretación del perfil lipídico en niños y adolescentes (mg/dl)

Componentes del perfil lipídico	Niveles Aceptables	Límite superior	Altos
Colesterol total	<170	170-199	\geq 200
LDL- colesterol	<110	110-129	\geq 130
HDL colesterol	>45	40-45	---
Triglicéridos en menores de 10 años	<75	75-99	\geq 100
Triglicéridos de 10 a 19 años	<90	90-129	\geq 130

Fuente. American Academy of Pediatrics. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular. (2011). Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. Summary Report. Pediatrics; 128; S213.

National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular (2012). Health and Risk Reduction in Children and Adolescents Full Report.

Para el seguimiento del niño o niña considere lo siguiente.

De acuerdo al resultado de la glicemia en ayunas:

- **Si los resultados de la glicemia son normales:**
 - Dar de alta
 - Indicar al encargado continuar con la consulta de crecimiento y desarrollo anual.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 209

- Enviar nueva referencia para el o la docente de educación preescolar o educación general básica, informando acerca del alta y el seguimiento en crecimiento y desarrollo.
- **Si la glicemia es \geq a 200 mg/dl y tiene síntomas como polidipsia, poliuria, pérdida de peso.**
 - Referir al Servicio de Urgencias donde haya acceso a un pediatra según Red de Servicios.
- **Si la glicemia es \geq a 200 mg/dl y no tiene síntomas:**
 - Repetir glicemia en ayunas en las próximas 24 horas para confirmar diagnóstico de diabetes mellitus. Si se confirma el diagnóstico, debe referirse al Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional de Niños.
- **Si la glicemia está entre 126 y 199 mg/dl:**
 - Dar cita control en 48 horas para realizar nueva glicemia en ayunas.
 - Si este control en ayunas se reporta ≥ 126 mg/dl se confirma el diagnóstico de diabetes mellitus y debe referirse al Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional de Niños.
- **Si la glicemia en ayunas está entre 100 y 125 mg/dl:**
 - Se hace diagnóstico de Intolerancia a los Carbohidratos
 - Referir a Pediatría a cupo y a Nutrición según Red de Servicios.

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DEL PERFIL LIPÍDICO EN AYUNAS

- **Si los resultados del perfil lipídico se encuentran en los niveles aceptables:**
 - Dar de alta
 - Indicar al encargado continuar con la consulta de crecimiento y desarrollo anual.
 - Enviar nueva referencia para el o la docente de educación preescolar o educación general básica informando acerca del alta y el seguimiento en crecimiento y desarrollo.
- **Si los resultados del perfil lipídico son superiores a los niveles aceptables, sin otros hallazgos al examen físico de co-morbilidad u obesidad endógena:**
 - Referir a Nutrición según Red de Servicios
 - **Dar cita de seguimiento en el EBAIS en 6 meses** enfatizando en cambios en el estilo de vida familiar y su grado de compromiso en el cumplimiento de las recomendaciones generales indicadas.
 - Indicar nuevo perfil lipídico en ayunas.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 210

- **Si los resultados del perfil lipídico son superiores a los niveles aceptables y/o presenta hallazgos al examen físico de co-morbilidad u obesidad endógena:**
 - Referir a Pediatría a cupo, según Red de Servicios.
- **Si el niño o niña presenta LDL \geq 250mg/dl y/o TG \geq 500mg/dl:**
 - Referir al Pediatra a cupo, que corresponda, según Red de Servicios.

D. Tercera cita en el EBAIS al niño o niña con obesidad o sobrepeso con perfil de lípidos alterado (6 meses después de la segunda cita) (Algoritmo 4)

Durante esta consulta deben aplicarse las siguientes intervenciones:

- Realizar mediciones antropométricas, marcar los puntos según indicadores e interpretar la tendencia en las gráficas de crecimiento P/T, T/E e IMC.
- Tomar e interpretar la presión arterial en niños y niñas mayores de 3 años (Anexo 7).
- Realizar el examen físico.
- Analizar los cambios en el estilo de vida familiar y su grado de compromiso en el cumplimiento de las recomendaciones generales indicadas (Tabla 6).
- Revisar e interpretar el perfil lipídico solicitado según Tabla 8.
- Para el seguimiento del niño o niña considere lo siguiente:

Si los resultados del perfil lipídico se encuentran dentro de los límites aceptables (Tabla 8):

- Indicar al encargado continuar con la consulta de crecimiento y desarrollo anual.
- Enviar nueva referencia para el o la docente de educación preescolar o educación general básica, informando, acerca del alta y el seguimiento en crecimiento y desarrollo

Si los resultados del perfil lipídico son superiores a los niveles aceptables y/o presenta hallazgos al examen físico de co-morbilidad u obesidad endógena:

- Referir a Pediatría a cupo, según Red de Servicios.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 211

Para la evaluación de un niño o niña con sobrepeso u obesidad en el EBAIS, sólo se necesitan las pruebas de laboratorio indicadas en este anexo.

Pruebas adicionales deben ser indicadas por el Pediatra según criterio clínico y evolución del niño o niña.

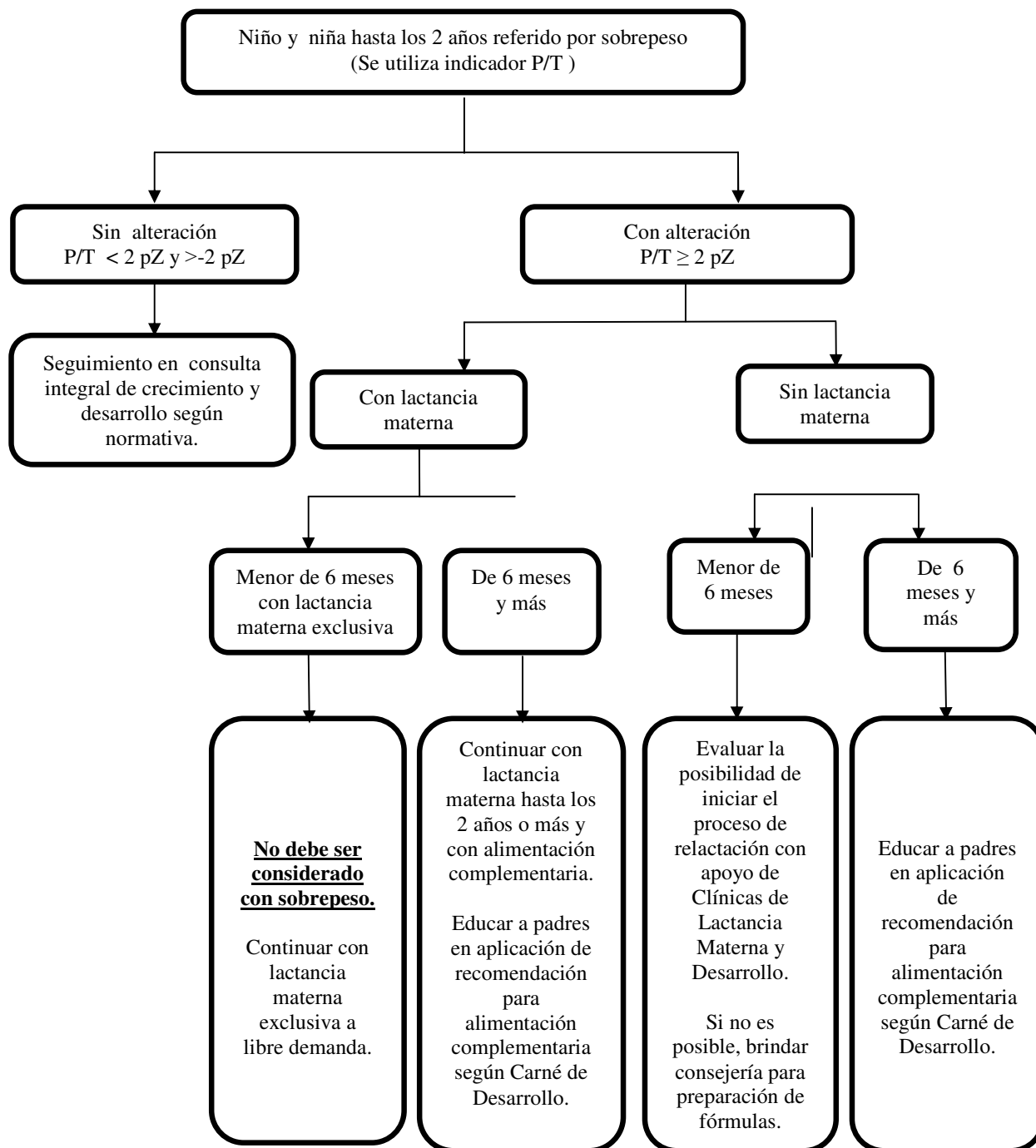
El tratamiento farmacológico para el abordaje de niños o niñas con sobrepeso u obesidad será indicado por el Pediatra según criterio clínico y evolución del niño o niña.

Resumen de Indicaciones de Referencia De Acuerdo a Red de Servicios del Niño o Niña con Sobre Peso u Obesidad desde el Primer Nivel de Atención.

Servicio al que se refiere	Indicaciones de referencia del niño o niña con sobrepeso u obesidad
Urgencias	Niño o niña con síntomas y signos de diabetes mellitus con glicemia \geq a 200 mg/dl.
Pediatría	Niño o niña con con examen físico sugestivo de co-morbilidad u obesidad endógena (Tabla 3). Niño o niña con el diagnóstico de intolerancia a los carbohidratos (Glicemia en ayunas \geq 100 hasta 126 mg/dl). Niño o niña con niveles de lípidos mayores a los aceptables luego de 6 meses de educación nutricional y control con Nutrición. Niño o niña con LDL \geq 250mg/dl y/o TG \geq 500mg/dl en la segunda consulta de seguimiento en el EBAIS.
Nutrición	Si los resultados del perfil lipídico son superiores a los niveles aceptables en la segunda consulta de seguimiento en el EBAIS. Niño o niña con diagnóstico de intolerancia a los carbohidratos.
Endocrinología Pediátrica	Niño o niña con el diagnóstico confirmado de diabetes mellitus.

Algoritmo 1.
Primera cita en el EBAIS para el abordaje de una
ganancia de peso mayor a la esperada
Niños y niñas hasta los 2 años de edad

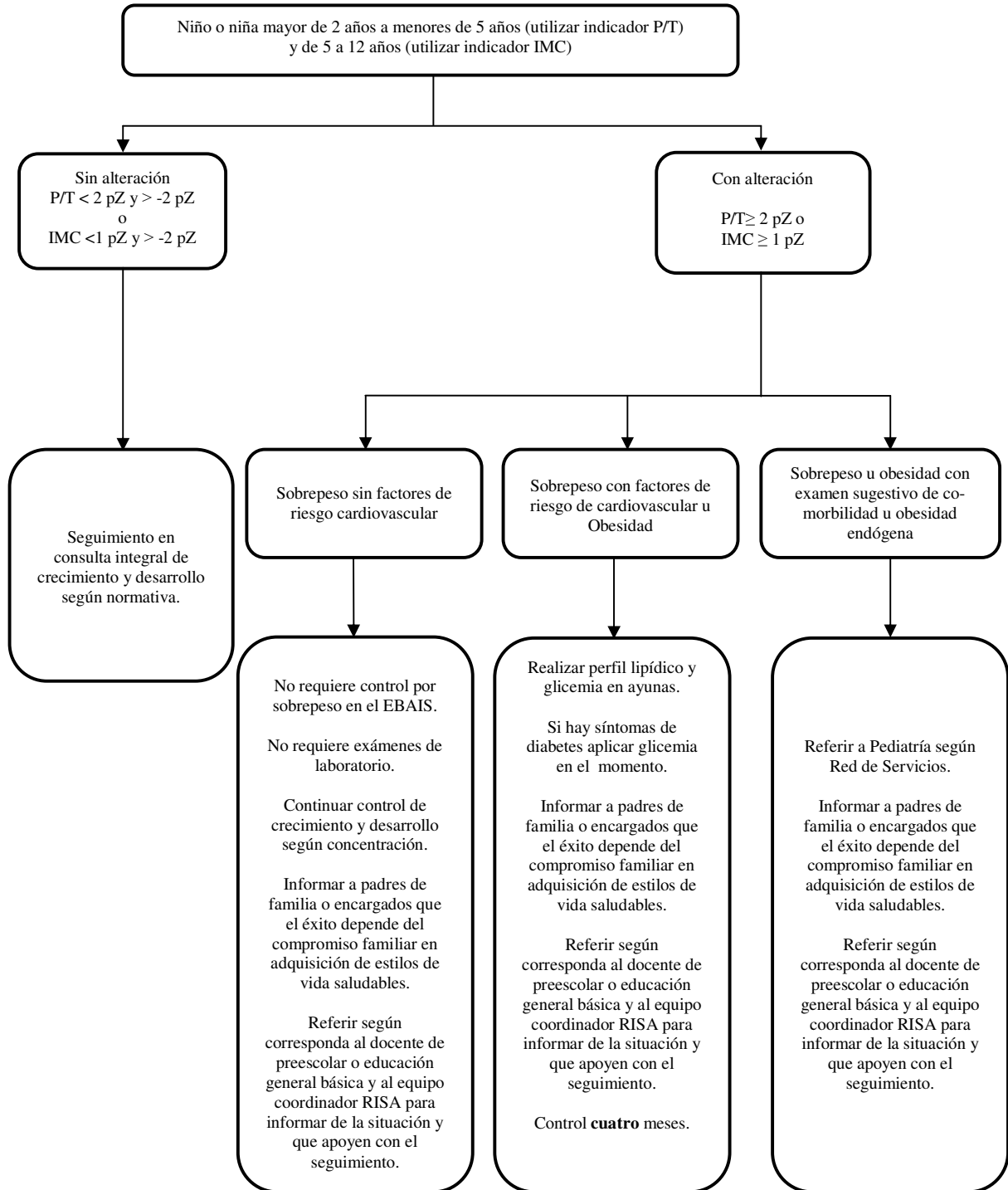
Primera cita en el EBAIS de la CCSS



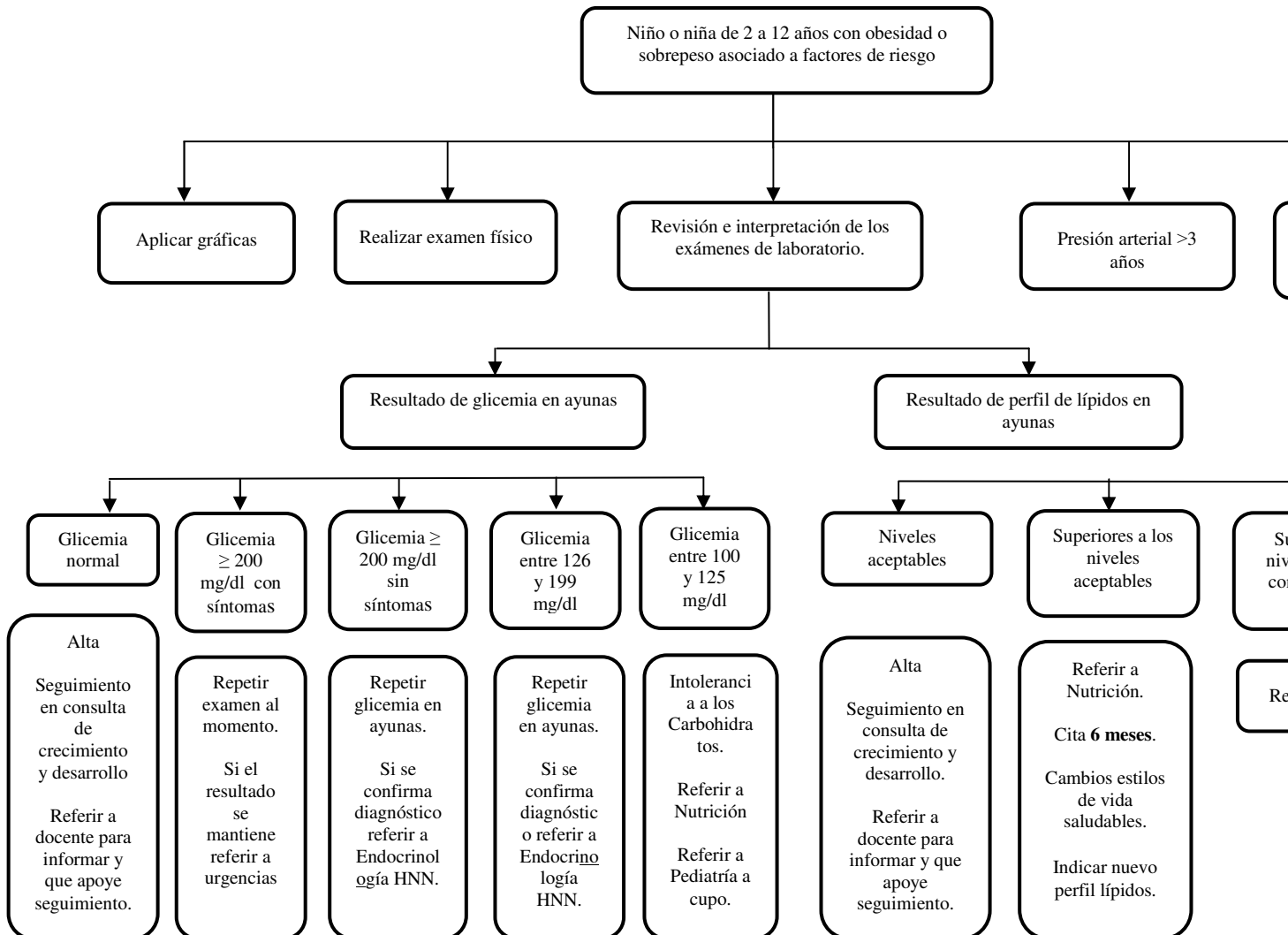
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 213

Algoritmo 2.
Primera cita en el EBAIS para el abordaje del sobrepeso u obesidad
Niños y niñas mayores de 2 años

Primera cita en el EBAIS de la CCSS

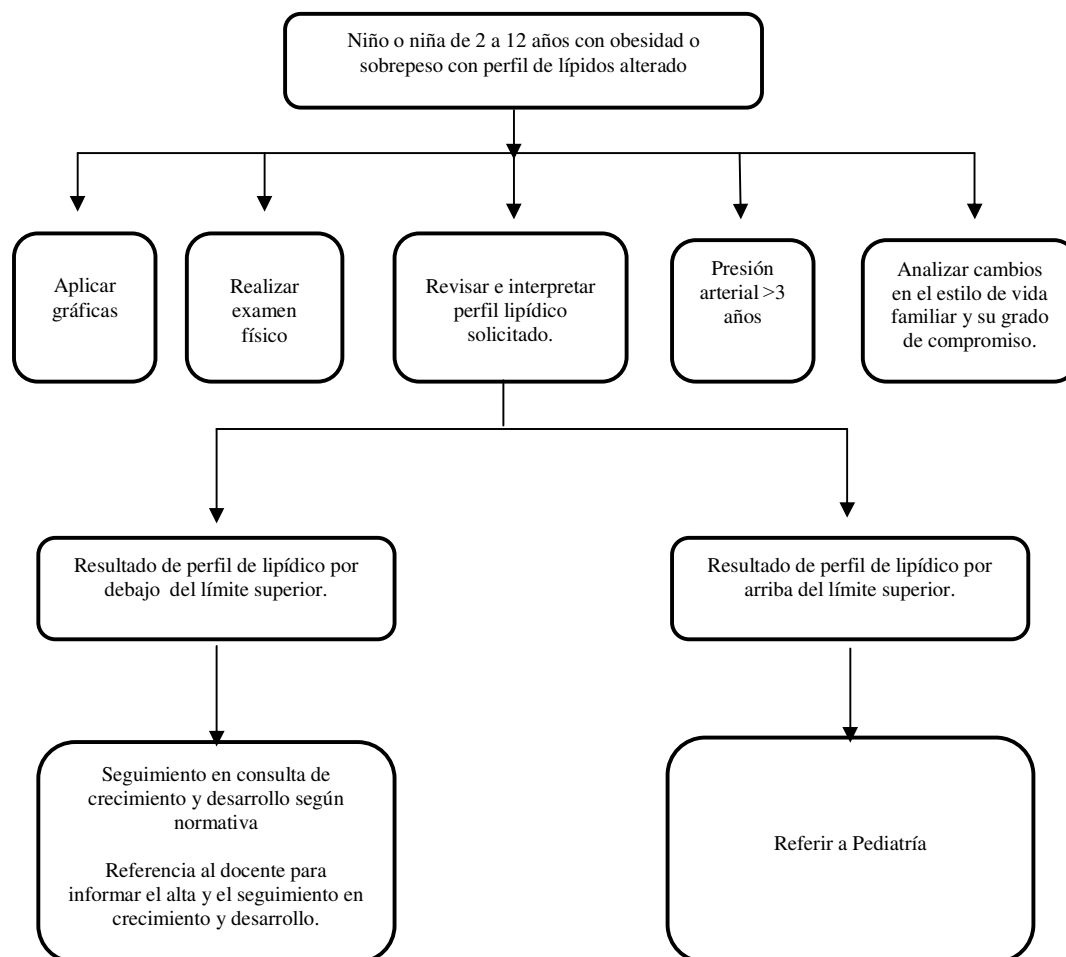


Algoritmo 3.
Atención a la obesidad o sobrepeso asociados con factores de riesgo
Niños y niñas de 2 a 12 años de edad
Cita de seguimiento a los 4 meses en el EBAIS de la CCSS



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS. 00**
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 215

Algoritmo 4.
Atención de obesidad o sobrepeso con perfil de lípidos alterado
Niños y niñas de 2 a 12 años de edad
Cita de seguimiento a los 6 meses en el EBAIS de la CCSS



Referencias bibliográficas

Álvarez, D., Sánchez, J., Gómez, G. y, Tarqui, M. (2012). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana . Rev Peru Med Exp Salud Pública; 29(3). pp. 303-313.

American Academy of Pediatrics. (2011). Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. Pediatrics: 128 (S6).

Copeland, K. et al. (2013). Management of Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in Children and Adolescents. Pediatrics 2013; 131; 364

Han, C., Lawlor, D., & Kimm. S. *Childhood Obesity-2010: Progress and Challenges*. Lancet. 2010 May 15; 375(9727): 1737–1748.NIH Public Access.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 216

- Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) (2014). Estrategia para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia de Centroamérica y República Dominicana. 2014-2025.
- Juonala, M. et al. Childhood Adiposity, Adult Adiposity, and Cardiovascular Risk Factors. *N Engl J Med* 2011; 365: 1876-1885
- J.Clin Endocrinol Metab*, December 2008, 93(12):4576–4599
- Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. (2010). Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Costa Rica.
- National Health and Medical Research Council (2013) Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Melbourne: National Health and Medical Research Council
- National Heart, Lung, and Blood Institute (2012). Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents Full Report.
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (2008). Patrones de crecimiento del niño la OMS: Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (Mayo de 2012). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311.
- OPS, OMS (2014) Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública.
- Onis, M., & Lobstein, T., (2010) Defining obesity risk status in the general childhood population: Which cut-offs should we use? *International Journal of Pediatric Obesity*, 2010; 5: 458–460.
- Romero, E., Vásquez, E., Machado, A. & Larrosa, A. (2012). Guías clínicas para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y obesidad en pediatría. Comité de Nutrición. Confederación Nacional de Pediatría, A.C. *Pediatría de México* 14: (4).
- Sarah, E. & Barlow, S. (2007). Report and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary *Pediatrics*: 120(S164).
- Skelton, J., DeMattia, L., Miller, L., & Olivier, M. (2006). Obesity and Its Therapy: From Genes to Community Action. *Pediatr Clin N Am*: 53.
- Tarducci, G. Programas de actividad física para la reducción de la vida sedentaria. Curso Abordaje Integral de la Obesidad en la niñez. INCAP. 2014
- U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. October, 2012 SUMMARY REPORT.
- Yoon, J.M. Dyslipidemia in Children and Adolescents: When and How to Diagnose and Treat? *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. Vol. 17, No. 2, June 2014
- Waters, E., et al. (2013) Interventions for preventing obesity in children. (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD001871. DOI:10.1002/14651858.CD001871.pub32011

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 217

Anexo 18

Manejo baja talla en niños y niñas

El crecimiento, es un proceso complejo en el cual intervienen diversos factores y uno de los mejores indicadores del estado de salud del niño y la niña. De hecho, el retraso en el crecimiento puede ser la primera manifestación de distintos procesos patológicos subyacentes, tanto congénitos, como adquiridos. Para la valoración de la talla, se debe considerar los distintos factores que intervienen e interaccionan en su correcto desarrollo, como:

- Factores endógenos: genéticos, hormonales, étnicos y metabólicos.
- Factores exógenos: alimentarios, afectivos y actividad física.

La baja talla: se define como la medida de la talla, que al marcar el punto (ploteo) en la gráfica talla/edad (T/E), el punto se encuentra en o debajo de la línea de - 2 puntaje Z^{75} , pero arriba de la línea de - 3 pZ para edad y sexo, en relación a la media de la población de referencia.

Baja talla severa: se define como la medida de la talla, que al marcar el punto (ploteo) en la gráfica talla/edad (T/E), el punto se encuentra en o por debajo de la línea de - 3 pZ, para edad y sexo, en relación a la media de la población de referencia.

Consulta inicial en el EBAIS para el abordaje de alteraciones en la talla

Intervenciones en caso de sospecha de baja talla:

- Aplicar gráfica T/E, si T/E esta alterado según definición, se trata de un niño o niña con baja talla, baja talla severa o con desnutrición crónica.
- A un niño o niña con baja talla, se le debe dar seguimiento por 6 meses en el EBAIS, si el Médico, posterior a estos 6 meses y con los exámenes de laboratorio pertinentes, considera que podría existir alguna patología de fondo, se refiere a la Consulta Externa de Pediatría según Red de Servicios para su valoración.
- Un niño o niña con baja talla severa, se refiere a la Consulta Externa de Pediatría según Red de Servicios para su valoración.

La referencia debe de incluir

- a. Talla de ambos padres.
- b. Resultados del hemograma, glicemia, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, examen general de orina y frotis de heces.

⁷⁵ Puntaje $Z = p Z$

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 218

Anexo 19

Manejo del perímetro cefálico alterado

Microcefalia. Se define como una medida de perímetro cefálico que al plotearla en la gráfica PC/E, el punto se encuentra por debajo de la línea del -2 puntaje Z para edad y sexo en relación a la media de la población de referencia.

Microcefalia primaria. Es aquella que se presenta cuando el cerebro no logra completar su desarrollo embrionario normal por lo que el niño o niña presenta un perímetro cefálico anormal desde el nacimiento.

Microcefalia secundaria. Es aquella que se presenta cuando el cerebro logró completar un desarrollo embrionario normal pero sufrió de un daño que altera su desarrollo posterior. El niño o niña nació con un perímetro cefálico normal y luego, este crecimiento se detuvo o es menor de lo esperado en la gráfica PC/E, hasta ubicarse por debajo del -2 puntaje Z.

Macrocefalia. Se define como la medida del perímetro cefálico, que al plotearlo en la gráfica perímetro cefálico/edad (PC/E) el punto se encuentra por encima de la línea de 2 puntaje Z para edad y sexo en relación a la media de la población de referencia.

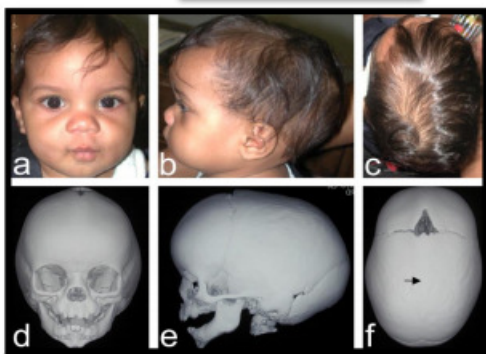
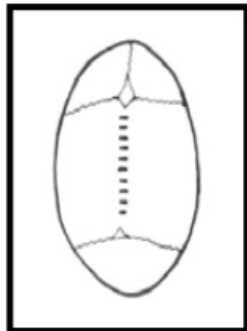
El crecimiento cefálico está íntimamente relacionado con el crecimiento del cerebro y con la circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR); cualquier entidad que condicione un aumento del tamaño del cerebro, o de la cantidad de LCR va a reflejarse en el tamaño del cráneo.

Craneosinostosis. Cierre precoz de las suturas y fontanelas craneales del niño o niña que producen una deformidad evidente en la forma del cráneo. La fontanela anterior, situada en la unión entre el frontal y los parietales, intersección de las suturas metópica, coronal y sagital, se cierra normalmente hacia los 9 a 18 meses de edad. La fontanela posterior, localizada entre las suturas lambdoidea y sagital, se cierra entre los 3 a 6 meses de edad. La sutura metópica se cierra entre los 9 a 24 meses y las suturas sagital, coronal y lambdoidea, continúan hasta los 40 años aproximadamente.

Formas de cráneo anormal por craneosinostosis

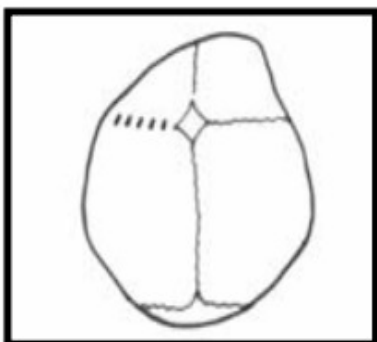
Sinostosis Sagital. Recibe el nombre de escafocefalia o dolicocefalia. Es la más común de las craneosinostosis, se clasifica como simple, debido a que afecta una sola sutura; 80% de los casos suceden en hombres. Se encuentra alargado el diámetro A-P, con prominencia frontal y occipital, por el contrario, el diámetro biparietal se encuentra acortado, se palpa cresta sagital.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 219



- Paciente con Escafocefalia**
- a) Vista Frontal
 - b) Vista lateral
 - c) Vista Superior
 - d) Vista Frontal TC en 3D
 - e) Vista lateral TC en 3D
 - f) Vista superior TC en 3D, se observa la fusión de la sutura sagital.

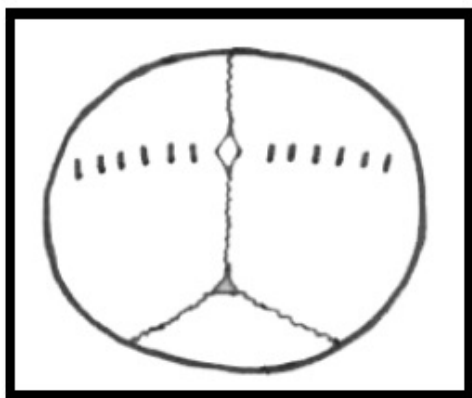
Sinostosis Coronal. Es más común en mujeres. A la fusión prematura de la sutura coronal unilateral, se le denomina plagiocefalia anterior, clínicamente se observa: aplanamiento frontal del lado afectado o concavidad supraocular, el margen supraorbitario está más elevado que el lado normal (signo del ojo de arlequín en la radiografía), además se observa protuberancia frontotemporal compensadora contralateral. La órbita rota hacia afuera en el lado afectado, lo cual puede producir ambliopía. Sin tratamiento, se desarrollan mejillas aplanadas y la nariz se desvía hacia el lado normal.



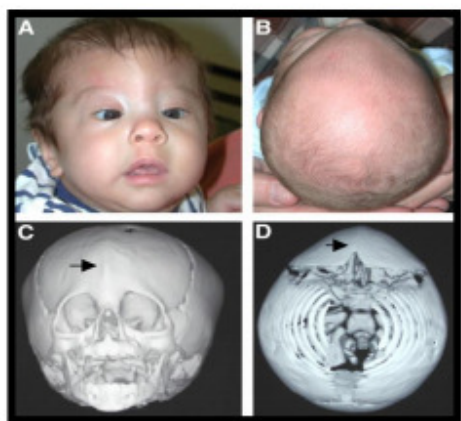
La craneosinostosis coronal bilateral ocasiona la llamada braquicefalia, la cual se manifiesta con frente ancha y aplanada (acrocefalia). Se encuentra acortado el diámetro A-P y aumentado el diámetro biparietal.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 220

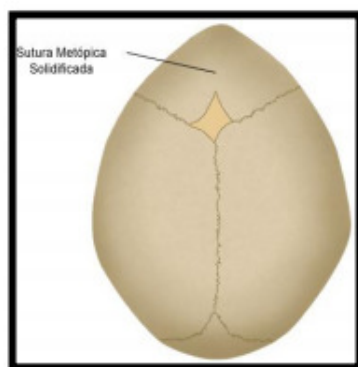
El 30% de las plagiocefalias anteriores y el 60% de las braquicefalias se asocian a malformaciones congénitas, como la sindactilia y cardiopatías congénitas.



Sinostosis metópica. El cierre anormal de esta sutura da una frente puntiaguda con una cresta medial, a lo que se le llama trigonocefalia. La mayoría de ellos tienen una anomalía en el cromosoma 19p además de retraso mental. Se asocia con alteraciones en la línea media, como holoprosencefalia.

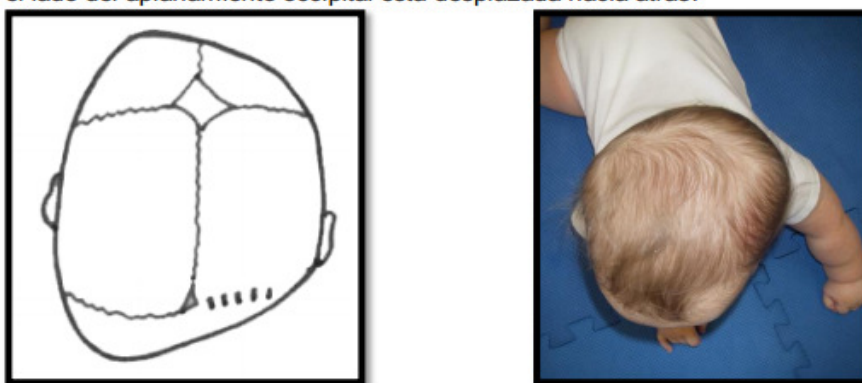


Paciente con Trigonocefalia
a) Vista Frontal
b) Vista Superior
c) Vista Frontal TC en 3D, se observa la fusión de la sutura frontal.
d) Vista superior TC en 3D, se observa la fusión de la sutura.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 221

Sinostosis Lambdoidea. Se le considera una anomalía poco frecuente con un reporte de incidencia de 1-9% de las craneosinostosis, los reportes recientes sugieren un aumento en la incidencia de 10-20%, lo cual podría deberse a un actual incremento o simplemente al mayor conocimiento de los criterios diagnósticos. Es más común en varones (4:1) y el lado derecho es el afectado en el 70% de los casos.



Sinostosis de todas las suturas. La oxicefalia hace referencia a la fusión bilateral de las suturas coronal y sagital, dándole a la cabeza una forma de cono. Esta condición cursa con microcefalia, hipertensión intracraneal y complicaciones neurológicas.



Consulta inicial en el EBAIS para el abordaje de alteraciones en el perímetro cefálico

Intervenciones en caso de sospecha de microcefalia

- Medir perímetro cefálico a todo niño o niña hasta los 3 años de edad. Verificar medida ante sospecha de error en la misma.
- Si esta medida, al plotearla en la gráfica PC/E, el punto se encuentra por debajo -2 puntaje z para edad y sexo, hacemos el diagnóstico de microcefalia.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 222

- Definir si se trata de microcefalia primaria o secundaria de acuerdo al perímetro cefálico del nacimiento.
- Realizar examen físico y neurológico incluyendo valoración del desarrollo.
- Si hay alteraciones del examen físico o desarrollo para la edad, debe enviarse a Consulta Externa de Pediatría según Red de Servicios para su valoración.
- Si el examen físico y neurológico del niño o niña es normal, continuar con el seguimiento de la consulta de crecimiento y desarrollo según lineamiento. Si en la siguiente cita de seguimiento, el PC sigue por debajo -2 puntaje Z, referir a Consulta Externa de Pediatría según Red de Servicios para su valoración.

Intervenciones en caso de sospecha de craneosinostosis

- Además de medir el perímetro cefálico y plotearlo en la gráfica PC/E, se debe tener en cuenta la forma de la cabeza (palpación de alguna prominencia ósea sobre la sutura sospechada) por el cierre de las suturas.
- Si hay sospecha de craneosinostosis, referir con criterio de urgencia a la Consulta Externa de Pediatría según Red de Servicios para su valoración.

Intervenciones en caso de sospecha de macrocefalia

- Medir perímetro cefálico a todo niño o niña hasta los 3 años de edad.
- Si esta medida, al plotearla en la gráfica PC/E, el punto se encuentra por encima de la línea de 2 puntaje z para edad y sexo, hacemos el diagnóstico de macrocefalia.
- Debe de tomar en cuenta la velocidad de crecimiento del perímetro cefálico para la edad, sexo y edad gestacional, a razón aproximadamente de 2 cm/mes en el primer trimestre luego del nacimiento, 1 cm/mes en el segundo trimestre y 0.5cm/mes luego de los 6 meses de edad hasta el año. Recordar que en el niño o niña prematuro esta velocidad puede ser normalmente mayor.
- Realizar examen físico y neurológico incluyendo valoración del desarrollo.
- Si hay alteraciones del examen físico o desarrollo para la edad, debe enviarse con carácter de urgente a Consulta Externa de Pediatría según Red de Servicios para su valoración.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 223

- Si no hay alteraciones del examen físico o desarrollo para la edad, debe enviarse a cupo a Consulta Externa de Pediatría según Red de Servicios para su valoración.
- En todo caso, enviar copia de gráfica de PC/E para valoración y análisis por parte de médico Pediatra.
- Si hay síntomas sospechosos de hidrocefalia o lesión espacio ocupante: Cefaleas, vómitos, irritabilidad, somnolencia, rechazo de la alimentación, alteraciones en la marcha, síndrome cerebeloso, alteraciones de pares craneales, edema de papila, déficit motor, convulsiones o trastornos oculares como estrabismo, signos del sol poniente, alteraciones de la mirada vertical conjugada, nistagmus; debe referirse con carácter urgente al Servicio de Emergencias del Hospital o Área de Salud que cuente con Servicio de Pediatría, según el área de atracción y la Red de Servicios.

Referencias bibliográficas

Martí, H. y Cabrera, L. (2008). Macro- y microcefalia. Trastornos del crecimiento craneal. Sección de Neuropediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Neurología Pediátrica.

Servicio de Salud metropolitano Norte. Ministerio de Salud (2014). Guía Clínica de microcefalia y macrocefalia. Hospital de Niños Roberto del Río.

Peñas, G. y Andújar, R. (2003). Alteraciones del perímetro craneal: microcefalia y macrocefalia. *Pediatr Integral*, VII (8): pp. 587-600.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.220216
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 224

REFERENCIAS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	Página N° 225

Arreola, L., Bolaños, S. y Mata, A. (2013). Atención integral del usuario(a). Alta Programada y Servicios de Apoyo. (2° ed.). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Asamblea General. Organización de Naciones Unidas. (1989). Convención de los Derechos del Niño. Fuente: www.unhcr.ch/spanish/html. Recuperado el 23 de junio de 2008.

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1996). Ley 7600. Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1998). Reglamento, Ley 7600. Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 7739. Editado por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Atención integral del desarrollo de niñas y niños en Costa Rica: fortalecimiento intersectorial (2012). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social. Ministerio de Educación Pública. Ministerio de Salud. Universidad Estatal a Distancia. Universidad de Costa Rica. Universidad Nacional.

Bolaños, S., Arreola, L. y Mata, A. (2010). Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Caja Costarricense de Seguro Social (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025: Políticas Institucionales 2007-2012, Planeamiento Estratégico Institucional y Programa de Inversiones. San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social-Gerencia Médica-Dirección Proyección de Servicios de Salud. (Marzo, 2008). Identificación de la oferta instalada en las sedes de áreas de salud, su clasificación según complejidad observada y propuesta de reforzamiento con visión de largo plazo según perfil epidemiológico, demográfico, factores condicionantes y brechas detectadas. San José, Costa Rica: Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2010). Plan de Atención a la Salud de las Personas 2012-2021. San José, Costa Rica: CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>MP.GM.DDSS.220216</i>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y LA NIÑA/PRIMER NIVEL DE ATENCION	Página N° 226

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2010). Estrategia Nacional para el logro de la excelencia en la gestión de los servicios de salud. Manuscrito no publicado.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). Guía de atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de abuso. San José Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

OPS/OMS. (2008). La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2). Washington D.C: OPS.

OPS-OMS. (2008). Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No 1. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el Desarrollo de los equipos de APRS. Washington D.C: OPS.

OPS-OMS. (2010). Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No 4 Redes integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Salud. Opciones de Política y Hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington D.C: OPS.

Programa Estado de la Nación. (2009). Decimoquinto Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica: Programa Estado de la Nación.

Sand, Nina, Silverstein, Michael, Glascoe, Frances P., Gupta, Vidya B., Tonniges, Thomas P. y O'Connor, Karen G. (Julio, 2005). Pediatricians' Reported Practices Regarding Developmental Screening: Do Guidelines Work? Do They Help?. Pediatrics. Vol. 116, No. 1. [Reporte de Pediatras respecto al desarrollo de tamizajes: guían o ayudan]. pp. 174-179 (doi:10.1542/peds.2004-1809).