

**PROTOCOLO DE ATENCION
PRIMERA INFANCIA (7 días – 5 Años 11 meses y 29 días)**



E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA
La Cumbre - Valle

Aicardo Solís
Gerente 2024-2028

70-44.06

INTRODUCCION

Hace referencia al momento vital o etapa que comprende el desarrollo de los niños y las niñas desde los 7 días hasta los 5 años de vida los niños y las niñas desde su nacimiento hasta los 5 años son sujetos de derechos y, en cuanto tales, seres sociales únicos, irreductibles, activos y con subjetividad propia. Esta concepción implica que se consideran seres humanos dignos, amparados por los derechos propios a su naturaleza y particular momento del ciclo vital. Es un momento crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social; además de ser decisivo para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social. En este momento de la vida las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades.

ANAMNESIS

Objetivo: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente identificando factores de riesgo perinatales, durante el parto y posparto que puedan influir a futuro en la salud del paciente con un objetivo diagnóstico.

Incluye indagación de antecedentes personales.

Antecedentes médicos, personales. Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud. Incluye Consultas urgencias, condiciones crónicas o agudas, etc. Hospitalario, farmacológico, alergias, quirúrgico, vacunación.

-Verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje neonatal (auditivo, errores innatos del metabolismo, cardiopatía congénita).

-Indagar sobre el proceso de los hitos del desarrollo del niño(a), adaptación en entornos de educación inicial. Evaluar por el desarrollo del lenguaje y del habla.

-Antecedentes familiares: enfermedades hereditarias, asma, tuberculosis, dermatitis atópica, problemas de desarrollo infantil, antecedente de muerte en hermanos, antecedentes de salud mental en los padres (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, entre otros), conducta suicida, consumo de alcohol, otras sustancias psicoactivas, exposición a violencia, incluye maltrato infantil, matoneo, abandono, negligencia, víctimas del conflicto armado, divorcio de los padres.

- Alimentación en los niños menores de 6 meses, frecuencia y forma en la que lacta (postura, agarre y succión), alimentación de la madre, cuidado de los senos, inconvenientes con la lactancia. En caso de que no lacte se deberá explorar por el tipo, frecuencia, cantidad y modo de preparación y administración de la leche de fórmula.

Para confirmar la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses preguntar lo siguiente:

. Durante el día de ayer o anoche

70-44.06

¿.....? Recibió alguno de los siguientes líquidos: agua, agua aromática, jugo, ¿te?
 . Durante el día de ayer o anoche ¿...? ¿Recibió leche de fórmula?
 . Durante el día de ayer o anoche ¿...? ¿Recibió algún alimento como sopa espesa, puré, papilla o seco?

De ser positivo se comprenderá que ya está con alimentación complementaria, por lo cual no es lactancia materna exclusiva. Lo único que se acepta es jarabe, suero oral, gotas.
 Los niños con los siguientes factores de riesgo se les deben ordenar una prueba de Hemoglobina y según el resultado derivar a RIAS para población con riesgo alteraciones nutricionales:

- Hijos de madres sin control prenatal durante la gestación, inicio de la gestación con bajo peso, bajo peso durante la gestación, madre adolescente, anemia durante la gestación
- En caso de madres con antecedente de bajo peso para la edad gestacional y/o delgadez durante el periodo de lactancia.
- Consumo de leche de vaca u otros alimentos en los primeros seis (6) meses sin suplemento de hierro.
- Rezago en el crecimiento.
- Infecciones recurrentes o antecedente de infección controlada en el último mes.
- Establecimiento de rutinas y hábitos saludables relacionados con:
 - . Sueño (cuántas veces y cuánto tiempo duerme, dónde duerme, cómo y con quién duerme, rutina para dormir y medidas para hacer el sueño seguro),
 - . Baño, cambio de pañal (cuántas veces al día, características de la deposición), lavado de manos del cuidador y de la niña(o),
 - . Cuidado bucal (desde el recién nacido) y cepillado de dientes,
 - . Foto protección
 - . Evolución del control de esfínteres a partir de dos (2) años y limpieza del área perineal
 - . Juego ó movimiento activo de acuerdo a la edad (cuánto tiempo suma al día).
- Prácticas de crianza y cuidado:
 - . Formas de comunicación con el niño (expresión del afecto al niño, reconocimiento de los gustos o preferencias del niño)
 - . Actividades para estimular el desarrollo (incluyendo la exposición a televisión o videojuegos) y el juego, cómo se relaciona con su familia y con otras personas y niños.
 - . Conocimiento sobre cuándo está enfermo y qué hacer
 - . Creencias, prácticas e inquietudes sobre el establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono contra niños y niñas, manejo de rabietas y pataletas, refuerzos positivos)
 - . Vivencia de violencia en el hogar (testigos, exposición al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, o si al interior de la familia se dan formas de ejercer autoridad y poder que legitiman el uso de la violencia)
 - . Prevención de accidentes (movilidad –uso de silla especial trasera, cinturón de seguridad, casco-, en la casa, espacios abiertos).
- Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia. A través del Familiograma

70-44.06

EXAMEN FÍSICO

Es un conjunto de técnicas de exploración clínica que darán cuenta del estado de normalidad de salud que presenta una persona. Forma parte de la valoración de enfermería.

Examen físico general:

. Postura y posición, higiene corporal y vestuario, estado nutritivo, conductas y reacciones del niño(a).

PRINCIPIOS GENERALES:

- . Lugar apropiado, privacidad, temperatura ambiental, buena iluminación.
- . Explicar al acudiente procedimientos y pedir su cooperación.
- . Niño(a) siempre con su cuidador.
- . Al examinar al niño(a): hablarle y observar sus reacciones.
- . Realizar todas las técnicas con suavidad en un tiempo razonable, con manos secas/tibias.
- . Orden céfalo caudal
- . La técnica debe ser siempre comparativa simétrica.

Para recordar: Guardar el secreto profesional, evitar comentarios innecesarios, ser veraz y objetivo al informar y educar, registrar la información, Individualidad: cada niño(a) es único.

. Implementación (insumos):

Camilla, lavamanos, carné de salud infantil, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, tablas de percentiles de tensión arterial para niños y para niñas, lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, Escala Abreviada de Desarrollo y kit de materiales para la aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo; Test m-Chat, cuestionario VALE, familiograma, APGAR familiar. Así mismo, se debe garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico (fonendoscopio, equipo de órganos, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsioxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual etc.), balanza pesa bebé y balanza de pie, infantómetro y tallímetro.

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son:

- . Escala Abreviada de Desarrollo
- . Tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional
- . Cuestionario VALE
- . Apgar familiar.

Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de las niñas y niños.

Agudeza Visual:

Literalmente, es la nitidez de la visión. La agudeza visual se mide por la capacidad para identificar letras o números en una tabla optométrica estandarizada desde una distancia de visualización específica.

La agudeza visual es una medida estática y significa que la persona no se mueve durante la prueba, y que las letras o números que está viendo también están inmóviles.

Además, la agudeza visual se prueba bajo condiciones de alto contraste: las letras o los números que aparecen en la tabla optométrica son negros y el fondo es blanco, aunque la

70-44.06

prueba de la agudeza visual es muy útil para determinar la relativa claridad de la vista en condiciones estandarizadas, no es un diagnóstico de la calidad de la visión en todas las situaciones.

Por ejemplo, no puede diagnosticar qué tan bien puede ver la persona si:

- Los objetos son similares en brillo al fondo detrás de ellos.
- Hay objetos coloreados.
- Hay objetos en movimiento.

Hay tres grandes factores físicos y neurológicos que determinan la agudeza visual:

1. La precisión con que la córnea y el cristalino del ojo enfocan la luz sobre la retina.
2. La sensibilidad de los nervios de la retina y de los centros de la visión en el cerebro.
3. La capacidad del cerebro para interpretar la información recibida de los ojos.

Únicamente la luz que es enfocada en una muy pequeña y altamente sensible porción central de la retina (llamada mácula) influye en las mediciones de la agudeza visual obtenida durante el examen de la vista.

Se debe valorar la agudeza visual a partir de los tres (3) años de edad usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks).

Medidas Antropométricas:

Es el método más utilizado para la evaluación y el monitoreo del estado nutricional de los individuos, desde las etapas tempranas hasta la vejez. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. Estas mediciones combinadas entre sí o con la edad forman los llamados indicadores del estado nutricional.

El cuidado en la determinación del peso y la talla nos permite obtener medidas de alta calidad que aseguran un diagnóstico correcto. Además, la antropometría constituye una de las bases principales para evaluar los beneficios que pueden producir las intervenciones nutricionales y el mejoramiento de los servicios de salud y de saneamiento del medio, por lo tanto es de suma importancia que la toma de estas medidas sean lo más exactas posibles, siguiendo técnicas adecuadas.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica. Progresión de peso (expresado en gramos por día o por semana).

Procedimiento para la toma de peso en balanza de plataforma:

Descripción:

1. Están diseñados para su uso en clínicas.

70-44.06

2. Funciona con sistema de pesas: 1 pesa grande ubicada en la varilla graduada cada 10 kg, y una pesa pequeña ubicada en la varilla graduada cada 0,1; 0,5 y 1 hasta 10 kilogramos. También hay balanzas graduadas solo en libras.
3. Sirve para pesar niños mayores de 2 años, adolescentes y adultos hasta 140 kg
4. Tiene graduaciones cada 100 g y permite leer en forma directa el peso de niños y adultos.

Técnica:

1. Ubicar la balanza en una superficie lisa y plana.
2. Colocar ambas pesas en "0" (cero), el extremo común de las varillas debe mantenerse sin movimiento en la parte central de la abertura. En caso que no sea así, realizar los ajustes con el tornillo calibrador.
3. Pedir a la madre que le quite los zapatos y ropa al niño/a.
4. Ubicar al niño/a de pie en el centro de la plataforma de la balanza con los brazos a lo largo del cuerpo.
5. Mover la pesa grande hasta que el extremo común de ambas varillas no se mueva.
6. Mover la pesa pequeña hasta que el extremo común de ambas varillas se ubique en la parte central de la abertura que lo contiene.
7. Hacer la lectura en kilogramos y un decimal que corresponde a 100 gramos (ejemplo: 7,1 kg).

Balanza Digital:

La balanza pesa bebés es un dispositivo que permite medir y determinar el peso corporal de los bebés o niños pequeños incluso si están inquietos para controlar su desarrollo.

Técnica:

1. Retirar la ropa y pañal desechable del bebé
2. Colocar una sábana sobre la balanza para evitar molestia al bebé por el frío de esta.
3. Encender la balanza
4. Ubicar al bebé sin ropa sobre la balanza.

El rango de medición usual en la balanza pesa bebés suele ser de 0 kg a 15 kg. El uso regular de la balanza pesa bebés permite controlar el peso y, en caso de sobrepeso o delgadez, tomar las medidas oportunas.

Procedimiento para la Toma de TALLA: (longitud o estatura)

Las partes del infantómetro/Tallímetro son:

1. Tope fijo en el borde externo
2. Base con cinta métrica
3. Tope Móvil o escuadra

70-44.06

Puntos importantes:

Para realizar la medición de la talla, ya sea longitud o estatura, requiere la participación de dos personas. En las instrucciones que se brindan a continuación se emplean los términos de técnico y asistente para diferenciar funciones que le corresponde a cada uno de ellos al momento de la medición.

En la mayoría de los casos, el asistente, va a estar representado por la madre o encargado de la niña/niño.

Medición de la longitud/Niño(a) menor de 2 años:

Técnica:

1. Ubique el infantómetro sobre una superficie dura y plana.
2. Solicitar a la madre que le quite al niño zapatos, calcetines, gorro, ganchos, colas y que ayude a acostarlo en el infantómetro.
3. El enfermero debe colocarse al lado derecho del niño (a) para que pueda sostener el tope móvil inferior del infantómetro con su mano derecha.
4. Coloque al asistente, detrás de la base del infantómetro para que sostenga con sus manos la cabeza del niño (a) por la parte de atrás y que lentamente la coloque sobre el infantómetro.
5. El asistente debe colocar sus manos sobre los oídos del niño (a) sin presionarlas, asegurándose que la cabeza del niño toque la base del infantómetro de modo que mire en sentido recto, hacia arriba.
6. La línea de visión del niño (a) debe ser perpendicular al piso. La cabeza del asistente debe estar en línea recta con la cabeza del niño (a) y debe mirar hacia los ojos del niño (a).
7. El enfermero sostiene el tronco del niño y si la madre no está haciendo las veces de asistente, pídale que se coloque en el lado izquierdo del niño (a) para se mantenga calmado.
8. Asegúrese que el tronco del niño (a) esté apoyado en el centro del infantómetro y con su mano izquierda presione firmemente los tobillos o las rodillas del niño contra el infantómetro.
9. Luego con la mano derecha coloque el tope móvil del infantómetro firmemente contra toda la superficie de la planta del pie.
10. Verifique la posición correcta del niño, lea la medición y registre el dato aproximándolo al 0,1 cm. inmediato inferior el cual es la última línea que usted es capaz de ver, lea en voz alta la medida y registre el dato en la hoja de evaluación.
11. Retire el tope móvil inferior del infantómetro y pida a la madre que cargue al niño/a y que lo vista y calce nuevamente.

Medición de la estatura de un niño/a mayor de 2 años:

1. Ubique el Tallímetro en una superficie plana contra una pared, asegurándose de que quede fijo.
2. Solicitar a la madre que le quite al niño/a zapatos, calcetines, gorro, ganchos, colas, trenzas y que coloque al niño/a sobre el tallímetro.

70-44.06

3. El asistente debe ubicar los pies del niño/a juntos en el centro y contra la parte posterior del tallímetro; las plantas de los pies deberán tocar la base del mismo.
4. El asistente debe poner su mano derecha justo encima de los tobillos del niño/a, su mano izquierda sobre las rodillas del niño y empujarlas contra el tallímetro, asegurándose de que las piernas del niño/a estén rectas y que los talones y pantorrillas estén pegados al tallímetro.
5. El asistente le comunica al técnico cuando haya ubicado correctamente los pies y las piernas del niño/a.
6. El técnico pide al niño/a que mire directamente hacia el asistente o hacia su madre, si ella se encuentra frente a él. Asegúrese de que la línea de visión del niño/a sea paralela al piso.
7. El enfermero coloca la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón del niño/a. se fija que los hombros del niño(a) estén rectos, que sus manos descansen rectas a cada lado y que la cabeza, omóplatos y nalgas estén en contacto con el tallímetro.
8. El enfermero con su mano derecha baja el tope móvil superior del tallímetro hasta apoyarlo con la cabeza del niño/a. Asegúrese de que presione sobre la cabeza.
9. Verifique la posición correcta del niño, lea la medición y registre el dato aproximándolo al 0,1 cm. inmediato inferior el cual es la última línea que usted es capaz de ver, lea en voz alta la medida y registre el dato en la hoja de evaluación.
10. Retire el tope móvil y pida a la madre que cargue al niño/a y que lo vista y calce nuevamente.

Neurológico: Un examen neurológico, o exploración neurológica, es una evaluación del sistema nervioso del niño (a) que puede llevarse a cabo en el consultorio del médico o Enfermera. Se puede realizar con instrumentos tales como linternas y martillos para los reflejos, y en general, no es dolorosa.

El sistema nervioso está formado por el cerebro, la médula espinal y los nervios de estas áreas. El examen neurológico consta de varios aspectos, entre los que se incluyen la evaluación de las habilidades motoras y sensoriales, el equilibrio y la coordinación, el estado mental (el nivel de consciencia del niño y su interacción con el entorno), los reflejos y el funcionamiento de los nervios.

La magnitud del examen depende de muchos factores como, por ejemplo, el problema inicial que padece el niño, su edad y su cuadro clínico.

¿Por qué se realiza un examen neurológico?

Es importante realizar una evaluación completa y minuciosa del sistema nervioso de su hijo si existen motivos para sospechar que podría haber algún problema subyacente, o durante un examen físico completo.

El daño al sistema nervioso puede causar retrasos en el desarrollo y el funcionamiento normal de un niño, y la detección precoz puede ayudar a identificar la causa y disminuir las complicaciones a largo plazo.

Otros aspectos físicos:

70-44.06

Se debe examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos. Se debe examinar la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas. Es necesario verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia) y descartar la presencia de hernias, la identificación de deformidades y/o alteraciones rotacionales o angulares en los miembros inferiores. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis). Indagar sobre la presencia de tos persistente, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, fiebre mayor de ocho (8) días de evolución e indagar contacto reciente con una persona con tuberculosis.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

En caso de madres con antecedente de bajo peso para la edad gestacional o delgadez durante el periodo de lactancia, se recomienda administrar al niño, desde el nacimiento, un suplemento que aporte 1 mg/kg/día de hierro elemental hasta que se introduzca la alimentación complementaria adecuada, excepto en el caso que el niño o niña a término sea alimentado desde el nacimiento con fórmula láctea.

. Fortificación casera con micronutrientes en polvo entre los 6 y 23 meses con un ciclo cada seis meses

. Suplementación con hierro y vitamina A.

Ordenar prueba de hemoglobina si durante la valoración se identifican factores de riesgo.

Esquema de vacunación:

Es importante generar conciencia sobre la importancia de estar al día con el esquema de vacunación ya que de esto depende la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles y la estimulación para producir anticuerpos que luego actuaran protegiendo frente a futuras infecciones, ya que el sistema inmune podrá reconocer el agente infeccioso y destruirlo.

70-44.06

Edad de aplicación de las vacunas en la primera infancia:

Recién nacido 2 meses 4 meses

Un año

7 meses

6 meses

18 meses 5 años

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo, se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación. Durante la consulta se debe aplicar el cuestionario VALE. Así mismo, debe verificarse la realización del tamizaje auditivo neonatal; en caso de no contar con este tamizaje en los tiempos establecidos por la ruta integral de atención en salud materno – perinatal se debe ordenar y garantizar la toma en los primeros tres (3) meses de vida.

Valoración de la salud bucal: Dirigida a realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si se identifica exposición a lesiones en los niños o niñas por consumo de sustancias psicoactivas del padre o madre, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Si se identifica algún factor de riesgo como trastorno mental, convulsiones o ausencias, situaciones o momentos significativos (duelo o pérdidas), alteraciones o anomalías relacionadas con la salud mental o neurológica, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia; o a la atención resolutoria por profesional especializado, psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo.

Información en salud:

70-44.06

Debe hacerse siempre según los hallazgos, las necesidades identificadas en la consulta y las inquietudes o necesidades expresadas por el niño, padres o cuidadores. Por lo tanto, se recomienda tener en cuenta información sobre:

- prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos.
- prevención de violencias, promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo, de la adecuada alimentación.
- prácticas para la adecuada manipulación de alimentos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos; promoción de hábitos y estilos de vida saludables, evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas, de cuidado del oído y la visión.
- Hábitos de higiene personal y de cuidado bucal, alertas tempranas de las pérdidas auditivas, conductas protectoras incluyendo normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento de los ambientes tranquilos que propicien una audición segura.
- Promoción de la salud mental; de prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón).
- Signos de alarma para enfermedades prevalentes de la infancia, asma, tuberculosis, manejo adecuado en casa y educar para consultar a urgencias en los casos necesarios.
- Se debe incluir información sobre derechos de los niños, derecho a la salud, y mecanismos de exigibilidad de los mismos.
- De forma especial para los niños menores de seis (6) meses, se recomienda informar sobre las medidas y estrategias para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, aprender a reconocer el llanto en el bebé y sus necesidades.
- El establecimiento de prácticas de cuidado especiales como el baño y el cambio de pañales, las medidas para la prevención de la muerte súbita del lactante, signos de alarma y manejo básico de las condiciones prevalentes de la infancia (gripa, diarrea y fiebre), prevención de accidentes, inicio de la alimentación complementaria y pautas para la estimulación del desarrollo.
- De manera general brindar información sobre los derechos de las madres, la importancia del empoderamiento de las mujeres para trabajar actividades de cuidado para ella y sus hijos, así como promover el fortalecimiento del rol del padre como cuidador de sus hijas e hijos.

PRIMERA INFANCIA

2 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría: Peso - talla - perímetro cefálico.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica. Progresión de peso (expresado en gramos por día o por semana). Valor normal: 25-30 gramos por día.

70-44.06

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de 1as extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: documentar la descripción de erupciones o hemangiomas en la historia clínica con sus respectivas características.

Cabeza y cuello: Evaluar suturas y fontanela anterior. Evaluar los medios transparentes del ojo (reflejo rojo). Explorar el seguimiento de objetos y la reacción a la luz de los ojos.

Descartar rasgos genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.). No es necesario realizar otoscopia de rutina.

Evaluar ganglios. Boca: descartar muguet.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto. Respiración abdominal con frecuencia irregular. Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto. Pueden presentar arritmia sinusal.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios. Explorar el ombligo.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Evaluar los reflejos de Moro, flexión palmar y plantar, reptación, succión, búsqueda, Babinski, todos los reflejos siguen presentes pero atenuados.

Osteoarticular: observar alineación del raquis en busca de escoliosis congénita y simetría de los miembros. Examinar la movilidad pasiva y activa de los cuatro miembros para descartar fracturas obstétricas y parálisis braquial. Debe inspeccionarse el cuello en busca de tortícolis por retracción del esternocleidomastoideo.

Evaluar las caderas: para la detección de displasia de cadera. La asimetría de los pliegues inguinales, glúteos y del muslo, pero principalmente los inguinales y paravulvares, casi siempre acompaña a la displasia de cadera, pero puede estar presente en niños con caderas totalmente normales. Las maniobras de Ortolani y Barlow positivas son muy sugestivas de luxación congénita, pero dependen de la correcta realización de la prueba. Evaluar la abducción de ambas caderas. Este es el momento de pedir la ecografía.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Adenitis supurada por BCG, beso de la cigüeña o mancha salmón, cólicos, constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, fimosis, hernia inguinal, hernia umbilical,

70-44.06

hidrocele, hipo y estornudo, mancha mongólica, muguet, perlas de Epstein, regurgitación, secreción vaginal, sudamina, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales: Motor grueso: tiene el reflejo de Moro completo y simétrico; levanta la cabeza durante la suspensión ventral y boca abajo, levanta la cabeza 45° (más del 50%); todavía la cabeza se retrasa al llevarlo a posición de sentado.

Viso motor: mantiene las manos semiabiertas en estado de vigilia (75%), sigue el desplazamiento de un objeto hasta la línea media (75%).

Lenguaje: orienta su atención hacia los sonidos, manifiesta mayor atención a la voz de la madre que a la de un extraño, responde a un sonido, vocaliza.

Socio-adaptativo: tiene sonrisa social, no refleja (90%); se comunica con el observador a través de movimientos corporales y expresiones. Mira a los ojos.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización

PRIMERA INFANCIA 3 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría: Peso - talla - perímetro cefálico.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica. Progresión de peso (expresado en gramos por día o por semana). Valor normal: 25-30 gramos por día.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de 1as extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel.

Cabeza y cuello: Evaluar suturas y fontanela anterior (registrar el tamaño y sus características). Evaluar los medios transparentes del ojo (reflejo rojo). Descartar rasgos

70-44.06

genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.). No es necesario realizar otoscopia de rutina. Evaluar ganglios. Boca: descartar muguet.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Recordar que los reflejos arcaicos desaparecen entre el tercer y cuarto mes, y que el reflejo de Babinski perdura hasta el año de edad.

Osteoarticular: observar alineación del raquis en busca de escoliosis congénita y simetría de los miembros. Observar la posición en reposo de los pies y la correcta alineación de los pies con las rodillas.

Evaluar las caderas: para la detección de displasia de cadera. El diagnóstico definitivo lo hará la ecografía. Evaluar la abducción de ambas caderas.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Adenitis supurada por BCG, beso de la cigüeña o mancha salmón, cólicos, constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, fimosis, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipo y estornudo, mancha mongólica, muguet, perlas de epstein, regurgitación, sudamina, testículos en ascensor, soplo funcional.

. Desarrollo y conductas habituales: Motor grueso: el reflejo de Moro completo y simétrico se atenúa junto a una disminución progresiva del tono muscular, con múltiples matices individuales. Adopta posición en línea media (más de 75%); levanta la cabeza durante la suspensión ventral; 90% tienen sostén cefálico, pero todavía la cabeza se atrasa al llevarlo a la posición sentada. Aparece el “balconeo”, en decúbito ventral se apoya en los antebrazos.

. Visomotor: mantiene las manos semiabiertas (90%) en estado de vigilia teniendo los dedos laxamente flexionados; sigue el desplazamiento de un objeto dentro de su campo visual que ha aumentado a 180°. Puede mantener un sonajero y mirarlo, pero no lo sostiene largamente, soltándolo en poco tiempo.

. Lenguaje: orienta su atención hacia los sonidos (por ejemplo: campanilla); manifiesta mayor atención a la voz de la madre que a la de un extraño; las voces afectuosas y calmas lo distraen y relajan; produce sonidos asociados a la alimentación, al placer y con el displacer grita o llora. Vocaliza cuando alguien le habla. Emite risitas.

. Socio-adaptativo: sonríe en respuesta a la voz y al rostro de quien lo cuida, se comunica con el observador a través de movimientos corporales, alguno ríe a carcajadas.

Plan de cuidado

70-44.06

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización

PRIMERA INFANCIA

6 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría:

Peso - talla - perímetro cefálico.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Progresión de peso (expresado en gramos por día o por semana). Valor normal: 20-25 gramos por día. Recordar que a esta edad los niños normales ya duplicaron el peso de nacimiento.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de 1as extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel.

Cabeza y cuello: Evaluar suturas y fontanela anterior (registrar el tamaño y sus características). Evaluar los medios transparentes del ojo (reflejo rojo). Descartar rasgos genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.). No es necesario realizar otoscopia de rutina. Evaluar ganglios.

Dentición: suele iniciarse entre el 5 y 9 mes. Es importante registrar en la historia clínica el orden de aparición.

Boca: descartar muguet.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

70-44.06

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Evaluar Babinski.

Osteoarticular: observar alineación del raquis (especialmente cuando el niño comienza a sentarse) y simetría de los miembros. Observar la posición de los pies en reposo y la correcta alineación de estos en relación con las rodillas.

Evaluar las caderas: para la detección de displasia congénita y verificar la correcta abducción de ambas caderas.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Beso de la cigüeña o mancha salmón, constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, fimosis, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipersecreción salival, mancha mongólica, muguet, regurgitación, sudamina, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales: Motor grueso: Hace trípode (90%). Los reflejos arcaicos han desaparecido, acompaña con la cabeza al sentarlo, puede rolar, comienza a mantener el peso de su cuerpo al tenerlo de pie, hace el “saltarín”. Motor fino: Intenta tomar pequeños objetos con las manos. La toma entre los dedos y la palma (prensión digito-palmar o cúbito-palmar) (75%); lleva objetos a la boca y los transfiere de una mano a la otra.

Lenguaje: Comienza a usar consonantes (dada, baba), vocaliza recíprocamente, da gritos, gira la cabeza hacia las voces conocidas, comienza a imitar sonidos.

Socio-adaptativo: Sonríe al contacto social, se ríe con carcajadas, muestra preferencia por sus padres, puede ponerse molesto cuando los padres desaparecen de su vista, se interesa por juguetes y se puede irritar cuando están fuera de su alcance o se trata de quitárselos (cerca de 75%), pueden comenzar a mostrar ansiedad ante los extraños.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización

PRIMERA INFANCIA

70-44.06

7 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría Peso - talla - perímetro cefálico.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Progresión de peso: Valor normal: 15-20 gramos por día.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de 1as extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel.

Cabeza y cuello: Evaluar suturas y fontanela anterior (registrar el tamaño y sus características). Evaluar los medios transparentes del ojo(reflejo rojo). Descartar rasgos genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.). No es necesario realizar otoscopia de rutina. Evaluar ganglios.

Dentición: suele iniciarse entre el 5 y 9 mes. Es importante registrar en la historia clínica el orden de aparición.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Evaluar Babinski.

Osteoarticular: observar alineación del raquis (especialmente cuando el niño comienza a sentarse) y simetría de los miembros. Observar la posición de los pies en reposo y la correcta alineación de estos en relación con las rodillas. Evaluar las caderas, para la detección de displasia congénita y verificar la correcta abducción de ambas caderas.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, fimosis, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipersecreción salival, mancha mongólica, muguet, regurgitación, sudamina, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales: 7 – 8 Meses

70-44.06

Motor grueso: Se sienta sin apoyo (90% a los 8 meses), alcanza los objetos, los tira y los busca con la mirada, puede reptar.

Motor fino: Tiene prensión cubito-palmar. Inicia pinza radial inferior.

Lenguaje: Silabeo no específico “da-da” “ta-ta” (90% a los 8 meses); respuesta al “no”; algunos comienzan a reconocer su nombre y el de algunos objetos, como el “chupete”; creciente variedad de sílabas; le da diferentes matices al llanto, usa gestos de agrado y de enojo.

Socio-adaptativo: disfruta el jugar a las escondidas; busca un objeto escondido (50% a los 8 meses) y se resiste a que le quiten un juguete. Prefiere personas conocidas. Disfruta el espejo. Mira hacia un objeto cuando se lo nombra.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización

PRIMERA INFANCIA

8 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría Peso - talla - perímetro cefálico.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Progresión de peso: Valor normal: 15-20 gramos por día.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de 1as extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel. **Cabeza y cuello:** Evaluar suturas y fontanela anterior (registrar el tamaño y sus características). Evaluar los medios transparentes del ojo (reflejo rojo). Descartar rasgos genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.). No es necesario realizar otoscopia de rutina. Evaluar ganglios.

Dentición: suele iniciarse entre el 5 y 9 mes. Es importante registrar en la historia clínica el orden de aparición.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto. **Aparato cardiovascular:** inspección, palpación,

70-44.06

percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Evaluar Babinski.

Osteoarticular: observar alineación del raquis y simetría de los miembros. Observar la posición de los pies en reposo y la correcta alineación de estos en relación con las rodillas. Evaluar las caderas para la detección de displasia congénita y verificar la correcta abducción de ambas caderas.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, fimosis, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipersecreción salival, mancha mongólica, muguet, sudamina, testículos en ascensor, soplo funcional.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización

PRIMERA INFANCIA

9 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría Peso - talla - perímetro cefálico.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Progresión de peso: Valor normal: 15-20 gramos por día.

70-44.06

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de 1as extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel.

Cabeza y cuello: Evaluar suturas y fontanela anterior (registrar el tamaño y sus características). Evaluar los medios transparentes del ojo (reflejo rojo). Descartar rasgos genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.). No es necesario realizar otoscopia de rutina. Evaluar ganglios.

Dentición: suele iniciarse entre el 5 y 9 mes. Es importante registrar en la historia clínica el orden de aparición.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto. Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Evaluar Babinski.

Osteoarticular: observar alineación del raquis y simetría de los miembros. Observar la posición de los pies en reposo y la correcta alineación de estos en relación con las rodillas. Evaluar las caderas para la detección de displasia congénita y verificar la correcta abducción de ambas caderas.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, fimosis, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipersecreción salival, mancha mongólica, muguet, sudamina, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales: Motor grueso: Comienza a gatear. Se para sobre pies y manos. Se sujeta para ponerse de pie. Motor fino: Inicia prensión radial cubital.

Lenguaje: silabeo no específico “mamá” “papá”; respuesta al “no”. Reconoce su nombre y algunos objetos y personas conocidas. Presta atención a las melodías. Realiza secuencias de sílabas con melodías y entonaciones.

Socio-adaptativo: Juega a las escondidas, busca y da un objeto; se resiste a que le quiten un juguete. Tira un juguete y espera a que lo recojan para volver a tirarlo.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir

70-44.06

directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización.

PRIMERA INFANCIA

10 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría Peso - talla - perímetro cefálico.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Progresión de peso: Valor normal: 10-15 gramos por día.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de 1as extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel.

Cabeza y cuello: Evaluar suturas y fontanela anterior (registrar el tamaño y sus características). Evaluar los medios transparentes del ojo (reflejo rojo). Descartar rasgos genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.). No es necesario realizar otoscopio de rutina.

Evaluar ganglios. Dentición: suele iniciarse entre el 5 y 9 mes. Es importante registrar en la historia clínica el orden de aparición. Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Evaluar Babinski.

Osteoarticular: observar alineación del raquis y simetría de los miembros. Observar la posición de los pies en reposo y la correcta alineación de estos en relación con las rodillas. Evaluar las caderas para la detección de displasia congénita y verificar la correcta abducción de ambas caderas.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

70-44.06

Constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, fimosis, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipersecreción salival, mancha mongólica, muguet, sudamina, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales: Motor grueso: Camina sujeto a muebles y da la mano. Se para solo. Todavía gatea.

Motor fino: Logra prensión pinza superior (75% a los 10 meses). Vierte un objeto que está contenido en otro (25% a los 10 meses).

Lenguaje: silabeo con mayor repertorio de melodías y diferentes entonaciones. Participa de juegos sonoros. Comprende preguntas: “¿Dónde está papá?” “¿queres?”. Comprende órdenes sencillas. Puede decir las primeras palabras con sentido. Mira cuando se pronuncia su nombre.

Personal- social: Aplauda, atiende cuando se le habla; busca objetos. Puede comer con la mano. Juega a las escondidas.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia. Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización.

PRIMERA INFANCIA

11 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría Peso - talla - perímetro cefálico.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una tabla de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Progresión de peso: Valor normal: 10-15 gramos por día.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de 1as extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel. Cabeza y cuello: Evaluar suturas y fontanela anterior (registrar el tamaño y sus características). Evaluar los medios transparentes del ojo (reflejo rojo). Descartar rasgos genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.). No es necesario realizar otoscopia de rutina. Evaluar ganglios.

Dentición: suele iniciarse entre el 5 y 9 mes. Es importante registrar en la historia clínica el orden de aparición. Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto. Aparato cardiovascular:

70-44.06

inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Evaluar Babinski.

Osteoarticular: observar alineación del raquis y simetría de los miembros. Observar la posición de los pies en reposo y la correcta alineación de estos en relación con las rodillas. Evaluar las caderas para la detección de displasia congénita y verificar la correcta abducción de ambas caderas.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, fimosis, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipersecreción salival, mancha mongólica, muguet, sudamina, testículos en ascensor, soplo funcional.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización.

PRIMERA INFANCIA

18 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría Peso: aumenta entre 2 y 3 kilos por año.

Talla: aumenta a una velocidad de 12 cm. por año.

Perímetro cefálico: crece durante el segundo año 2 cm.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una curva de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Relación peso para talla: evalúa a grandes rasgos el estado nutricional del niño (comparar con las tablas de percentiles correspondientes).

70-44.06

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo. Piel: evaluar y documentar cambios en la piel. Cabeza y cuello: Evaluar suturas, recordar que la fontanela anterior debería hallarse cerrada. Evaluar tamaño, forma y simetría de la cabeza y la cara. Evaluar alineación ocular. Evaluar ganglios.

. Valoración del desarrollo. Se aplicará el test m-Chat para tamizaje de autismo de manera específica a todos los niños entre los 18 y los 30 meses de edad.

. Dentición: entre los 10 y los 16 meses aparecen los primeros molares, entre los 16 y los 20 los caninos y entre los 20 y los 30 los segundos molares. Es importante recordar la amplia flexibilidad en la edad de aparición de las piezas dentarias. Lo más importante en esta etapa es controlar el orden de aparición y registrarlo en la historia clínica.

. Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-30 por minuto. Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardíaca: 80-140 por minuto.

. Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

. Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

. Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros.

. Osteoarticular: observar alineación del raquis, simetría y alineación de los miembros. Es normal la marcha en rotación interna o externa de los pies.

Plan de cuidado:

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización

- Niños en edad preescolar 12 meses a 23 meses: albendazol 200 mg vía oral, dosis única, dos veces al año. Junto con la suplementación

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, escoliosis, fimosis, genu valgo, genu varo, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipersecreción salival, metatarso aducto, pediculosis, pie plano, testículos en ascensor, sopro funcional.

Desarrollo y conductas habituales:

70-44.06

Motor grueso: camina con cierta estabilidad, comienza a correr y trepar, el 90% sube a una silla. Sube la escalera de una mano o con apoyo, se acerca la pelota y la pateo (90%). Se agacha y se levanta sin sostén. Arrastra un juguete. Se sienta sobre una silla bajita.

Motor fino: puede utilizar cuchara y tenedor, realiza garabatos con el lápiz (90%), imita un trazo vertical, el 50% apila 4 cubos, la mayoría (90%) introduce una bolita en una botella y la vierte desde esta. Imita groseramente un trazo simple.

Lenguaje: dice 15 palabras en promedio, nombra imágenes, reconoce tres partes del cuerpo, entiende órdenes simples, señala figuras de un libro, escucha cuentos, el 50% puede utilizar la frase rudimentaria (nene agua). Imita onomatopeyas y ruidos familiares.

Socio-adaptativo: 80% realiza juegos simbólicos egocéntrico (bebe de una tacita, habla por teléfono), casi todos imitan a los padres en las tareas cotidianas y pueden comer solos 80%. Besan a los padres con ruido. Ayudan a vestirse y desvestirse. Acuden al llamado del observador.

PRIMERA INFANCIA

23 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría Peso: aumenta entre 2 y 3 kilos por año.

Talla: aumenta a una velocidad de 12 cm. por año.

Perímetro cefálico: crece durante el segundo año 2 cm., luego a una velocidad de 1 cm. por año.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una curva de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Relación peso para talla: evalúa a grandes rasgos el estado nutricional del niño (comparar con las tablas de percentiles correspondientes).

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo. Evaluar anexos, músculos y articulaciones en general; posición preferencial del niño (supino, decúbito, indiferente, antiálgica, etc.).

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel. Cabeza y cuello: evaluar tamaño, forma y simetría de la cabeza y la cara. Evaluar alineación ocular y el seguimiento de objetos sin estrabismo. Evaluar ganglios.

Dentición: entre los 10 y los 16 meses aparecen los primeros molares, entre los 16 y los 20 los caninos y entre los 20 y los 30 los segundos molares. Es importante recordar la amplia flexibilidad en la edad de aparición de las piezas dentarias. Lo más importante en esta etapa es controlar el orden de aparición y registrarlo en la historia clínica.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-30 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardíaca: 80-120 por minuto.

70-44.06

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones no deben palpase a esta edad. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros.

Osteoarticular: observar alineación del raquis, simetría y alineación de los miembros. Es normal la marcha en rotación interna o externa de los pies. Evaluar la coordinación de la marcha.

Plan de cuidado.

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización

Niños en edad preescolar 24 meses a 4 años: albendazol 400 mg vía oral, dosis única, dos veces al año. Junto con la suplementación.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Constipación, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, escoliosis, fimosis, genu valgo, genu varo, hernia inguinal, hernia umbilical, hidrocele, hipersecreción salival, metatarso aducto, pediculosis, pie plano, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales:

Motor grueso: corre bien, puede subir y bajar escaleras de a un escalón con ayuda, tira la pelota al observador (casi 90%). Recoge objetos del suelo sin caerse. Trepa por los muebles.

Motor fino: utiliza cuchara y tenedor, imita el trazo vertical y horizontal con el lápiz, apila torres de a 4 a 6 cubos, construye un tren con 4 cubos, abre las puertas, da vuelta las hojas de un libro de a una. Sostiene una taza con seguridad, incluso con una mano.

Lenguaje: cumple ordenes de dos pasos, tiene un vocabulario de aproximadamente 50 palabras, forma frases de 3 palabras, con sustantivo y verbo (75%), utiliza pronombres a veces inadecuadamente, presta atención cuando le cuentan cuentos cortos. Empieza a decir su nombre completo. Dice “yo” tocando su cuerpo. Dice “mi” y “mío”. Habla mientras juega solo. Entiende las referencias arriba- abajo.

Socio-adaptativo: juega en paralelo con otros niños, juego simbólico dirigido hacia un muñeco (da de comer a la muñeca), se viste con ayuda, cepilla sus dientes con ayuda, recuerda donde se escondieron los objetos. Recuerda a menudo las experiencias inmediatas. Comienza el control de esfínteres.

70-44.06

PRIMERA INFANCIA

30 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría Peso: aumenta entre 2 y 3 kilos por año.

Talla: aumenta a una velocidad de 12 cm. por año.

Perímetro cefálico: crece 1 cm. por año.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una curva de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Relación peso para talla: evalúa a grandes rasgos el estado nutricional del niño (comparar con las tablas de percentiles correspondientes).

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo. Evaluar anexos, músculos y articulaciones en general; posición preferencial del niño (parado, sentado, posición antálgica, etc.).

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel. Cabeza y cuello: evaluar tamaño, forma y simetría de la cabeza y la cara. Evaluar alineación ocular. Evaluar ganglios.

Dentición: entre los 10 y los 16 meses aparecen los primeros molares, entre los 16 y los 20 los caninos y entre los 20 y los 30 los segundos molares. Es importante recordar la amplia flexibilidad en la edad de aparición de las piezas dentarias. Lo más importante en esta etapa es controlar el orden de aparición y registrarlo en la historia clínica.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-30 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardíaca: 80-120 por minuto.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones no deben palpase a esta edad. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios. Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros.

Osteoarticular: observar alineación del raquis, simetría y alineación de los miembros. Es normal la marcha en rotación interna o externa de los pies. Evaluar la marcha.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Constipación, dermatitis del pañal, escoliosis, fimosis, genu valgo, genu varo, hernia inguinal, metatarso aducto, pediculosis, pie plano, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales:

Motor grueso: salta con ambos pies (75%). Sube y baja las escaleras alternando los pies. Puede caminar en puntas de pies si se lo piden. Lanza la pelota (más del 90%).

Motor fino: agarra el lápiz adecuadamente. Puede imitar líneas y trazo circular. Apila 8 bloques (50%), imita la construcción del tren. Desabrocha botones.

Lenguaje: dice 50 palabras y expande rápidamente su vocabulario. Dice su nombre completo. Usa frases con sustantivo y verbos (más del 90%). Comprende preposiciones. Usa

70-44.06

plural y pronombres adecuadamente. Los extraños comprenden entre 50 y 75% del leguaje. Pide bebida, ir al baño, comida, etc. Comprende: arriba, abajo, atrás, dentro. Concepto de “dos”.

Socio-adaptativo: empieza a notar las diferencias sexuales. Reconoce su sexo. Usa taza, cuchara y tenedor. Puede ponerse una campera sin ayuda. Algunos controlan esfínteres. Se sacan las medias, los zapatos y la ropa sin botones (75%). Elige sus juguetes preferidos. Escucha cuentos. Participa de juegos imaginarios. Puede jugar junto a otros niños pero sin interactuar (juego paralelo)

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización.

PRIMERA INFANCIA

35 MESES DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría

Peso: aumenta entre 2 y 3 kilos por año (es aproximadamente cuatro veces respecto al de nacimiento).

Talla: aumenta a una velocidad de 12 cm. por año (es aproximadamente la mitad de lo que va a medir en la edad adulta).

Perímetro cefálico: crece 1 cm. por año.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una curva de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Relación peso para talla: evalúa a grandes rasgos el estado nutricional del niño (comparar con las tablas de percentiles correspondientes).

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo. Evaluar anexos, músculos y articulaciones en general; posición preferencial del niño (parado, sentado, posición antiálgica, etc.).

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel. Cabeza y cuello: evaluar tamaño, forma y simetría de la cabeza y la cara (la cabeza alcanza un 80% del tamaño que alcanzará en la vida adulta). Evaluar alineación ocular, estrabismo y agudeza visual. Evaluar ganglios.

70-44.06

Dentición: a esta edad la mayoría de los niños tendrán su dentición de leche completa (20 dientes). Lo más importante en esta etapa es controlar el orden de aparición y registrarlo en la historia clínica. Boca: evaluar el crecimiento amigdalino.

Oídos: constatar movimiento de la membrana timpánica. Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-30 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 70-110 por minuto. Medir tensión arterial.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones no deben palpase a esta edad. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros.

Osteoarticular: observar alineación del raquis, simetría y alineación de los miembros. Evaluar la marcha y el equilibrio.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Caries, constipación, enuresis, escoliosis, fimosis, genu valgo, genu varo, hernia inguinal, hipertrofia adenoidea y amigdalina, metatarso aducto, pediculosis, pie plano, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales:

Motor grueso: marcha segura (camina talón- punta), corre y puede frenar rápido. Salta en el lugar (85%) y desde un escalón. Se mantiene en un pie unos segundos (75%). Sube la escalera alternando los pies y sin apoyo. Pedalea un triciclo. Abre puertas. Construye torres de 8 cubos. Imita un puente con 3 cubos. Se desviste completamente. Se puede vestir parcialmente (90%).

Motor fino: copia un círculo. Imita una cruz. Dibuja una persona con 3 partes. Dobla un papel en diagonal. Aparea colores (50%). Puede armar rompecabezas sencillos. Corta con tijera torpemente.

Lenguaje: dice su nombre completo 90%. Mayoritariamente inteligible; arma oraciones completas, con sujeto y predicado. Utiliza plurales y tiempo pasado. Frecuentemente pregunta: ¿Por qué? ¿Dónde? Conoce y nombra 3 colores. Comprende conceptos como: frío, cansancio, hambre. Comprende preposiciones: en, sobre, debajo, y distingue entre “más grande” y “más pequeño”. Comprende y puede cumplir órdenes de dos pasos. Nombra partes del cuerpo y su función.

Socio-adaptativo: tiene juego imaginario, imitativo o interactivo. Escucha cuentos cortos. Conoce su nombre, edad, sexo. Conoce diferencia de sexos. Controla esfínteres (90% anal, 85% urinario diurno, 60-70% urinario nocturno). Sus actos tienen propósito. Acepta límites y puede esperar. Todavía tiene puede tener berrinches, más breves y menos violentos que el niño de dos años. Desea agradar. Puede negociar. Comienza a compartir con o sin estímulo. Usa palabras para describir lo que piensa otra persona “papá creyó que estaba llorando”.

Plan de cuidado

70-44.06

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización.

PRIMERA INFANCIA

4 AÑOS DE EDAD

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

Antropometría

Peso: aumenta entre 2 y 3 kilos por año.

Talla: aumento entre 5 y 7 cm. por año. A partir de los 4 años de edad la talla se toma con el niño de pie. Medidos de esta manera, existe una diferencia de un centímetro menos que si se lo midiera en decúbito. (Esta diferencia puede observarse en las tablas de percentiles como una interrupción y desfasaje en las curvas).

Perímetro cefálico: crece 1 cm. por año.

Percentiles: buscar en las tablas correspondientes y registrarlo en una curva de crecimiento que quede dentro de la historia clínica.

Relación peso para talla: evalúa a grandes rasgos el estado nutricional del niño (comparar con las tablas de percentiles correspondientes).

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo. Evaluar anexos, músculos y articulaciones en general; posición preferencial del niño (parado, sentado, posición antiálgica, etc.).

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel. Cabeza y cuello: evaluar tamaño, forma y simetría de la cabeza y la cara. Evaluar alineación ocular y agudeza visual. Evaluar ganglios.

Dentición: a esta edad la mayoría de los niños tendrán su dentición de leche completa (20 dientes). Lo más importante en esta etapa es controlar el orden de aparición y registrarlo en la historia clínica. Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-30 por minuto.

Aparato cardiovascular: inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardíaca: 70-110 por minuto. Medir tensión arterial.

Abdomen: inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones no deben palparse a esta edad. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios. Genitourinario: observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas.

70-44.06

Neuromuscular: evaluar motilidad activa y pasiva, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros.

Osteoarticular: observar alineación del raquis, simetría y alineación de los miembros. Evaluar la marcha.

Agudeza Visual:

Literalmente, es la nitidez de la visión. La agudeza visual se mide por la capacidad para identificar letras o números en una tabla optométrica estandarizada desde una distancia de visualización específica.

La agudeza visual es una medida estática y significa que la persona no se mueve durante la prueba, y que las letras o números que está viendo también están inmóviles.

Además, la agudeza visual se prueba bajo condiciones de alto contraste: las letras o los números que aparecen en la tabla optométrica son negros y el fondo es blanco, aunque la prueba de la agudeza visual es muy útil para determinar la relativa claridad de la vista en condiciones estandarizadas, no es un diagnóstico de la calidad de la visión en todas las situaciones. Por ejemplo, no puede diagnosticar qué tan bien puede ver la persona si:

- Los objetos son similares en brillo al fondo detrás de ellos.
- Hay objetos coloreados.
- Hay objetos en movimiento.

Hay tres grandes factores físicos y neurológicos que determinan la agudeza visual:

4. La precisión con que la córnea y el cristalino del ojo enfocan la luz sobre la retina.
5. La sensibilidad de los nervios de la retina y de los centros de la visión en el cerebro.
6. La capacidad del cerebro para interpretar la información recibida de los ojos.

Únicamente la luz que es enfocada en una muy pequeña y altamente sensible porción central de la retina (llamada mácula) influye en las mediciones de la agudeza visual obtenida durante el examen de la vista.

A partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como:

anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides y rojo retiniano. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del niño.

Se debe valorar la agudeza visual a partir de los tres (3) años de edad usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Esta valoración debe ser realizada por profesional en medicina general con entrenamiento u optómetra.

HALLAZGOS FRECUENTES EN ESTA CONSULTA

Caries, constipación, enuresis, escoliosis, fimosis, genu valgo, hernia inguinal, hipertrofia adenoidea y amigdalina, metatarso aducto, pediculosis, pie plano, testículos en ascensor, soplo funcional.

Desarrollo y conductas habituales:

Motor grueso: Salta y se balancea en un pie (90%). Baja las escaleras con marcha alternante. Se viste casi completamente. Ataja una pelota, puede patear una pelota mientras

70-44.06

corre. Usa triciclo. Hace equilibrio en un pie. Salta sobre un pie 2 o 3 veces. Salta en largo 30- 60 cm.

Motor fino: abrocha botones. Sube y baja el cierre relámpago. Usa cepillo de dientes y cubiertos para comer (no cuchillo). Copia un cuadrado. Dibuja la figura humana con tres partes (75%). Corta con tijera. Ata un nudo simple.

Lenguaje: Vocabulario extenso. Oraciones de cuatro a seis palabras, inteligible para extraños. Pregunta: ¿Por qué?, ¿Cuándo? ¿Qué? ¿Cómo? Puede expresarse en pasado y futuro. Comprende preposiciones. Repite partes de una historia. Tiene sentido de analogías y opuestos. Agrupa por color (más del 80%) y forma. Tiene concepto de número. Puede contar hasta 10. Cumple órdenes de 2 o 3 pasos.

Socio-adaptativo: control de esfínteres (diurno). Juego en los que toma diferentes roles, se disfraza. Tiene amigos imaginarios. Puede no diferenciar fantasía de realidad. Noción de sentimientos propios y ajenos. Aprende a distinguir entre lo bueno y lo malo. Pensamiento mágico. Reconoce alguna letra. Puede compartir. Espera turno. Tiene preferencia por el padre del sexo opuesto. Exploración sexual. Conoce y repite canciones.

Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización.

70-44.06

CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jefe de Programas	Jefe Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	21/08/2025	33	Jefe de Programas	Creación del documento por: Johany Martínez – Jefe de Programas Revisado por: Claudia Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente