

# *Libreta de Salud* para la familia

---

Programa de seguimiento  
del recién nacido de alto riesgo

---



## La Libreta de Salud: un registro de seguimiento para la familia

La Libreta de Salud para el Recién Nacido de Alto Riesgo es un registro de utilidad para la familia que identifica al niño como integrante del Programa de Seguimiento, lo acompaña mientras esté incluido en él y debe presentarse cada vez que sea atendido.

El cuidado continuado que los bebés nacidos de alto riesgo deben recibir en los meses y años posteriores al alta de la Terapia Intensiva Neonatal son vitales para su crecimiento y desarrollo. Por este motivo es necesario que, luego del alta hospitalaria, estos niños estén incluidos en un *Programa de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo*, según conforme las recomendaciones contenidas en la “Guía para Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo” que fuera incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica mediante Resolución N° 649/2003 del Ministerio de Salud.

La evaluación del desarrollo detectaría dificultades y llevaría a otras evaluaciones más específicas, orientando al diagnóstico y tratamiento más tempranamente. El control de seguimiento ambulatorio post-alta deberá ser definido por el equipo médico de acuerdo con las necesidades de cada niño, a fin de evaluar la persistencia o no de riesgos e implementar acciones –en el caso de ser necesarias– que permitan obtener buenos resultados para su desarrollo.

Antes del alta los padres deben saber en qué consiste el seguimiento de niños de alto riesgo, quiénes componen el equipo de salud, en dónde y en qué horarios atienden, cómo se complementa la labor de los especialistas con el pediatra de cabecera para fijar interconsultas o exámenes complementarios.

Si la institución donde nació el bebé no cuenta con esta modalidad de trabajo, las familias deben solicitar ser derivados a cualquier centro reconocido, cercano al lugar donde residan para que sus niños sean seguidos.

Los papás deben solicitar a los médicos que les expliquen el concepto *edad corregida*, para que, de esta forma, no se desalienten al comparar a su hijo con otros niños, al leer textos sobre el desarrollo de los bebés o si es juzgado por su edad cronológica.

### **¿Cada cuánto hay que realizar los controles? Sugerencias**

En la primera visita el médico especializado en seguimiento verifica el estado de salud del niño, evalúa la adaptación al ambiente hogareño y responde las dudas a los papás. Es conveniente que esta observación se realice de 1 a 5 días luego del alta de internación; de acuerdo a sus necesidades, un segundo control de 7 a 10 días luego del alta y un tercero 2 semanas después.

### **Los controles posteriores:**

Durante el primer año de vida deben ser mensuales, a menos que por las necesidades del niño se exijan controles más frecuentes.

Del primero al segundo año de vida los controles pueden ser trimestrales y, posteriormente, cada 6 meses hasta cumplir 4 años.

Después se debe realizar como mínimo un control anual hasta el egreso del primer año escolar.

## Posibles actividades y contenidos de los controles

ACTIVIDAD	CONTENIDO	FRECUENCIA
Evaluación de aspectos psicosociales familiares	Vínculo madre-hijo, problemas sociales y familiares. Salud materna. Planificación familiar. Apoyo a brindar.	Todos los controles
Medio ambiente y pautas de crianza	Adecuación del medio ambiente para el niño. Educación para la salud. Prevención de accidentes y muerte súbita.	Todos los controles
Vacunas	Cumplir Programa Nacional de Vacunación y contemplar vacunas especiales.	Al nacer, 2, 4, 6, 12, 18 meses, 6 años.
Evaluación del crecimiento	Medir peso, talla y perímetro cefálico. Percentilar. Calcular velocidad de crecimiento. Evaluar desviaciones.	Todos los controles
Alimentación	Lactancia materna. Se utilizan sucedáneos de la leche materna? Incorporación de semisólidos y sólidos.	Todos los controles Todos los controles
Vitaminas y minerales	Evaluar necesidad de suplementar vitaminas (A, C, D) y minerales (Fe, Ca, P)	Todos los controles
Examen físico general	Detectar patologías habituales.	Todos los controles
Evaluación del neurodesarrollo	Examen neurológico, evaluar necesidad de estimulación, rehabilitación, habilitación.	Todos los controles en forma general. Exhaustivo a las 40 semanas de EG, 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses. Luego una vez al año.
Examen oftalmológico	Evaluar si hay riesgo de ROP. Examen general.	Derivar a oftalmólogo. A las 40 semanas de EG, 3 y 6 meses, 3 y 5 años. Derivar a oftalmólogo si hay anomalías.
Evaluación del lenguaje	Evaluar logros normales	Todos los controles
Evaluación de la audición	Evaluar factores de riesgo. Si existen, detección de hipoacusia. Controles posteriores.	Entre 3 y 6 meses de edad. Cada 3 meses al primer año, cada 6 meses en el preescolar y luego anualmente.
Desarrollo cognitivo	Test de valoración de acuerdo a la edad (Ej: Bayley, Rodríguez, Tepsi, etc.).	A los 12 y 18 meses, 2 años y 6 meses, 4 años y 6 meses y 7 años.
Control odontológico	Evaluar la necesidad de suplementar con fluor y de consulta odontológica antes del año.	
Exámenes complementarios	Evaluar necesidad de exámenes hematológicos, urinarios, radio o ecográficos.	Todos los controles
Interconsultas	Evaluar la necesidad de consultas con cirujano, traumatólogo, oftalmólogo, fonaudiólogo, etc.	Todos los controles
Registro de Información	En libreta de la familia e historia clínica del niño, curvas de crecimiento. En Sistema Informatizado, si existe. Citación para el próximo control.	Todos los controles

Fuente: Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación



## Visión

El momento oportuno para el 1er. Control es a la 4ª Semana de vida post-natal y no más allá de la 32ª semana post-concepcional.

Al momento del alta debe realizarse el fondo de ojo y el reflejo rojo gemelar.

La Ley 26.279 determina un régimen de Pesquisa Neonatal para la detección y posterior tratamiento de varias patologías, entre ellas la Retinopatía del Prematuro.

Aun no desarrollando Retinopatía del Prematuro (ROP) es necesario controlar al niño pretérmino y programar su monitoreo durante el primer año de vida (3, 6, 9 y 12 meses) para detectar otras patologías oftalmológicas en esta población: miopía, estrabismo, hipermetropía, etc. Además del Fondo de ojo, el oftalmólogo puede solicitar el estudio de Potenciales Evocados Visuales (P.E.V.) en caso de considerarlo necesario.

## Audición

El estudio de la audición en el niño de alto riesgo debe iniciarse preferentemente antes de los 3 meses de edad. (Ley Nacional 25.415)

Se recomienda la realización de la Pesquisa Universal de Audición en todos los recién nacidos antes del alta hospitalaria. Es obligatoria la implementación para las Obras Sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga ya que las prestaciones establecidas en esta Ley se incorporan al Programa Médico Obligatorio (PMO) por Resolución 932/2000 incluyendo la provisión de audífonos y rehabilitación fonoaudiológica.

Si la pérdida auditiva es identificada precozmente se puede intervenir para que a los 6 meses (etapa del balbuceo imitativo) el bebé pueda contar con amplificación y comenzar con su normal evolución del lenguaje.

## Métodos de pesquisa

Actualmente se prefiere para la pesquisa universal el método denominado “otoemisiones acústicas” (E.O.A.). El procedimiento no produce ninguna molestia, es muy rápido (unos 3 minutos), no duele, es confiable y no necesita de una preparación especial del bebé.

Si se detectan alteraciones auditivas con el uso del E.O.A se propone reinvestigar con los Potenciales Evocados Automáticos (A.-A.B.R. y A.L.G.O.) por su mayor especificidad y si nuevamente el resultado no es normal deberá confirmarse mediante los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco (P.E.A.T.).

**Si en la UCIN no cuentan con los instrumentos para realizar el estudio a su bebé deben solicitar a los médicos que les indiquen en qué lugar realizan el mismo.**

Todos los pacientes en los que se haya detectado anormalidad deben ser enviados al fonoaudiólogo para completar su evaluación e iniciar tratamiento. En general, un niño con hipoacusia neurosensorial debe ser evaluado cada 3 meses durante el 1er. año, cada 6 meses durante el período preescolar y anualmente durante la etapa escolar.

Después de los 2 años, el fonoaudiólogo puede solicitar otros estudios como timpanometría y audiometría convencional.

## Neurodesarrollo

El examen neurológico que se realiza durante la internación, una vez que el niño está clínicamente estable, permite confirmar o no el cálculo inicial de edad gestacional sobre la base de la evolución de los **reflejos**, el **tono muscular** y la aparición de la **succión-deglución**.

También permite evaluar qué impacto tuvieron los acontecimientos neonatales.

Este examen, sumado a la lectura minuciosa de la historia clínica del paciente, permite establecer un perfil de riesgo pre-alta sumamente útil para el seguimiento.

### La primera evaluación luego del alta

Se recomienda realizarla después de un período de cuatro semanas en el hogar, lo cual permite al niño y su familia recuperarse del estrés que acarrió la enfermedad y sus tratamientos, otorgando a ambos, el derecho a la convalecencia. La permanencia en el hogar puede atenuar los efectos del ambiente hostil de la terapia.

### Programas de detección precoz para todos los recién nacidos

Los programas de detección precoz para todos los recién nacidos son de realización y seguimiento obligatorios en todos los establecimientos públicos de gestión estatal o de la seguridad social y privados de la República en los que se atiendan partos y/o a recién nacidos, según el régimen establecido por la Ley 26.279.

### Las patologías que se detectarán son:

- **Hipotiroidismo congénito:** es una enfermedad producida como consecuencia de la falla en la glándula tiroidea. Produce importantes alteraciones en el desarrollo cerebral del niño. Además, las hormonas tiroideas influyen en la osificación, crecimiento, producción de calor, frecuencia cardíaca y otras importantes funciones. En caso de no ser tratada tempranamente, puede producir discapacidad mental profunda. El tratamiento consiste en la toma diaria de un comprimido. Exige el control por endocrinología infantil.

- **Fenilcetonuria:** esta enfermedad se produce cuando no se puede transformar uno de los componentes presentes en los alimentos, razón por la cual esa sustancia (fenilalanina) se acumula y puede producir daño cerebral en caso de no recibirse tratamiento adecuado, que consiste en una leche y dieta especiales (libres de fenilalanina).

- **Fibrosis quística:** puede afectar principalmente los pulmones y el páncreas; su tratamiento precoz mejora la calidad y duración de vida.

El tratamiento es gratuito y específico para cada caso. El banco de drogas para esta enfermedad funciona en el Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".

- **Galactosemia:** es una incapacidad del organismo que provoca daño hepático y neurológico.

- **Hiperplasia suprarrenal congénita:** es la carencia de cortisol y aldosterona, que causa masculinización inapropiada.

- **Déficit de biotinidasa:** suele causar agresividad y retraso mental.

- **Retinopatía del prematuro:** La Retinopatía del prematuro (ROP) es una enfermedad ocular, consecuencia de la inmadurez de la retina, originada por una alteración en la oxigenación de esta, que puede producir un desarrollo anormal de la misma. Para determinar la evolución de esta enfermedad es indispensable realizar el fondo de ojo.

El momento oportuno para el primer control es la 4ª semana de vida post-natal y no más allá de la 32ª semana post-concepcional.

• *Chagas*: puede afectar múltiples órganos, es producida por un parásito y transmitida por la vinchuca. Se detecta en la sangre de la embarazada y en gotas de sangre del bebé nacido de una mamá afectada. Los hijos de las madres afectadas son estudiados desde su nacimiento y tratados con un antiparasitario, en caso de ser necesario. El tratamiento temprano produce curación del recién nacido.

• *Sífilis*: puede afectar múltiples órganos, es de origen infeccioso y se trata con un antibiótico adecuado. Se detecta en la sangre de la embarazada y en gotas de sangre del bebé nacido de una mamá afectada.

### Para más información

La detección del hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y fibrosis quística ya eran obligatorias y gratuitas de acuerdo a las Leyes 23.413 y 23.874 (reglamentadas por el Decreto 1.316/94), la Ley N° 24.438, Resolución 508/96, e incluidas en el PMO /Programa Materno Infantil.

Todos estos estudios se realizan en todas las maternidades de los Hospitales del GCBA y son gratuitos, así como la provisión de los tratamientos correspondientes, conforme al Programa de Pesquisa Neonatal (PPN) en la Ciudad de Buenos Aires.

### Consultas

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Ministerio de Salud  
Dirección General de Programas y Redes de Salud - 4323-9000 Int.3903
- Fundación Endocrinológica Infantil ([www.fei.org.ar](http://www.fei.org.ar)).

### Detección de displasia evolutiva de cadera (DEC)

Entre 1 y 17 de cada 1.000 recién nacidos vivos presentan una cadera luxable o luxada. Sin embargo, la aplicación sistemática de métodos de detección ha hecho disminuir ostensiblemente la incidencia de la principal complicación: la luxación congénita persistente de la cadera. Está contemplada su detección en el PMO /Programa Materno Infantil.

### Pruebas de detección

• *Maniobras de Ortolani y Barlow*: Sólo un 50% de los casos de cadera luxable se diagnostican mediante las maniobras de Ortolani y Barlow durante el período neonatal.

• *Ecografía*: debe realizarse ante cualquier sospecha clínica y de forma sistemática en los pacientes de alto riesgo (asociación de al menos 2 factores: sexo femenino, parto de nalgas y antecedente familiar de DEC). Se efectúa alrededor del mes de vida (entre las cuatro y las ocho semanas) y no más tarde porque el tamaño de los transductores no permite su uso en posteriores edades. Para su realización e interpretación correctas se precisa una gran experiencia por parte del explorador, que deberá ser un traumatólogo infantil.

• *Radiografía diagnóstica*: se debe indicar sólo en los casos de sospecha aparecida después de los 3 meses. Antes de esa edad la radiografía no visualiza correctamente el componente acetabular cartilaginosa y puede inducir a errores.

Apellido niño/a							
Nombre niño/a							
Fecha de nacimiento				D.N.I.			
Historia Clínica N°							
Institución							
		Pública		Privado		Domiciliario	Otro
Provincia				Localidad			
Acta de Nacimiento N°				Tomo N°		folio N°	
Obra social				N° afiliado			
Domicilio: Calle				N°		CP	
Localidad							
Datos de la madre							
Apellido y Nombre							
Fecha de nacimiento							
Domicilio: Calle				N°		CP	
Localidad				TE			
Lugar de Trabajo							
Obra social				N° afiliado			
Datos del padre							
Apellido y Nombre							
Fecha de nacimiento							
Domicilio: Calle				N°		CP	
Localidad				TE			
Lugar de Trabajo							
Obra social				N° afiliado			



Actualización de domicilios

Historia Social



Maternos y Obstétricos														
Historia Clínica N°					Edad									
Grupo Sanguíneo		Rh			Sensibilización		SI	NO						
Diabetes					HTA									
Infección		Fecha y diagnóstico												
Sífilis														
HIV														
Chagas														
Rubéola														
CMV														
Toxoplasmosis														
Infección urinaria														
Hepatitis B														
Otros														
Gestación					Paridad									
Partos		Vaginal			Forceps			Cesárea			Podálica		Domiciliario	
		Único			Múltiple			Otros						
Abortos				Espontáneos					Provocados					
Bebé prematuro anterior				SI			NO							
Mortalidad perinatal				Causa										
Control de embarazo				SI			NO		N° de Controles					
Patología														
Puerperio				Normal				Patológico						
Causas														



Recién Nacido													
Historia Clínica N°													
Derivado			<input type="checkbox"/>	SI		<input type="checkbox"/>	NO						
Institución													
Fecha de Nacimiento						Fecha de Internación							
Edad Gestacional por FUM						Edad por Exámen Físico							
Clasificación		<input type="checkbox"/>	Pret.	<input type="checkbox"/>	T.	<input type="checkbox"/>	Post.	<input type="checkbox"/>	APEG	<input type="checkbox"/>	BPEG	<input type="checkbox"/>	PAEG
Peso al nacer													
Talla al nacer													
Perímetro Cefálico al nacer													
APGAR ..... /.....													

Rotura de Membranas						Líquido Amniótico					
Reanimación			<input type="checkbox"/>	SI		<input type="checkbox"/>	NO				
PH de Cordón											
Grupo de sangre				RH				TCD			

Recuperó peso en ..... días
-----------------------------

Días de internación
Fecha de alta
Alcanzó las 40 semanas a los ..... días
Peso a la fecha de alta
Talla a la fecha de alta
Perímetro Cefálico a la fecha de alta

Diagnóstico de Egreso	
Proceso Terapéutico	Medicación Recibida
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Patologías					
<b>Respiratoria</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Diagnóstico
O <sub>2</sub> %	<input type="checkbox"/>	días		ARM	<input type="checkbox"/> días
Total O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	días		O <sub>2</sub> menor 40%	<input type="checkbox"/> días
DAP	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
Tratamiento				Neumotórax	DBP
APNEAS	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
Diagnóstico				Comienzo	días
Tratamiento					
<b>Infección</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	localización
Diagnóstico				Laboratorio	
Bacteriología				ATB	días

<b>Alteraciones Metabólicas</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
HIPOGLUCEMIA	mg%		HIPERGLUCEMIA	mg%	
Acidosis	Hiperkalemia		Hipernatremia		Otras
<b>Alteraciones Hematológicas</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ANEMIA
Transfusiones N°	Policitemia		SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ictericia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico
Billirrubina Máx. a los .....	días	LMT a los .....	días	ExSt	SI <input type="checkbox"/>
					NO <input type="checkbox"/>
					N° <input type="checkbox"/>
<b>Alteraciones Neurológicas</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico
HIC	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Grado
Asfisia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Perinatal <input type="checkbox"/>
					Neonatal <input type="checkbox"/>
Convulsiones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Tratamiento	Ex. Neurológico al Alta				
<b>Alteraciones Digestivas</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico
NPT	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	días
NEC	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cirugía

<b>Alteraciones Cardiovasculares</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico
Est. Hemodinámico					
Hipotensión Shock	Paro Cardíaco		<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardíaca	
Tratamiento					
<b>Pesquisa de ROP (Retinopatía del Prematuro)</b>					
Fecha del primer Fondo de Ojos			Edad gestacional		
Resultados	OD		OI		

<b>Intervenciones</b>									
Catéter Arteria Umbilical	SI		NO		Vena Umbilical	SI		NO	
Otras Canalizaciones	SI		NO		Percutanea	SI		NO	
Tubo drenaje Torácico	SI		NO						
Ligadura de Ductus	SI		NO						
Láser (ROP)	SI		NO		NEC	SI		NO	
Otras									
<b>Medicación</b>									
Drogas vasoactivas	SI		NO		Prostaglandinas	SI		NO	
Cafeína	SI		NO		Teofilina	SI		NO	
Otras									
<b>Último Laboratorio a la fecha de Alta</b>									
HTO		RETIC		CA		P		FA	
PROT		ALB							
Se tomaron muestras para PPN	SI		NO		N° de protocolo	SI		NO	

<b>Exámenes Especiales</b>									
<b>Plan Post Alta</b>									
<b>Estudios Pendientes</b>									



<b>Alimentación</b>					
Leche Materna Exclusiva	LME+Fórmula	<input type="checkbox"/>	Fórmula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunizaciones al Alta					
	BCG	<input type="checkbox"/>	Sabín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	DPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras					
<b>Vitaminas ACD</b>					
	Gotas	<input type="checkbox"/>	Fe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ca	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	Otros
<b>Controles al alta</b>					
<i>Control Oftalmológico</i>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	..... /..... /.....
Resultados	OD	<input type="checkbox"/>	OI	<input type="checkbox"/>	
Fecha del Próximo Control ..... /..... /.....					
<i>Control Auditivo</i>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Riesgo
Fecha del Próximo Control ..... /..... /.....					
Ecografía cerebral al alta ..... /..... /.....			Diagnóstico		

<b>Medicación al Alta</b>					

Nombre	
Domicilio	TE
Otros Centros Cercanos al domicilio de la familia en caso de urgencia	
Domicilio	TE
Días y Horarios de atención	
Equipo de salud del Programa de Seguimiento	
Médico Neonatólogo tratante en UCIN	
Médico Neonatólogo de Seguimiento	
Días y Horarios de atención	
TE	
Historia Clínica <b>si difiere del lugar de nacimiento N°</b>	
Médicos Especialistas para Interconsultas	
<b>Oftalmólogo</b>	
Días y Horarios de atención	TE
<b>Neurólogo</b>	
Días y Horarios de atención	TE
<b>Fonaudiólogo</b>	
Días y Horarios de atención	TE
Otros	
Dr./Dra.	
Días y Horarios de atención	TE
Dr./Dra.	
Días y Horarios de atención	TE
Dr./Dra.	
Días y Horarios de atención	TE

Sres. Padres, tanto los Gráficos como las Curvas de Crecimiento que se presentan a continuación, les muestran la normal evolución de sus hijos, como también posibles alteraciones; su mirada atenta ayudará a prevenir dificultades.

Para el control de crecimiento y la evaluación del desarrollo en bebés prematuros se considerará el factor corrección (que es el tiempo que le faltaba para llegar a las 40 semanas de gestación).

Solicite al Equipo de Salud que lo asesore al respecto.

El Ministerio de Salud ha adoptado, desde octubre de 2007, las nuevas curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento y la atención, individual y poblacional, de los niños entre el nacimiento y los 5 años de edad, en reemplazo de las anteriores, en uso durante los últimos 20 años.

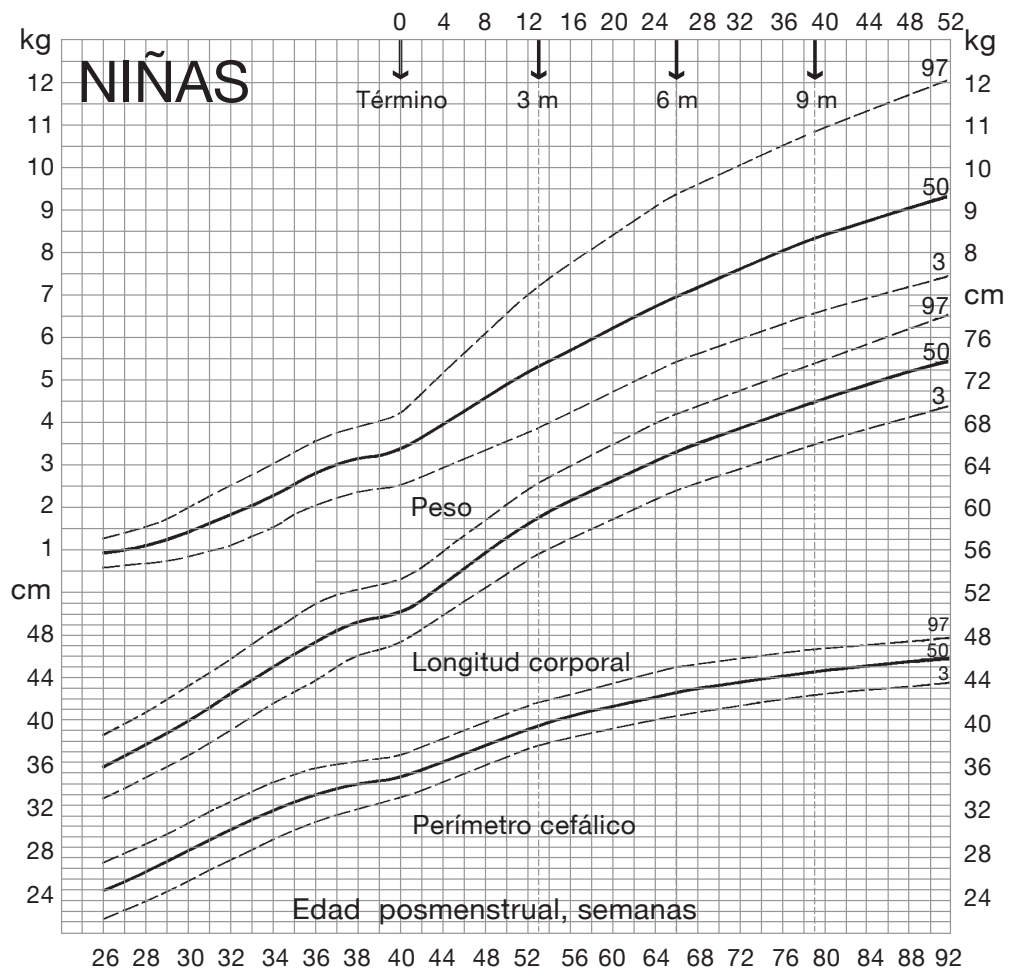
Esto ha determinado que La Sociedad Argentina de Pediatría decida actualizar las curvas de crecimiento de niñas y niños menores de 5 años. Arch Argent Pediatr 2008; 106(5):462-467



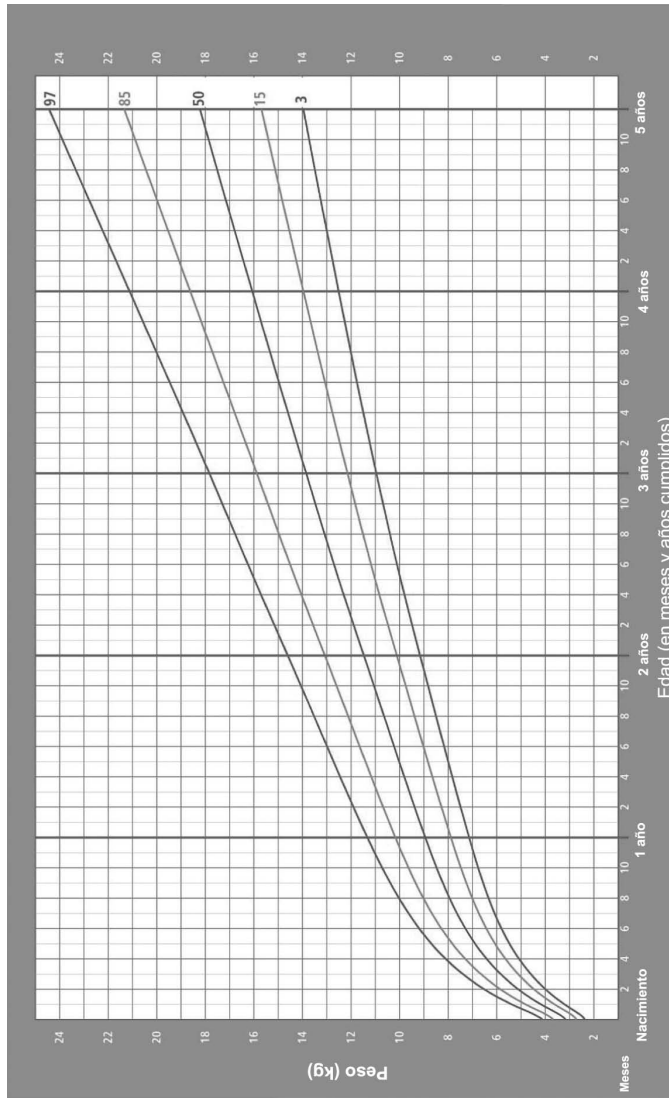
EDAD	RESPUESTA ESPERADA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
meses 1	M • Mueve la cabeza hacia el lado.												
	S • Fija la mirada en quien lo mira.												
	L • Responde al sonido (llaves, sonajero, campanitas).												
	M • Cierra la mano al tocarle la palma.												
meses 3	M • Mantiene firme la cabeza al sentarlo.												
	S • Sonríe ante la persona que tiene adelante.												
	L • Hace dos sonidos diferentes (agg, aa, etc.).												
	C • Sigue con los ojos una cosa que se mueve.												
meses 6	M • Se mantiene sentado con apoyo.												
	S • Juega a las escondidas (pasivamente).												
	L • Vocaliza cuando se le habla.												
	C • Agarra un objeto.												
meses 9	M • Camina sostenido bajo los brazos.												
	S • Distingue a las personas extrañas.												
	L • Dice "da-da", "pa-pa", etc., sin significado.												
	C • Encuentra algo que se escondió frente a él, bajo un pañal.												
meses 12	M • Camina tomado de la mano.												
	S-L • Juegos simples: tortitas, aplausos, imita gestos.												
	L • Dice "mamá" o "papá", con significado.												
	C • Toma una pastilla entre el pulgar y el índice.												

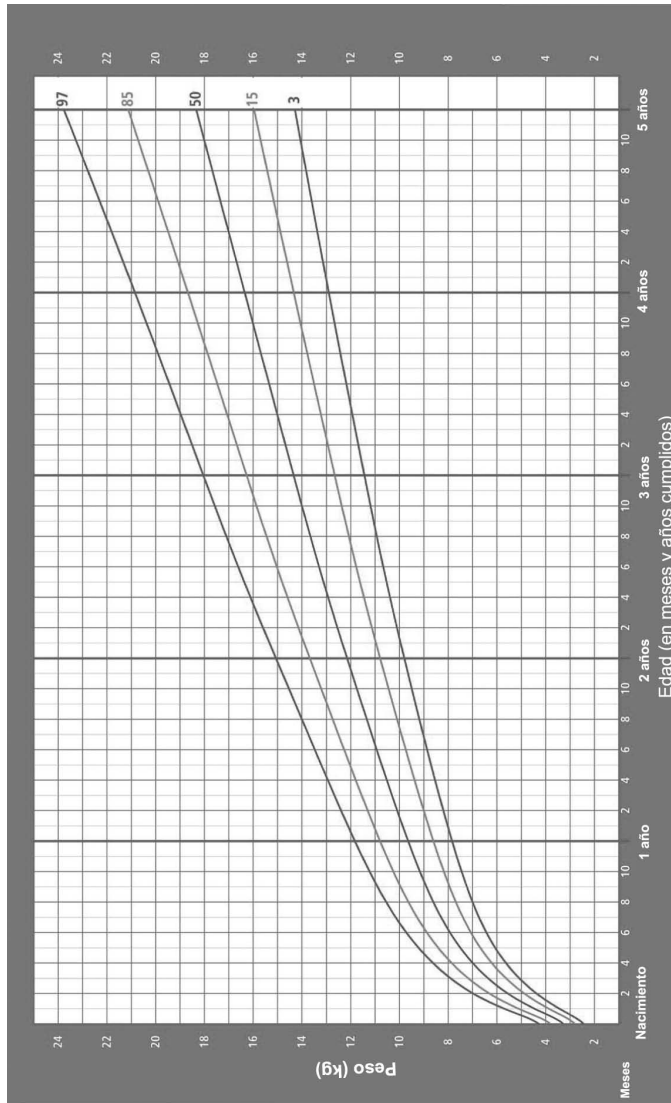
EDAD	RESPUESTA ESPERADA	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
meses 15	M • Camina bien solo.												
	L • Dice, al menos, tres palabras.												
	C • Pone una cosa chica (pastilla) dentro de un frasco o vaso.												
	C • Hace garabatos con un lápiz.												
meses 18	M • Se agacha y se levanta solo.												
	L-C • Muestra sus zapatos.												
	C • Se quita la ropa (medias, zapatos).												
meses 24	M • Corre.												
	L • Combina dos palabras.												
	C • Saca una pastilla de un frasquito dándolo vuelta.												
	S • Usa la cuchara derramando poco.												

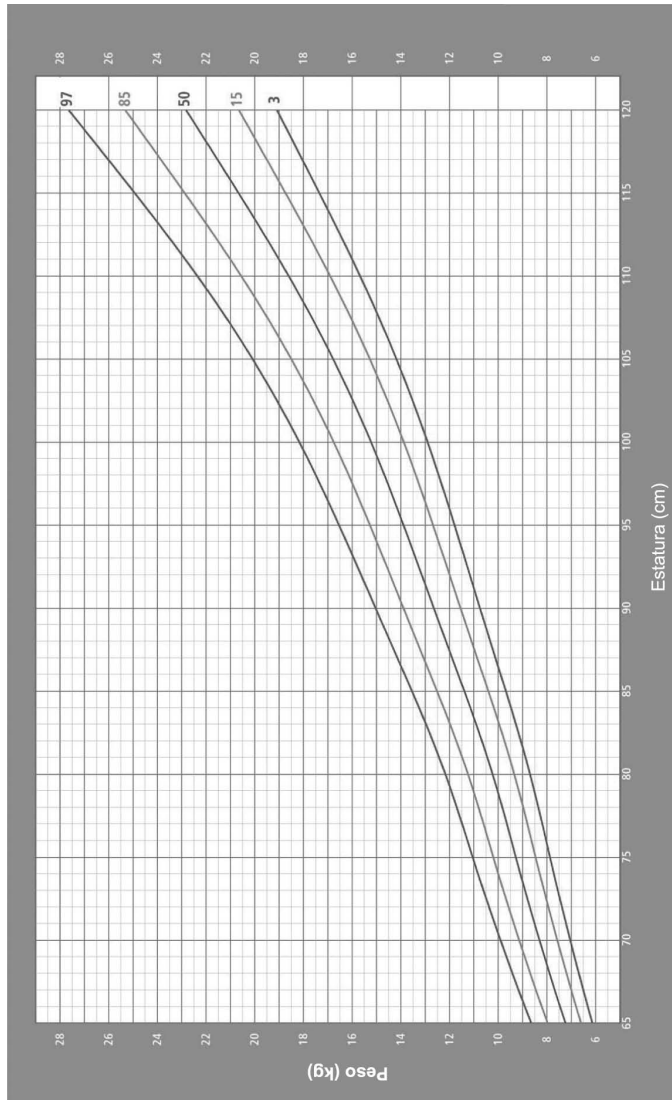
EDAD	RESPUESTA ESPERADA	2 a 3 años	3 a 4 años	4 a 5 años
años 2a3	M • Tira la pelota con las manos (15 meses a 2 años y medio).			
	C • Imita trazos con un lápiz (línea vertical) 19 meses a 3 años.			
	L • Efectúa las indicaciones que se le dan (llevar algo a mamá) 15 meses a 2 años y 9 meses).			
	S • Se lava y se seca las manos. 19 meses a 3 años y 3 meses.			
años 3a4	M • Salto amplio. 2 años a 3 años y meses.			
	C • Se abotona botones grandes de su ropa. 2 años y medio a 4 años y tres meses.			
	L • Da su nombre completo. 2 años a 3 años y 9 meses.			
	S • Juega con otros niños y espera su turno en el juego. 20 meses a 3 años y medio.			
años 4a5	M • Salta con uno u otro pie.			
	C • Copia el dibujo de un cuadrado.			
	L • Reconoce tres colores.			
	S • Se viste solo. 2 años a 5 años.			

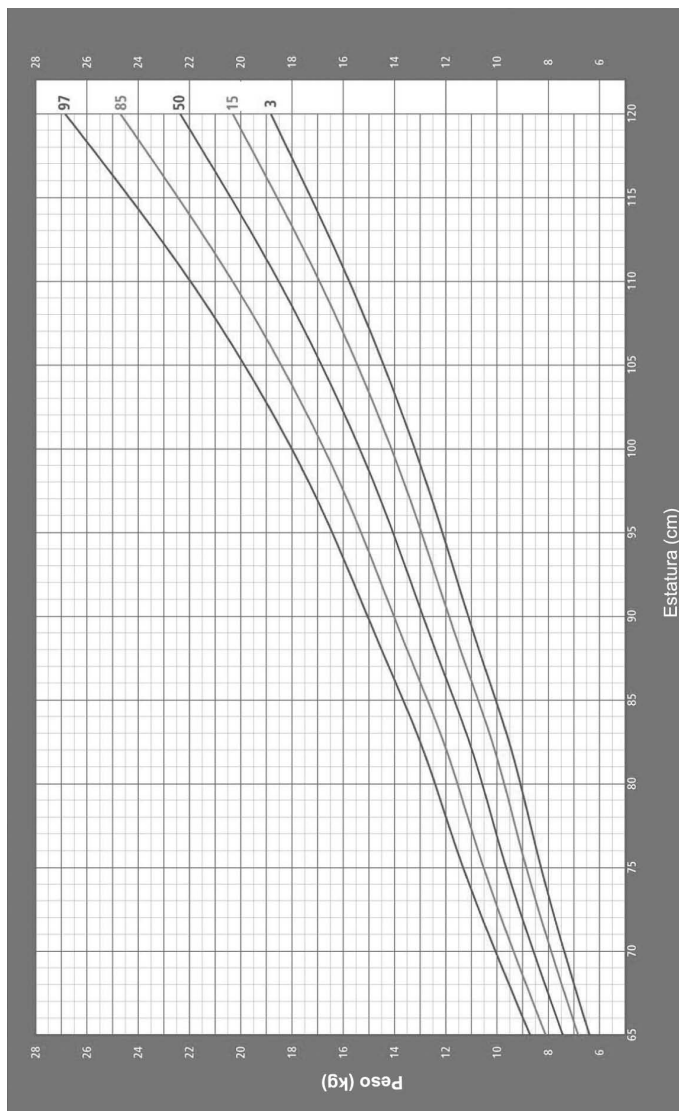


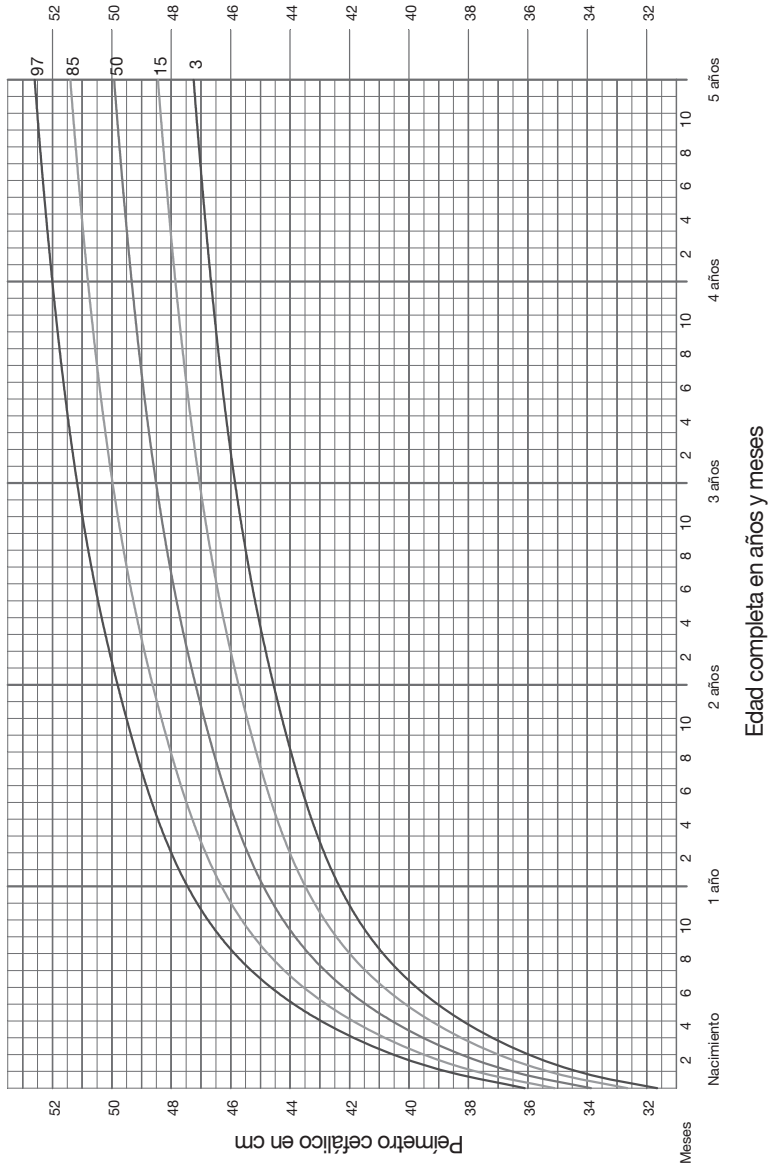




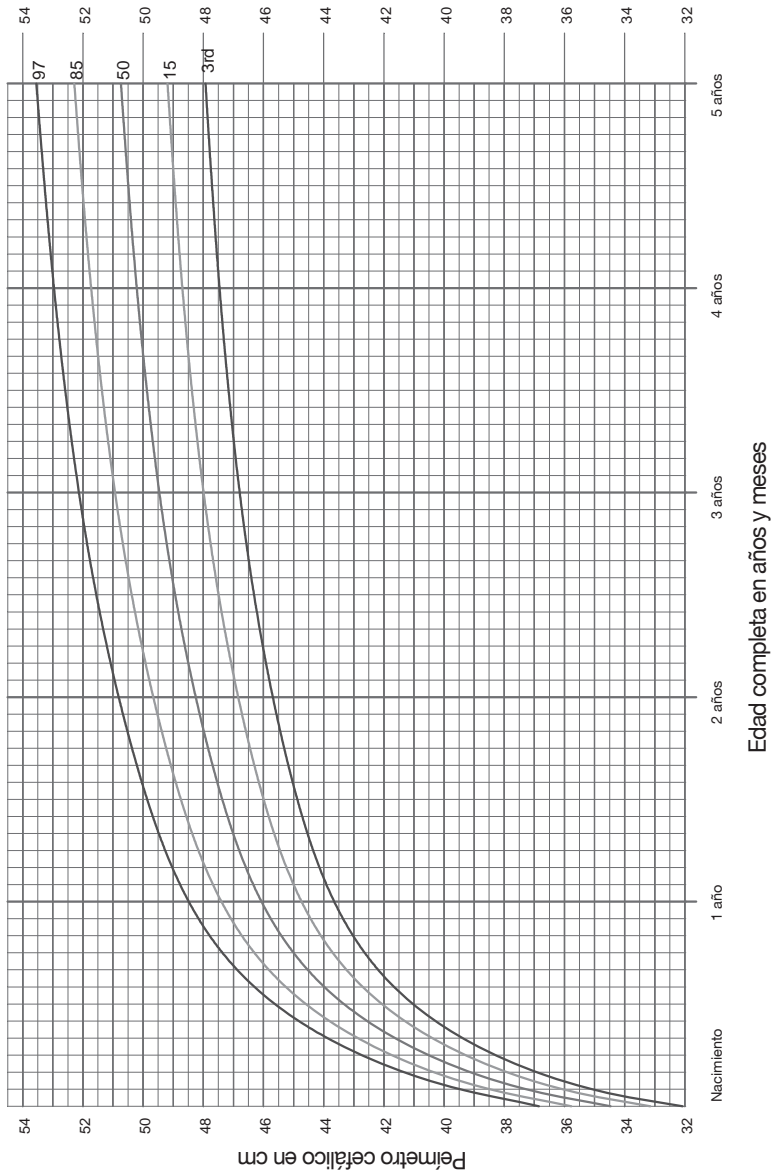


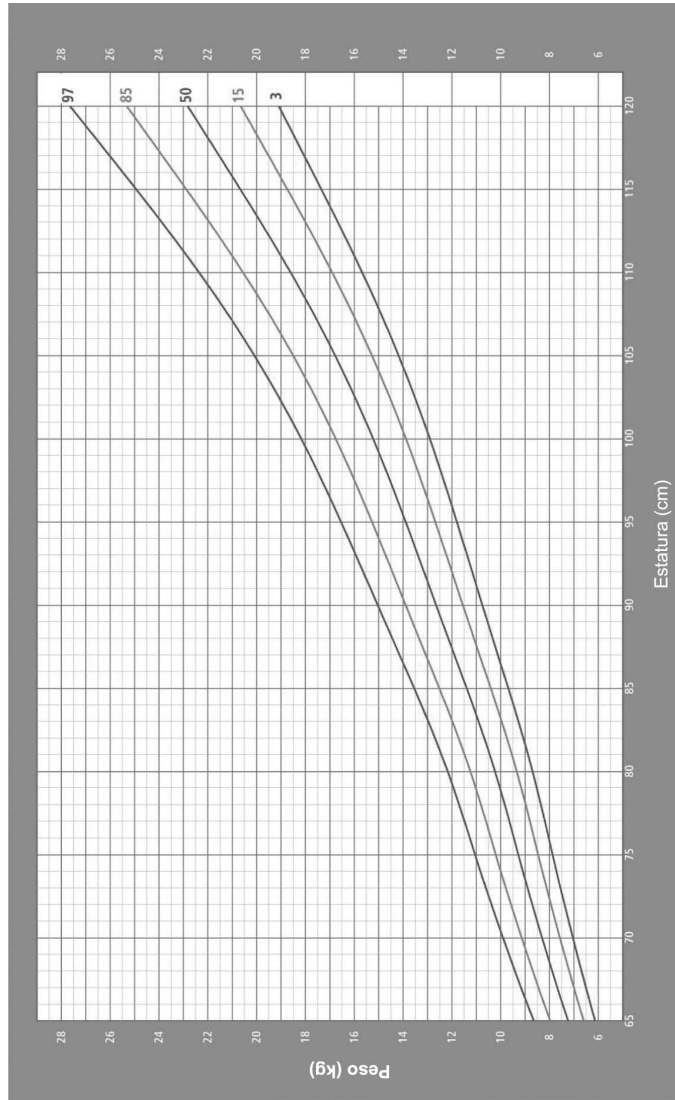


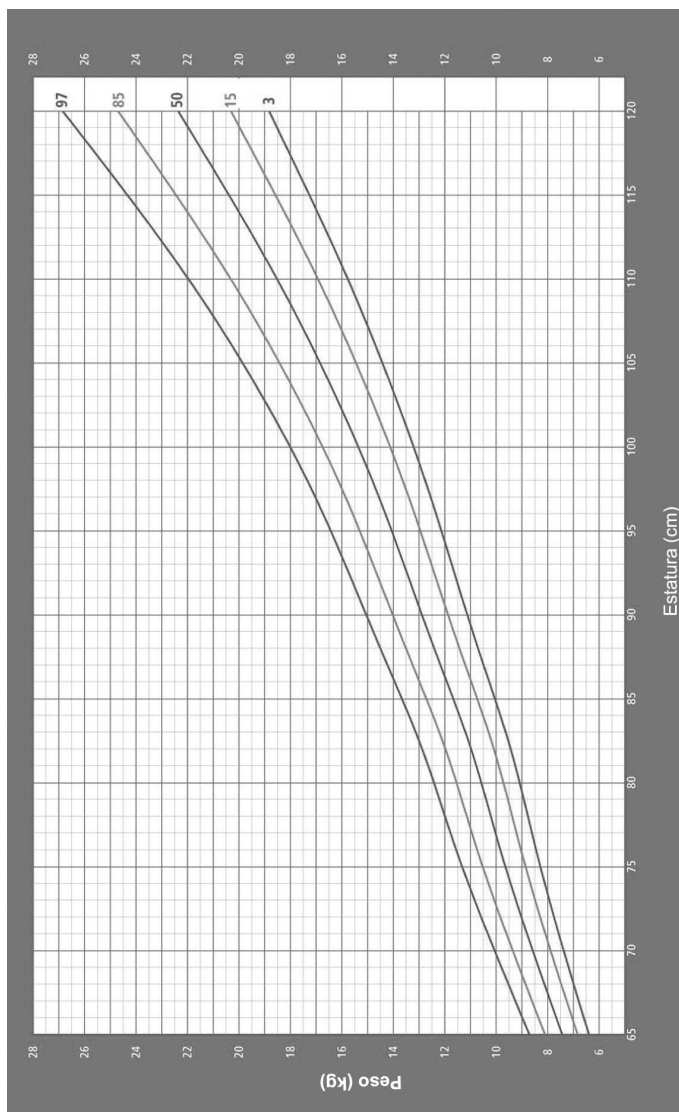














próxima consulta																				
recomendación																				
evaluación																				
alimentación	fórmula																			
	LME +f																			
	leche materna exclusiva																			
perímetro cefálico																				
talla																				
peso																				
EC																				
EG																				
fecha																				

próxima consulta																				
recomendación																				
evaluación																				
alimentación	fórmula																			
	LME +f																			
	leche materna exclusiva																			
perímetro cefálico																				
talla																				
peso																				
EC																				
EG																				
fecha																				



fecha																			
EG																			
EC																			
peso																			
talla																			
perímetro cefálico																			
alimentación	leche materna exclusiva																		
	LME +f																		
	fórmula																		
evaluación																			
recomendación																			
próxima consulta																			















breve resumen de tratamiento y evolución																		
días de internación																		
diagnóstico																		
fecha																		
lugar																		



breve resumen de tratamiento y evolución																			
días de internación																			
diagnóstico																			
fecha																			
lugar																			

Edad	Hepatitis B	BCG (1)	Cuádruple (DPT-Hib) (2)	Sabin (OPV) (3)	Triple Bacteriana (DPT) (4)	Triple Viral (SRP) (5)	Hepatitis A	Doble Viral (SR) (6)	Doble Bacteriana (dT) (7)
Recién Nacido	1ª dosis*	Dosis única **							
2 Meses	2ª dosis		1ª dosis	1ª dosis					
4 Meses			2ª dosis	2ª dosis					
6 Meses	3ª dosis		3ª dosis	3ª dosis					
12 Meses						1ª dosis	Dosis única		
18 Meses			4ª dosis	4ª dosis					
6 Años				Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis			
11 Años	Iniciar o completar esquema ***					Iniciar o completar esquema ****			
16 Años									Refuerzo
Cada 10 años									Refuerzo
Puerperio o Post-aborto inmediato								Única dosis ****	
Embarazada									Aplicar dos dosis a partir del segundo trimestre del embarazo ****

Embarazadas: Doble adultos dTa, 2 dosis a partir del 5to. mes de embarazo, 1er. Refuerzo al año y 1 dosis cada 10 años.

- (1) BCG: Antituberculosa
- (2) DPT Hib (Cuádruple): difteria, tétanos, pertussis, Haemophilus influenzae b.
- (3) OPV (Sabin): vacuna antipoliomielítica oral.
- (4) DPT (Triple bacteriana): difteria, tétanos, pertussis.
- (5) SRP (Triple viral): sarampión, rubéola, parotiditis.
- (6) SR (Doble viral): sarampión, rubéola.
- (7) dT (Doble bacteriana): difteria, tétanos.

\*Aplicar antes de las primeras 12 horas de vida. El Recién Nacido Prematuro con peso menor de 2 kg debe recibir la dosis neonatal (dentro de las 12 horas de vida) y 3 dosis más a los 2, 4 y 6 meses.

\*\* Antes de salir de la maternidad.

\*\*\* Si no fue vacunado previamente aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y la 3ª dosis a los 6 meses de la primera. Si recibió alguna dosis previamente completar con las dosis faltantes.

\*\*\*\* Aplicar una dosis si no recibió previamente dos dosis de triple viral, o bien 1 dosis de triple viral más 1 dosis de doble viral.

## Normas Nacionales de Vacunación

Se acepta completar el esquema de acuerdo a la edad cronológica, independientemente del peso de nacimiento, salvo la indicación de BCG, y se sugieren algunos puntos a tener en cuenta:

- BCG: aplicar cuando el niño tiene un peso igual o mayor a 2000gr.
- SABIN: si el bebé se encuentra todavía internado a los 2 meses, se debe vacunar para polio con vacuna Salk; si no se cuenta con ella, no colocar Sabín por estar contraindicada durante la internación por la eliminación viral.
- CUÁDRUPLE: puede aplicarse durante la internación. Se recomienda no aplicar vacuna antioqueluche (celular, que es la presente en cuádruple y triple estándar) en niños con posibilidades de presentar, o que ya presenten, un cuadro neurológico severo. En estos casos la indicación es la vacuna antiper-tussis acelular.

### Otras vacunas:

- Vacuna antigripal (influenza): recomendada para niños con DBP (displasia broncopulmonar) o cardiopatías congénitas, a partir del 6° mes y hasta los 3 años, 0,25 cc. con intervalo de 4 semanas a partir del mes de marzo. Si ya la había recibido en la estación invernal anterior, se debe indicar una sola dosis de 0,25 cc. A partir de los 3 años, 0,5 cc. con los mismos intervalos.

Se recomienda indicar la vacuna a los convivientes si el niño fuera menor de seis meses.

- Virus Sincicial Respiratorio (VSR): los niños de muy bajo peso al nacer y aquellos con DBP están en riesgo de padecer infecciones respiratorias bajas por VSR durante el final del otoño e invierno. Muchos de ellos pueden requerir internación y quedar con una enfermedad respiratoria crónica o agravar la ya existente, requiriendo oxígeno suplementario, broncodilatadores y/o diuréticos. Si bien hasta la fecha no se ha logrado desarrollar vacunas contra este virus, se dispone de evidencia sobre la efectividad y bioseguridad de la profilaxis pasiva con palivizumab (anticuerpo monoclonal). Por ello, además de poner especial énfasis en las medidas generales de prevención de las infecciones respiratorias agudas bajas (lactancia materna, lavado de manos, controles pediátricos, etc.), y en forma más estricta en los grupos de riesgo mencionados, la Sociedad Argentina de Pediatría avala las siguientes medidas específicas:

- Durante la estación predominante de VSR (abril a septiembre) se recomienda indicar en la población de riesgo una dosis mensual de 15 mg/kg de palivizumab por vía intramuscular hasta un total de 5 dosis y no más allá del mes de septiembre, considerando como población de riesgo:

**1** - RNPT nacidos con menos de 29 semanas de gestación menores de 1 año de edad al inicio de la estación de VSR o sean dados de alta durante la misma.

**2** - RNPT de 29 a 32 semanas de gestación que tengan menos de 6 meses de edad al comienzo de la estación de VSR o sean dados de alta durante la misma.

**3** - En los pacientes nacidos con más de 32 semanas de gestación y menos, o hasta, 35 semanas estaría indicado su uso si presentan tres o más de los siguientes factores de riesgo (sólo en menores de 6 meses al inicio de la estación de VSR y que sean dados de alta durante la misma).

- Edad posnatal menor a 10 semanas al comienzo de la estación.

- Ausencia de lactancia materna o duración menor de 2 meses.



- Hermanos o convivientes en edad escolar.
  - Asistencia a jardín maternal.
  - Antecedentes de familiares directos con asma.
  - Condiciones de hacinamiento en el hogar (mayor o igual a 4 por habitación según INDEC).
- 4** - Niños menores de 2 años con DBP que han requerido tratamiento (suplemento de O<sub>2</sub>, broncodilatadores, diuréticos) en los 6 meses anteriores al inicio de la estación de VSR o que son dados de alta durante la misma.
- 5** - Niños menores de 2 años con cardiopatía congénita, con alteración hemodinámica significativa (cardiopatías cianóticas, aquellas con requerimientos de medicación por insuficiencia cardíaca congestiva, y las que cursan con hipertensión pulmonar).

### Recomendaciones. Medidas generales

El Equipo de Salud debe destinar suficiente tiempo para explicar a sus pacientes que cada una de estas medidas representa una acción fundamental:

- *Promover la lactancia materna.* Teniendo en cuenta el indiscutible valor inmunológico de la leche humana, esta medida ofrece de manera simple y económica protección para diferentes enfermedades, no igualada ni superada por fórmulas lácteas de alta calidad.
- *Explicar la importancia del lavado de manos,* la higiene personal y de la casa, como así también evitar la contaminación ambiental con humo (tabaco, sahumeros, braseros, etc.).
- *Concurrir a los controles pediátricos* de rutina, para evaluar el estado nutricional y mantener actualizadas las vacunas, tener en cuenta que en poblaciones de riesgo es recomendable que reciban algunas inmunizaciones consideradas no obligatorias en la población general, como la vacuna antigripal a partir de los 6 meses y la antineumocócica.
- *Evitar asistencia a jardines maternas,* lugares públicos cerrados en época de riesgo y el hacinamiento, dentro de las posibilidades habitacionales de cada familia.
- *Educación familiar de pacientes de riesgo,* estimulando la consulta precoz ante los primeros síntomas de la enfermedad.
- Frente a la demanda espontánea es necesario *priorizar la atención* de este grupo de pacientes para disminuir el contacto con otros niños que pueden estar cursando enfermedades respiratorias.

# Registro de vacunación



vacuna	dosis	fecha	lote	vacunatorio firma	próxima dosis
HEPATITIS B	1ra.				
	2da.				
	3ra.				
BCG	única dosis				
SABIN	1ra.				
	2da.				
	3ra.				
	R				
	R				
Triple Viral (SRP)	1ra.				
	R				



vacuna	dosis	fecha	lote	vacunatorio firma	próxima dosis
Cuádruple DPT hib	1ra.				
	2da.				
	3ra.				
	R				
Hepatitis A					
Triple Bacteriana DPT	R				
Doble Adultos (dT)	R				
	R				
	R				
	R				
	R				



Este material fue realizado por



**APAPREM**  
ASOCIACION ARGENTINA DE  
PADRES DE NIÑOS PREMATUROS

Web: [www.apaprem.org.ar](http://www.apaprem.org.ar)

e-mail: [infoapaprem@apaprem.org.ar](mailto:infoapaprem@apaprem.org.ar)