

GOBIERNO DE CHILE  
JUNTA NACIONAL  
DE JARDINES INFANTILES

## MANUAL DE SALUD DEL PARVULO

# GUIA PARA LA PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD EN JARDINES INFANTILES

JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES

**Manual sobre Salud y Enfermedad del Párvulo.**

Nº Inscripción 94460  
Junta Nacional de Jardines Infantiles

Primera Edición : Octubre 1995. Santiago, Chile

**Autor:** Doctor Angel Guzmán  
Asesor en Salud Departamento Técnico JUNJI.

**Colaboración:** Dr. Francisco Villarroel  
Dra. Alma Romero  
Dr. Alejandro Zavala  
Profesionales del Departamento Técnico

Segunda Edición : Diciembre 2003.

**Actualización:** Dra. Liliana Escobar A.  
Asesor en Salud Departamento Técnico JUNJI

**Colaboradores** : Profesionales del Departamento Técnico

**Coordinación y Edición** : Nadra Fajardín P.

## INDICE

<b>SECCION 1.</b>	
<b>1.1 CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD</b>	<b>8</b>
<b>SECCION 2.</b>	
<b>PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES</b>	<b>10</b>
2.1. Crecimiento y desarrollo	11
2.2. Vacunaciones	18
2.3 Salud oral y enfermedad buco-dentaria	22
<b>2.4 PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE</b>	<b>29</b>
2.4.1 Alimentación saludable	31
2.4.2 Ejercicio físico	36
2.4.3 Cuidados del medio ambiente	37
<b>2.5 PREVENCION DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES</b>	<b>43</b>
2.5.1 Prevención del tabaco	43
2.5.2 Prevención del alcohol	44
2.5.3 Prevención de drogas	44
2.5.4 Prevención del maltrato infantil	45
<b>SECCION 3.</b>	
<b>ALTERACIONES DE LA SALUD</b>	<b>47</b>
3.1. Problemas de los órganos de los sentidos	47
3.1.1 Ojo y visión	47
3.1.2. Audición	50
3.1.3. Nariz y olfato	53
<b>3.2 ENFERMEDADES INFECCIOSAS</b>	
3.2.1 Aparato respiratorio	54
3.2.1.1 Infecciones respiratorias agudas (IRA)	54
3.2.1.2. Neumonía	60
3.2.2 Gastrointestinales	62
3.2.2.1. Prevención de infecciones gastrointestinales	62
3.2.2.2 Hepatitis viral	64
3.2.2.3 Diarrea aguda	66
3.2.2.4 Rota virus	70
3.2.2.5 Cólera	71
3.2.2.6. Intoxicaciones alimentarias	72
<b>3.2.3. ENFERMEDADES DE LA PIEL</b>	<b>74</b>
3.2.3.1 Sarna (escabiosis)	75
3.2.3.2 Pediculosis	77
3.2.3.3 Impétigo	79

<b>3.2.4 OTRAS ENFERMEDADES</b>		
3.2.4.	Meninges	80
3.2.5.	Generalizada: infección por virus inmunodeficiencia humana (VIH)	82
3.2.6.	Síndrome pulmonar por hanta virus	86
<b>3.3 APARATO LOCOMOTOR</b>		
3.3.1.	Displasia de caderas	89
<b>3.4 ENFERMEDADES DE RESOLUCION QUIRURGICA</b>		
3.4.1.	Fimosis	90
3.4.2.	Aumento de volumen del escroto	90
3.4.3	Criptorquidia	91
<b>3.5. SITUACIONES DE SALUD EMERGENTES</b>		
3.5.1	Cáncer de piel	93
3.5.2	Muerte súbita	95
<b>SECCION 4. ACCIDENTES EN LA INFANCIA</b>		
4.1.	Consideraciones generales	97
4.2	Situación actual de los accidentes en Chile	98
4.3	Prevención general de los accidentes	99
4.4	Elementos causales de lesiones	99
<b>4.5. Evaluación de la gravedad de un accidente de un niño</b>		100
4.5.1.	Cómo actuar en caso de accidente en el jardín infantil	100
4.5.2.	Cómo prevenir las complicaciones de un accidente	100
4.5.3	Organización del jardín infantil ante un accidente	101
<b>4.6 Accidentes más frecuentes en la infancia</b>		102
4.6.1	Caídas	102
4.6.2	Quemaduras	103
4.6.3	Asfixias	105
4.6.3.1.	Asfixia por atoramiento	105
4.6.3.2	Asfixia por inmersión	107
4.6.4	Intoxicaciones y envenenamientos	109
4.6.5	Accidentes de tránsito	111
4.6.6	Heridas	112
4.8.7	Traumatismos	113
<b>SECCION 5. POLITICAS</b>		
5.1	Criterios de admisión de niños enfermos a jardines infantiles	114
5.1. 1	Admisión de niños enfermos en general	114
5.1. 2	Enfermedades infecciosas trasmisibles	114
5.1. 3	Enfermedades que requieren cuidados personalizados	115
5.1. 4	Tratamientos médicos en jardín infantil	115
5.1. 5	Otras enfermedades infecciosas o parasitarias	115

5.1. 6	Afecciones de indicación quirúrgica	115
5.1. 7	Periodos de transmisibilidad	116
5.1. 6	Tabla anexa: periodos de transmisibilidad	117
<b>SECCION 6. GLOSARIO</b>		118
<b>SECCION 7. BIBLIOGRAFIA</b>		121

*LA NIÑEZ ANUNCIA AL HOMBRE;*

*COMO LA MAÑANA AL DIA.”*

John Milton: El paraíso perdido

## PRESENTACION

Nuestro compromiso institucional de otorgar una atención integral de calidad a los párvulos, nos plantea permanentes desafíos en pos de favorecer en los niños y niñas aprendizajes significativos en un entorno de seguridad y afectividad durante su permanencia en el establecimiento, fortaleciendo con nuestro saber especializado la labor educativa iniciada por la familia.

En el ámbito de la salud, se ha comprobado que el conjunto de comportamientos asociados a una vida sana tiene mayor probabilidad de ser adoptado por los individuos y de perdurar a lo largo de sus vidas, si el aprendizaje comienza precozmente y existe un reforzamiento continuo.

Es por ello que el ambiente educativo constituye un lugar estratégico para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud, y contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad educativa.

Todas las acciones que puedan realizarse para asegurar la salud y el bienestar de niños y niñas contribuyen a cimentar la salud durante la niñez, en la edad adulta y la de las futuras generaciones.

Es por ello que, como una forma de dar continuidad a la labor que desarrolla el personal de los jardines infantiles en este ámbito, presentamos una actualización del Manual de Salud del Párvulo JUNJI, que esperamos sirva de apoyo para la entrega de conocimientos a los párvulos y sus familias en el tema de la salud infantil.

**ADRIANA MUÑOZ BARRIENTOS**  
**VICEPRESIDENTA EJECUTIVA**  
**JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES**

## INTRODUCCION

Existe consenso en que los primeros años de vida son cruciales en la formación de un individuo, y que el cuidado y el ambiente que se entregue a los niños y niñas en esta etapa de tanta vulnerabilidad influirá sustantivamente en su desarrollo biosicosocial.

El personal de los jardines infantiles tiene una gran responsabilidad con los párvulos en el sentido de crear las condiciones para el pleno desarrollo físico, psíquico, emocional, personal y social de los niños y niñas; y un compromiso con la familia y sus hijos al entregar conocimientos, habilidades y destrezas, para adoptar conductas responsables en lo que respecta a su salud física y mental.

En este sentido, el Manual de Salud del Párvulo que se presenta a continuación, procura entregar conocimientos al personal de los jardines infantiles, que les permitan colaborar eficazmente en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades y accidentes de los niños y niñas que concurren a nuestros establecimientos, y a su vez apoyar la educación en salud del grupo familiar.

En cuanto a su contenido, el manual está dividido en siete secciones, que agrupan temas afines con un mero sentido práctico. En estas páginas tendremos la visión de salud y enfermedad, promoción de la salud y prevención de enfermedades, alteraciones de la salud, accidentes en la infancia, políticas de admisión de niños en jardines infantiles, glosario y bibliografía.

## SECCION 1: CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Por todos es conocido y aceptado que la salud es uno de los pilares básicos del bienestar de las personas. Al mismo tiempo personas e instituciones coinciden en que la salud es un elemento clave para el progreso y la prosperidad de pueblos y naciones.

**La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “UN ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL, Y NO SOLAMENTE LA AUSENCIA DE ENFERMEDADES”.**

Tal definición encierra objetivos ideales que en cierta forma la hacen inalcanzable. Constituye entonces una declaración de intenciones a la que hay que sumar el hecho de que este ideal no tiene un valor absoluto y único, sino que depende de múltiples factores, variando de una persona a otra y entre las diferentes comunidades.

En la medida que el conocimiento del proceso de salud-enfermedad ha sido perfeccionado, se ha logrado conocer también los factores que influyen la salud y por tanto posibilitan conductas deseables, tendiendo al desarrollo de nuevos enfoques y responsabilidades.

En este punto, hoy: la nutrición, la educación, como las condiciones de vivienda, de trabajo, de seguridad laboral, el medio ambiente, el nivel de ingresos, la paz ciudadana, la equidad social y el acceso a la atención médica influyen en el nivel de salud alcanzado por los individuos y las comunidades. Por esta razón, la preocupación y el interés por mejorar la salud de la población concierne a todos los gobiernos y en nuestro país ha sido declarada como una de las prioridades.

Desde la firma de la Carta de Ottawa (1986) la promoción de la salud es estrategia clave en el avance en materias de salud; ésta considera como elemento esencial la intersectorialidad, lo que hace imprescindible hoy en día la participación de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) para alcanzar los objetivos propuestos.

Entre los elementos que incluye la promoción de la salud están los estilos de vida saludables, y la mejor oportunidad para su incorporación y seguimiento es en las etapas tempranas de la vida. Al mismo tiempo, este párvulo se puede convertir en un agente de salud y promotor de los estilos de vida saludables a las nuevas generaciones y al interior de su propio entorno familiar. Vale decir, en nuestras manos tenemos la oportunidad invaluable de educar y de mejorar las condiciones para una vida saludable, no debemos despreciarla, sino aprovecharla en la mejor medida.

## SECCION 2: PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES

El Ministerio de Salud define la promoción de la salud como una estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad, en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de salud y mejoramiento de la calidad de vida. Tanto la prevención de la salud como su promoción persiguen lograr distintos niveles de salud:

**La promoción de la salud** aborda el aspecto positivo de la salud, es decir, pretende determinar qué hacer para mantener la salud, bajo un enfoque integrador, intersectorial y comunitario, volcando la responsabilidad de la salud al ámbito colectivo.

Por lo tanto, es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La educación juega un papel trascendental en la transformación de las condiciones de vida y los cambios de conductas no saludables.

**La prevención de salud** pretende determinar qué hacer para evitar la enfermedad, partiendo de un aspecto negativo del concepto de salud: la enfermedad.

La prevención empieza con una amenaza a la salud -una enfermedad o un peligro ambiental- y busca proteger a tantas personas como sea posible de las consecuencias dañinas de dicha amenaza.

De esta forma, al intervenir cuando la enfermedad o el “desequilibrio” ya existe se puede conseguir tratar la enfermedad total (Ej.: tratamiento de amigdalitis aguda) o parcialmente (Ej.: tratamiento de infarto), o bien evitar un mayor daño (Ej. tratamiento de meningitis bacteriana) o por último controlar el ritmo de avance de la enfermedad (Ej.: tratamiento adecuado y oportuno de las enfermedades crónicas). Por otra parte, si la intervención es realizada antes de la aparición de la enfermedad se puede evitar la aparición del daño (Ej.: vacunaciones) o bien, disminuir los factores de riesgo conocidos de las enfermedades (Ej.: consumo de tabaco) y finalmente contribuir a mejorar las condiciones de salud de los individuos o de una población (promoción). La estrategia preventiva tiene especial importancia en el caso de enfermedades infecto –contagiosas inmunoprevenibles, nutricionales, enfermedades cardiovasculares, de salud buco dental y salud mental.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Referencias.  
Ver Bibliografía N°1.

## 2.1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El proceso de desarrollo humano es uno solo, aun cuando sus diversos aspectos (físico, emocional, cognitivo, etc.) no ocurren necesariamente con el mismo ritmo. Si bien pueden existir diferencias en la cronología entre el desarrollo físico y el psicológico o el social, lo cierto es que son más las coincidencias temporales que los desajustes entre las distintas instancias de desarrollo.

El crecimiento y el desarrollo de un individuo están determinados por factores genéticos y ambientales, siendo la nutrición un componente fundamental entre estos últimos. El aporte adecuado de nutrientes permite un crecimiento armónico que refleja fielmente el potencial genético. En cambio, la alimentación insuficiente puede comprometer el ritmo de crecimiento. La menor expresión del potencial genético puede ser permanente si ocurre en etapas tempranas de la vida y por periodos prolongados.

### 1. ¿Qué es crecimiento?

Es el proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo, incremento que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular.

Es el desarrollo progresivo de un ser vivo, de una parte o de todo el organismo, desde las etapas más tempranas hasta la madurez, incluyendo el aumento de tamaño.

La sucesión de eventos es igual para todos los individuos, pero se pueden observar diferentes velocidades entre un niño y otro, lo cual determina individuos distintos en forma y tamaño. La velocidad de crecimiento es influenciada por condiciones del medio, como la nutrición y las enfermedades.

### 2. ¿Qué es desarrollo?

Es la serie de cambios mediante los cuales el embrión se transforma en un organismo maduro. Es un proceso cualitativo de maduración de las funciones de órganos y sistemas, las que se hacen cada vez más complejas y perfectas.

Es el proceso gracias al cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas, y que es producido a través de los fenómenos de crecimiento y especialización o integración.

### 3. ¿Por qué es importante evaluar el crecimiento y desarrollo?

El desarrollo del individuo en todos sus aspectos puede verse como una sucesión ordenada de estadios en los cuales cada uno de ellos tiene que alcanzar un nuevo equilibrio.<sup>2</sup>

Es importante el concepto holístico del hombre, mirar al futuro del individuo partiendo de una realidad que comienza con la gestación. Visto así, la mirada se vuelve hacia los primeros años, porque es en esta etapa donde se cimienta gran parte de la calidad de la vida del hombre.

---

<sup>2</sup> Referencias:

Ver Bibliografía N° 6, 7 y 8,9.

Satisfacer las necesidades físicas, emocionales y educacionales del niño constituye, así, un quehacer fundamental, tanto a nivel individual como comunitario. Para constatar que esta tarea se realice de forma adecuada se requiere del uso de técnicas estandarizadas. Por eso, la acción que debe llevarse a cabo para supervisar el crecimiento y desarrollo adquiere un significado que trasciende a la infancia, para proyectarse en la vida futura del adulto.

#### **4. ¿Cómo se evalúa el crecimiento y desarrollo del niño?**

El crecimiento y maduración de las funciones siguen un patrón uniforme y definido, progresando en una forma esperada, lo que permite comparar las medidas de los casos en evaluación con respecto a los valores normales de tablas y gráficos de referencia para cada edad y sexo.

Es importante mantener una supervisión periódica del crecimiento y desarrollo, enfatizando la detección precoz de cambios en el canal de crecimiento, el fomento de la lactancia materna, la indicación oportuna de suplementos lácteos cuando fueren necesarios, la introducción progresiva de alimentos sólidos de acuerdo a las necesidades del niño, la entrega de contenidos educativos orientados a la formulación de una dieta equilibrada, en concordancia con las posibilidades familiares.

#### **5. ¿Qué indicadores se utilizan para medir crecimiento y desarrollo del niño?**

- a) Indicadores de crecimiento:
  - Dimensiones corporales (peso, talla, perímetro cefálico).
  - Composición de los tejidos.
  - Tamaño celular.
  
- b) Indicadores de maduración:
  - Desarrollo dentario.
  - Modificaciones del tejido óseo.
  - Evolución de los caracteres sexuales secundarios.
  - Transformación endocrina.

Las medidas aisladas sólo reflejan un instante en la vida del niño. La evolución de las dimensiones corporales en el tiempo, “velocidad de crecimiento”, tiene una gran trascendencia, ya que permite realizar un diagnóstico más acertado del niño y pesquisar tempranamente las desviaciones de la normalidad.

La apreciación del nivel de maduración de un sujeto permite definir la etapa biológica alcanzada o “edad biológica”.

- c) Indicadores de desarrollo psicomotor:
  - Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) del menor de 2 años.
  - Test del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) del menor de 2 – 5 años.

Ambos test son de autores chilenos y estandarizados en Chile. Son los métodos actualmente utilizados por los Servicios de Salud.

## **6. ¿Importan las técnicas de medidas?**

El conocimiento de la descripción de técnicas de medidas es tan importante como su aplicación correcta y uniforme, especialmente cuando un niño es medido por diferentes personas en fechas diferentes.

En la JUNJI la talla se mide convencionalmente en forma diferente al menor de 2 años (longitud = acostado) que al de 2 años o más (talla = de pie).

## **7. ¿Qué tablas y curvas de crecimiento usar?**

A contar de 1994, el Ministerio de Salud ha adoptado las tablas y curvas NCHS/OMS como parámetro para las diferentes evaluaciones del crecimiento pondero-estatural del niño.

Como resultado de estas evaluaciones, surgen calificaciones nutricionales diferentes para OBESIDAD (OB), SOBREPESO (SP), NORMAL (N), RIESGO (R) y DESNUTRICION (D), de acuerdo a las referencias de las tablas y curvas de crecimiento de NCHS/OMS.

## **8. ¿Cómo usar las calificaciones nutricionales?**

Los indicadores nutricionales definidos para evaluar el crecimiento pondero-estatural del niño son:

- Relación peso para la talla: P/T
- Relación peso para la edad: P/E
- Relación talla para la edad: T/E

El uso combinado de los indicadores nutricionales P/T, P/E y T/E con cada una de sus opciones normal (NR), bajo (BJ) y alto (AL) se denomina “Diagnóstico Integrado”. Bajo este enfoque se han definido los siguientes criterios generales:

- “Todo niño con relación P/T NR (peso normal para la talla) no es desnutrido, cualquiera sea su P/E y su T/E”.
- “Todo niño con P/T BJ (peso bajo para la talla) debe considerarse al menos subalimentado”.
- “Todo niño con P/T AL (peso alto para la talla) debe considerarse al menos sobrealimentado”.

## **9. ¿Qué factores afectan el crecimiento y maduración?**

### **a) Genético**

- En casos de crecimiento y maduración insuficientes, lo primero que debe evaluarse es la evolución de esos parámetros en sus padres; sin embargo, debe recordarse que los factores genéticos tienen una influencia permanente y que, a la vez, están sujetos a las condiciones del ambiente.

### **b) Neural**

- Se postula la existencia de un “centro de crecimiento” ubicado en el hipotálamo que interactúa con la parte anterior de la hipófisis.
- La lesión de un nervio trae como consecuencia la atrofia del correspondiente músculo estriado.

### **c) De control hormonal**

- En la vida postnatal la hormona del crecimiento influye en la longitud de huesos, facilita la síntesis proteica, inhibe la síntesis de grasa y la oxidación de hidratos de carbono; otras hormonas también participan en el crecimiento y desarrollo. La hormona tiroidea juega un papel indiscutido en el crecimiento y maduración de huesos, dientes y cerebro.

### **d) Nutricional**

- La cantidad y calidad de nutrientes son importantes para un crecimiento normal. El requerimiento calórico diario por Kg. peso en los primeros meses de vida post-natal es de 100 – 120 Cal/Kg. La hipo nutrición en el niño, según su gravedad y duración, puede ocasionar alteraciones reversibles o irreversibles.

### **e) Socioeconómico**

- En niveles socioeconómicos más elevados la talla tiene diferencia media de 2.5 cm. a los 3 años y 4.5 cm. en la adolescencia, hay también diferencias en el peso corporal.
- Influyen además el aspecto nutricional y otras causas: ambiente familiar, balance sueño –ejercicio, normas básicas de higiene.

### **f) Estacional**

- En adolescentes se observó que el incremento de talla es 2.5 veces más rápido en primavera que en otoño.

### **g) Ejercitación física**

- La actividad física aumenta la masa muscular, reduce depósitos de grasa; la falta de ejercicios causa obesidad en niños.

### **h) Enfermedades intercurrentes**

- Existe una lentitud del crecimiento asociada a enfermedades (sobre todo las prolongadas); pasada la enfermedad puede observarse aceleración del crecimiento.

### **i) Emocional**

- La carencia de afecto puede ser causa de subnutrición, o de alteración del crecimiento.
- La asociación es tan importante, que las alteraciones del niño indican, en grado muy marcado, anomalías en la personalidad de la madre.

### **j) Cultural**

- El grado de cultura, los hábitos regionales y el adecuado aprendizaje de las madres sobre puericultura son factores importantes a considerar.

### 10. ¿Qué se sabe sobre la velocidad del crecimiento postnatal?

- a) El crecimiento es un fenómeno continuo, que no se produce a una velocidad constante.
- b) El niño crece rápidamente hasta los tres años de vida y, luego, con mayor lentitud hasta la pubertad, en la que se produce una nueva aceleración.
- c) Los tejidos y órganos no crecen a la misma velocidad, por lo que debe conocerse la evolución de más de un dato antropométrico.

### 11. ¿De qué depende el crecimiento normal de un niño?

De la adecuada disponibilidad de energía y nutrientes en el nivel celular. No basta que los alimentos estén en el presupuesto del hogar o de una institución, en el plato que se sirve, o en lo que el niño ingiere, ya que la utilización de los nutrientes a nivel celular puede verse afectada por los factores ya mencionados.

Desde un punto de vista de evaluación del estado nutricional, los aportes deben prevenir una malnutrición y sus efectos. Si el aporte calórico y/o de algunos nutrientes específicos está por debajo de los requerimientos, se producen problemas de desnutrición.

Esta situación ha mostrado una tendencia clara a la disminución en nuestro país, si bien existen localidades y situaciones de salud de los menores que aún la provocan.

Contrariamente a lo observado con los problemas nutricionales por déficit, la sobrealimentación ha experimentado una tendencia creciente en los últimos años, desplazándose a edades cada vez más tempranas. En nuestro país, estadísticas recientes registran una prevalencia de sobrepeso y obesidad cercana al 25 % en menores de seis años y hasta 30 a 40 % en escolares y adolescentes. Aun cuando los niños obesos tienden a ser más altos que sus pares normopeso, esto no se traduce en una talla final mayor, ya que la desaceleración del crecimiento ocurre a edades más tempranas. Además, la obesidad infantil aumenta el riesgo de obesidad en etapas posteriores y se asocia a mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto. A la luz de las estadísticas recién mencionadas este aspecto se perfila como una de las preocupaciones emergentes de la pediatría.

### 12. ¿Qué incrementos aproximados son esperables en un crecimiento postnatal normal?

Los incrementos aproximados esperables pueden ser:

	En año 1º	En año 2º	Luego hasta la pubertad
En talla	25 cm.	12 a 13 cm.	5 – 6 cm./año
En peso	Triplica peso de nacimiento	Cuadruplica peso de nacimiento	2.000/2.750 gr. al año

### **13. ¿Qué es desarrollo psicosocial?**

El despliegue progresivo de la capacidad del ser humano de interactuar con su medio ambiente.

### **14. ¿Qué factores favorecen el desarrollo psicomotor?**

Una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada y oportuna.

### **15. ¿Cómo se puede evaluar el desarrollo psicomotor?**

Los niños sanos siguen un patrón de desarrollo o de adquisición de habilidades. Este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando adecuadamente.

Con ellos se han elaborado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje.

Existen pautas de "screening" o tamizaje, rápidas de aplicar (10-15 minutos), que seleccionan niños de riesgo o retraso, pero no precisan el área del daño o la magnitud del retraso.

Entre otras, estas pruebas son: el Test de Denver (USA) y el EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor) de Soledad Rodríguez y cols. (Chile). Existen otras pruebas de evaluación del desarrollo psicomotor, que son más largas de aplicar (40-50 min.) y requieren de personal entrenado, cuya ventaja es poder definir mejor el retraso, su magnitud y las áreas de mayor problema. Estas pruebas son el Bailey (USA), el Mullen (USA) y el Griffiths (Inglaterra), entre otras.

### **16. ¿Cómo evaluar el desarrollo de las funciones intelectuales?**

La manera más extendida de evaluar el desarrollo intelectual es mediante pruebas de inteligencia o pruebas psicométricas, que pretenden medir habilidades específicas en los campos del lenguaje, cálculo, la memoria y la capacidad asociativa, deductiva e inductiva.

Otra manera de calibrar la capacidad intelectual es mediante la apreciación del desarrollo cognoscitivo, que permite determinar la adquisición de las facultades intelectuales de una manera progresiva, siguiendo una secuencia determinada. Gran impulso a este enfoque lo dieron los trabajos del psicólogo suizo Jean Piaget.

### **17. ¿Qué es la inteligencia?**

“Desde el punto de vista operativo, inteligencia es el proceso a través del cual el niño aprende a usar los instrumentos de su cultura a manera de conocer y manipular el medio ambiente”.

“Inteligencia es la potencialidad heredada que por influencia del ambiente puede o no alcanzarse al máximo como una capacidad de adquirir fácil y rápidamente un nuevo conocimiento, o una habilidad actual y presente para actuar, que depende -por lo tanto- del aprendizaje, del estímulo y de los propósitos del sujeto”.

Bayley dijo de ella: “la inteligencia me parece más bien una dinámica sucesión de funciones de desarrollo con las más avanzadas y complejas en jerarquía, dependiendo de la maduración previa de otras, más tempranas y tal vez más sencillas, dadas por supuesto condiciones normales de cuidado y atención del niño”.

### **18. ¿Qué es la inteligencia emocional?**

Este término fue usado por primera vez en 1990 por los psicólogos Peter Salovey, de la Universidad de Harvard, y John Mayer, de la Universidad de New Hampshire. Se lo empleó para describir las cualidades emocionales que parecen tener importancia para el éxito y que incluyen: empatía, expresión y comprensión de los sentimientos, control del “genio”, independencia, capacidad de adaptación, simpatía, capacidad de resolver problemas en forma interpersonal, persistencia, cordialidad, amabilidad y respeto.

### **19. ¿Cómo favorecer el buen desarrollo psicosocial de los niños?**

A continuación un decálogo básico que cumple el objetivo antes expresado:<sup>3</sup>

- Para el niño es fundamental el contacto estrecho con sus padres antes y en el momento de nacer.
- El niño necesita establecer un vínculo o relación de afecto y amor con sus padres o las personas que lo cuidan.
- El niño necesita un intercambio con su medio a través del lenguaje y del juego.
- El niño necesita hacer las cosas por sí mismo para alcanzar un grado adecuado de autonomía o independencia.
- El niño necesita la valoración positiva para tener una buena autoestima y confianza en sí mismo.
- El niño necesita tener un mínimo de seguridad y estabilidad.
- El niño necesita poder expresar sus emociones y sentimientos sin temor a ser reprimido o castigado.
- Cada niño es distinto, tiene su propio temperamento y su propio ritmo; no todos los niños aprenden con la misma rapidez.
- Las familias estimuladoras, cariñosas y apoyadoras tienen niños más sanos y felices.
- Los padres y adultos deben evitar golpear, maltratar, asustar, descalificar o engañar a los niños. Un ambiente de irritación, violencia o inestabilidad prolongada es perjudicial para el desarrollo infantil.

---

<sup>3</sup> Referencias:

Ver Bibliografía N° 2, 3, 4, 5.

## **2.2 VACUNACIONES**

### **2.2.1 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas. Chile es un país suscrito al cumplimiento de las metas internacionales del PAI.

#### **1. ¿Por qué es necesario vacunar a los niños?**

Las enfermedades transmisibles siguen siendo una causa importante de enfermedad, en especial de los menores. Pueden ser evitadas mediante medidas de protección específicas, como son las vacunas.

La calidad y duración de inmunidad que se alcanza con cada vacuna es diferente, por lo que en algunas basta con una sola dosis y en otras hay que colocar varias dosis para obtener efectos deseables.

#### **2. ¿Cuáles son los objetivos del PAI?**

- Disminuir la enfermedad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud.
- Erradicar la Poliomielitis y el Sarampión.
- Mantener niveles de protección adecuada mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.

#### **3. ¿Qué logros ha tenido el PAI?**

- Disminución de los casos y muertes por Tuberculosis, especialmente a causa de Meningitis Tuberculosa.
- Erradicación de casos de Poliomielitis o Parálisis Infantil en nuestro país desde 1975, debido a las campañas masivas de vacunación que se han realizado cada 2 años, y a la mantención de las vacunaciones en forma regular.
- Disminución de Difteria, Coque luce y Tétanos.
- Proceso de eliminación del Sarampión.
- Disminución del número de casos de Parotiditis y Rubéola.
- Disminución significativa del número de casos de enfermedad severa producida por el Haemophilus Influenzae tipo B.

#### **4. ¿Quiénes pueden acceder al PAI?**

Todos los niños y niñas pueden y deben acceder a este programa ya que el Estado financia y garantiza que las vacunas sean gratuitas para todos los niños. Para ello, las familias se deben acercar al Consultorio de Atención Primaria más cercano a su domicilio y presentar la tarjeta de control de salud; de esta forma el niño obtendrá las vacunas del calendario de vacunación

#### **5. ¿Qué enfermedades previenen las vacunas en uso en Chile?**

- Sarampión
- Tos Convulsiva
- Poliomielitis parálítica

- Tuberculosis
- Tétanos
- Difteria
- Rubéola
- Parotiditis
- Enfermedades invasivas producidas por Haemophilus Influenzae tipo B (Hib).

### ESQUEMA DE VACUNACIONES

El esquema que se presenta a continuación no es definitivo y puede sufrir modificaciones, tanto en la composición de las vacunas como en las edades en que deben ser aplicadas, en relación al momento epidemiológico que se está viviendo.

CALENDARIO DE VACUNACION INFANTIL EN CHILE	
EDAD	TIPO DE VACUNA
Recién nacido	BCG (Tuberculosis)
2, 4 y 6 meses	POLIO, Hib (Haemophilus Influenzae tipo B, DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos).
12 meses	Tresvífica: SRP (Sarampión, Parotiditis, Rubeóla)
18 meses	DPT – POLIO
4 años	DPT – POLIO
1º BASICO (6 años)	Tres vírica y BCG
2º BASICO (7 años)	Toxoide DT (Difteria-Tétanos)

#### 6. ¿Qué hacer si el esquema de vacunación está retrasado?

Cuando no ha sido posible cumplir el esquema, se debe establecer una prioridad de vacunación en relación con la edad de los niños: En el menor de 11 meses tienen prioridad las vacunas antipoliomielítica y DPT.

A partir de los 12 meses la prioridad corresponde a la vacuna Sarampión-Rubéola-Parotiditis, S.R.P. (tres víricas), las que se pueden colocar simultáneamente con las vacunas DPT y antipoliomielítica. Las inyectables simultáneas deben aplicarse en distinto sitio de colocación.

#### 2.2.2 RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL PERSONAL DE JARDINES INFANTILES ACERCA DE VACUNACIONES

- Colaborar con el personal de salud, en el sentido de chequear que las vacunaciones estén al día, esto significa evitar oportunidades perdidas.
- En el menor de 6 meses chequear la existencia de cicatriz de BCG (en brazo izquierdo). De no estar presente, derivar al consultorio para su evaluación.
- Participar en la vigilancia de reacciones adversas y actuar según las recomendaciones.

#### 1. ¿Qué contraindicaciones tienen las vacunas del PAI?

Es necesario que la comunidad conozca que existen situaciones -escasas- en las cuales NO SE RECOMIENDA SU ADMINISTRACION. Estas situaciones se detallan a continuación:

- Enfermedad GRAVE en evolución.
- Fiebre alta.

- Anafilaxia (reacción alérgica severa y generalizada) a algún componente de la vacuna o sustancia similar en la que fue preparada.
- Inmunodeficiencia celular, humoral o mixta, o inducida por algún tratamiento inmunosupresor.
- Embarazo, para los casos de vacunas virales vivas atenuadas.
- La vacuna DPT (Difteria, Pertussis y Tétano) está contraindicada en casos de enfermedad neurológica en evolución y en casos de epilepsia rebelde al tratamiento, o si después de recibir la 1ª dosis de DPT el niño presentó lo siguiente:
  - Encefalopatía en los 7 días siguientes a la administración.
  - Fiebre mayor o igual a 39,5° C, dentro de las 48 horas después de la vacunación.
  - Shock- hipotonía en las 48 horas siguientes a la administración de la vacuna.
  - Síndrome de llanto persistente 3 horas después y hasta 48 horas post vacunación.
  - Crisis convulsiva dentro de los 3 primeros días después de la vacunación.

**1. ¿Qué reacciones adversas pueden presentar las vacunas?**

Como cualquier otro producto biológico, las vacunas eventualmente pueden producir reacciones, según lo que muestra el cuadro siguiente:

VACUNA	EVENTOS ESPERADOS	RECOMENDACIONES
ANTIPOLIO	Muy rara alguna reacción	-----
BCG (Tuberculosis)	Adenitis axilar o supraclavicular supurada.	Consultar médico.
D.P.T. (Difteria, Pertussis, Tétanos)	Malestar transitorio, dolor localizado, enrojecimiento e inflamación de la zona inyectada, fiebre moderada, inquietud las primeras 24 horas, insomnio.	Dar agua a beber en abundancia. Vestimenta adecuada a temperatura ambiental. Medidas para disminuir la fiebre (paños tibios), paracetamol: según indicación médica.
TRES VIRICA SRP (Sarampión Rubéola Parotiditis)	Dolor transitorio en sitio de inyección, fiebre moderada, exantema leve, síntomas de resfrío, coriza, inflamación de glándulas salivales.	Dar agua a beber en abundancia. Vestimenta adecuada a temperatura ambiental. Medidas para disminuir la fiebre (paños tibios).
ANTI Hib (Haemophilus Influenzae tipo B)	Malestar transitorio, dolor localizado, inflamación en sitio de inyección, fiebre moderada.	Generalmente no requiere tratamiento.

Se recomienda consultar en el establecimiento de salud que corresponda, de acuerdo a la severidad de las reacciones observadas y a la respuesta a las medidas recomendadas.

## **2.2.3. INMUNIZACIONES NO PROGRAMADAS VACUNACION ANTIRRABICA**

### **1. ¿Qué es la rabia?**

La rabia es una encefalomiелitis aguda, casi siempre mortal, que cursa en 2 a 6 días. Sólo evitable con la vacuna.

### **2. ¿Quiénes deben vacunarse?**

Debe vacunarse toda persona mordida por perro, gato y otro animal susceptible de contraer rabia, (murciélago, por ej.), según las pautas establecidas. Por esta razón se recomienda consultar en los servicios de urgencia de salud ante accidentes de esta naturaleza, a efecto de que el personal de salud defina la necesidad de iniciar la vacunación.

Asimismo, debe vacunarse toda persona que haya estado en contacto con un animal hidrófobo (enfermo por rabia). La aplicación de la vacuna se hace por vía subcutánea, repetida diariamente durante 6 días.

En caso de que el examen del animal mordedor resulte positivo, así como en caso de perro o animal clínicamente hidrófobo que ha sido muerto o sacrificado, reforzar con dosis adicional a los 21 y 90 días de iniciado el tratamiento de acuerdo al esquema de la vacunación antirrábica.

### **3. ¿Qué reacciones puede producir la vacuna antirrábica?**

Reacciones locales o generales a la vacuna: puede presentarse dolor, edema, eritema, exantema y prurito en el sitio de la inyección. Puede haber fiebre. Contradicciones: las personas que están recibiendo la vacuna no deben hacer ejercicios prolongados, ni deben excederse en las bebidas alcohólicas.

## **VACUNA ANTI HEPATITIS TIPO B**

### **1. ¿Qué es la Hepatitis Tipo B?**

La Hepatitis B es una afección causada por un virus, hepadnavirus, que ataca el hígado, pudiendo producir daños severos a este órgano, y en algunos casos la muerte.

### **2. ¿Cómo se transmite la Hepatitis B?**

A diferencia de la Hepatitis A, la Hepatitis B no se transmite por vía fecal oral.

El virus de la Hepatitis B se encuentra en la sangre y en casi todos los fluidos corporales. Sin embargo, sólo se ha demostrado que son infectantes la sangre, la saliva, el semen y las secreciones vaginales.

### **3. ¿Quiénes deben vacunarse?**

En Chile, esta vacuna no está incluida en el programa obligatorio, pero se aplica ocasionalmente a grupos de riesgo o personal de salud que ha sufrido accidentes con riesgo.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 6, 7 y 8,9.

## **2.3 SALUD ORAL Y ENFERMEDAD BUCO-DENTARIA**

### **1. ¿Qué entendemos por salud oral en el niño?**

Es la capacidad de desarrollar, conservar y utilizar en su oportunidad la dentadura normal para la edad, así como las estructuras bucales normales, en la alimentación, respiración, comunicación, estima personal, socialización. Además, involucra la ausencia de enfermedades buco dentarias.

### **2. ¿Cómo se realiza el desarrollo del aparato buco dentario?**

La boca y sus estructuras se forman tempranamente en la gestación. A los 3 meses de vida intrauterina ya están formadas todas las estructuras que conforman la boca y la cara. Al momento del nacimiento el ser humano debe tener desarrollado este aparato para realizar las complejas funciones de succión y deglución (tragar).

### **3. ¿Cuáles son las funciones de este aparato?**

En la boca se realizan diversas funciones:

- Algunas relacionadas con la nutrición como la succión, la deglución, la masticación y además el sentido del gusto.
- También participa en las relaciones con los otros, por la fono-articulación (lenguaje).
- Asimismo, se realizan funciones relacionadas con el plano afectivo como la sonrisa, la gesticulación y el beso.

Sin duda, unos dientes sanos y bien alineados tienen gran importancia en la autoestima y la apariencia personal.

### **4. ¿Cuáles son las piezas dentarias?**

La forma anatómica de las coronas (estructura dentaria a la vista) es distinta según la función que cada pieza dentaria desempeña:

- Incisivos, de forma aplanada con un borde como cincel para cortar.
- Caninos, de forma triangular, terminados en punta, para desgarrar.
- Premolares y molares, con una superficie más amplia, para moler y triturar.

### **5. ¿Qué tipo de dentición tiene la especie humana?**

El hombre tiene dos tipos de denticiones: TEMPORAL Y PERMANENTE.

DENTICION TEMPORAL: Consta de 20 dientes, diez en cada maxilar (superior e inferior). Cuando el niño nace tiene incluidos en sus maxilares los brotes de sus dientes temporales o “de leche”.

Las deficiencias en la nutrición de la embarazada, o la ingestión de ciertos medicamentos pueden afectar la calidad de estos dientes, así como la falta de vitaminas A y D pueden producir un retraso en las edades de erupción.

La aparición de los dientes o “erupción dentaria”, se inicia alrededor de los 6 meses de vida y se completa cerca de los 2,5 ó 3 años de edad, con un total de 20 piezas que se mantienen hasta los 5 a 6 años.

**DENTICION PERMANENTE:** Se empieza a formar dentro de los huesos maxilares desde el momento del nacimiento. Está formada por 32 dientes, los 20 dientes temporales que reemplaza y 12 piezas que se agregan (3 a cada lado, arriba y abajo).

El primero de estos molares erupciona a los 6 años y se conoce como “molar de los 6 años”. El segundo erupciona cuando se cambian los molares (12 años). El tercero aparece después de los 18 años de edad, llamado “molar del juicio”.

## **6. ¿Qué enfermedades sufre el aparato buco dentario?**

Entre las enfermedades bucos dentales encontramos:

- Las caries, que corresponden a una enfermedad infecto contagiosa.
- Enfermedades gingivales y periodontales (de las encías y tejidos que rodean al diente).
- Alteraciones de las estructuras maxilo-faciales o maloclusiones (afectan la función y/o forma de las estructuras maxilo dentarias).
- Los traumatismos dentarios.

Estas alteraciones son tan frecuentes en la población adulta de nuestro país que resultan inabordables con los recursos profesionales de especialistas, razón por la cual las acciones preventivas resultan ser el único camino a futuro. La mayoría de estas afecciones se inicia precozmente, por causas que son evitables con simples medidas de auto cuidado aplicadas desde el primer año de vida.

## **7. ¿Qué son las caries?**

La caries es una enfermedad, un proceso destructivo, irreversible y progresivo del diente, de causa compleja, caracterizada por coloración, reblandecimiento y formación de cavidad. La caries sin tratamiento oportuno puede avanzar hasta la pérdida de la pieza dentaria.

Su origen es multifactorial: placa bacteriana, diente susceptible, dieta cariogénica (rica en azúcares refinados y harinas) y tiempo.

El factor más importante en su producción (al igual que la enfermedad periodontal) es la PLACA BACTERIANA, la que puede verse con ayuda de sustancias reveladoras, aunque a simple vista no se note.

## **8. ¿Qué es la placa bacteriana?**

Es una sustancia blanda, blanco-amarillenta y pegajosa que se adhiere firmemente a los dientes, encías y lengua. Está formada por saliva, restos de alimentos y bacterias. Se produce continuamente y puede ser removida o modificada por la dieta y la higiene bucal. Las bacterias presentes en la cavidad bucal tienen la capacidad de transformar los alimentos que quedan en la placa bacteriana y formar ácidos dañinos para dientes y encías.

Entre las bacterias de la placa bacteriana, el Estreptococo mutagens es el de mayor importancia. Se puede transmitir de una persona a otra por contacto directo (beso) o indirectamente a través del uso de artículos tales como el cepillo de dientes.

### **9. ¿Por qué debemos consumir una dieta anti-cariogénica?**

Cariogénico se considera a cualquier alimento que contenga azúcar refinada (sacarosa) y/o harinas blancas (por ejemplo: pasteles, chocolates, bebidas, helados, gelatinas, flanes, yogurt azucarado, alimentos infantiles, cereales azucarados, pan blanco, fideos, etc.). La mamadera con jugo, leche o alimentos azucarados que se da a los niños en la noche antes de dormir (sin lavarles los dientes inmediatamente después), es la causante de la gran cantidad de caries que se encuentran en los niños pequeños (“caries de la mamadera”).

Por lo tanto, para prevenir las caries se recomienda una dieta anti-cariogénica, vale decir, una dieta equilibrada que contenga una variedad de alimentos, con inclusión de abundantes frutas y verduras, evitando alimentos que contengan exceso de azúcar refinada y /o harinas blancas, o alimentos de consistencia pegajosa.

### **10. ¿Qué son las periodonciopatías?**

Como su nombre lo indica son afecciones (“patías”) de los tejidos que están alrededor (“peri”) del diente (“odonto”). Dichos tejidos protegen al diente (encía) o lo sostienen (cemento, ligamento periodontal y hueso).

Comúnmente se les llama gingivitis, aunque esa palabra corresponde sólo a la inflamación de la encía y que en una etapa más avanzada puede afectar a otros tejidos periodontales.

La gingivitis se manifiesta con mayor frecuencia en el periodo de recambio dentario y en la adolescencia.

### **11. ¿Qué son las maloclusiones?**

La oclusión corresponde al contacto de los dientes superiores e inferiores. Si ésta es normal los dientes engranan perfectamente y se encuentran bien alineados, en caso contrario, hablamos de una “maloclusión” o “anomalía dento maxilar”.

Algunas de ellas son de origen hereditario y otras son adquiridas, ya sea producida por malos hábitos, como por factores externos. Entre los malos hábitos más difundidos están:

- Succión: dedos, chupete, objetos, etc.
- Interposición: de lengua, de labio, de objetos.
- Presión: interna, externa, rechinamiento dentario.
- Respiración: bucal, mixta.

Se estima que entre un 50% a un 70% de los niños presenta alguna alteración de su desarrollo dento maxilar.

### **12. ¿Qué son los traumatismos dento-alveolares?**

Son las lesiones de los dientes, sus estructuras de soporte (encía, ligamento periodontal y hueso, y/o de las partes blandas), producidas por acción mecánica: caídas, golpes, accidentes y uso indebido de dentadura.

Las consecuencias se relacionan con la intensidad de la fuerza mecánica empleada y van desde laceraciones de las mucosas hasta fracturas de los maxilares. Los traumatismos de las piezas temporales son más riesgosos para las piezas permanentes que se están formando dentro de los maxilares, que para los dientes

“de leche”, y son más graves cuanto menor sea el niño, especialmente si tiene menos de 3 años.

### 13. ¿Qué hacer para tener una dentadura sana?

Las estrategias de promoción de la salud oral deben ser adecuadas al proceso de desarrollo del aparato buco dentario, razón por la cual se han desagregado para cada grupo de edad:

- Antes del nacimiento: La embarazada debe consumir alimentación equilibrada, evitar excesos de azúcares y harinas, controlar su embarazo y cepillarse los dientes diariamente.
- Durante el primer año de vida: Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y a partir de esa edad incorporar papillas licuadas que irán cambiando su consistencia a partir de los 7 a 12 meses por una alimentación molida con tenedor. Se debe evitar el uso del chupete y el consumo innecesario de azúcar. Desde la aparición de los primeros dientes se debe iniciar el aseo dental, utilizando un algodón humedecido.
- Desde los 12 a los 24 meses: Si el niño toma mamadera se recomienda evitarla en la noche, lo mismo que el uso del chupete; no dar golosinas entre las comidas; fomentar el consumo de agua potable pura, alimentos naturales, comidas molidas con tenedor para promover la masticación, y realizar cepillado de dientes **sin pasta** con ayuda del adulto.
- Se recomienda que los niños entre 2 a 4 años de edad sean examinados por un odontopediatra. Alrededor de los 3 años se debe suprimir el uso del chupete de entretención, manteniendo las medidas de evitar los alimentos cariogénicos y fomentar el consumo de agua pura y fruta natural y la leche con poca azúcar. La comida se debe entregar más entera cuando erupcionan los molares y el cepillado se debe constituir en una rutina diaria, **sin pasta** y con ayuda del adulto.
- Entre los 4 y 5 años se debe continuar con las medidas preventivas destinadas a evitar el consumo de alimentos cariogénicos, y el fomento del consumo de agua pura, fruta natural y leche con poca azúcar. Se debe evitar o racionalizar el consumo de té en los menores de 6 años, puesto que no tiene valor nutricional, puede interferir en la absorción del hierro y presenta concentraciones de flúor muy variadas, lo que puede ser riesgoso en áreas con agua potable fluorada.

A esta edad se deben reforzar los hábitos de higiene bucal después de las comidas, para lo cual se puede utilizar pasta dental infantil en pequeña cantidad, (tamaño de una lenteja, con flúor de 400 a 500 ppm, verificando su contenido en el envase). Si el niño se cepilla solo debe ser supervisado por el adulto, especialmente si usa pasta, para vigilar que escupa los restos de pasta dental. A los 4 años se recomienda control con odontólogo infantil.

Es importante educar a la familia respecto a la importancia de la dentición temporal, la prevención de accidentes, no moverse con objetos en la boca, anotar las fechas de la erupción-dentaria.

## RECOMENDACIONES PARA TENER UNA DENTADURA SANA

SALA CUNA MENOR (3 A 12 MESES)	SALA CUNA MAYOR (12 A 24 MESES).	NIVEL MEDIO MENOR Y MAYOR (2 A 4 AÑOS)	TRANSICION (4 A 5 AÑOS)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.</li> <li>• Cuidar el consumo de azúcar si se alimenta con fórmula láctea.</li> <li>• Cambiar consistencia y textura de la papilla (de papilla licuada a molida con tenedor) entre 7 y 12 meses.</li> <li>• Promover el consumo de agua potable pura (agua fluorada).</li> <li>• Si hay hábito de succión digital, intentar sustituirlo con un chupete apropiado. <u>Retirar el chupete si el niño o niña está dormido.</u></li> <li>• El chupete no debe ser chupado por adultos (transmisión de flora bacteriana).</li> <li>• Evitar el uso indiscriminado del chupete.</li> <li>• Usar objetos adecuados para que el niño muerda (por ej.: blando, sin aristas, lavable).</li> <li>• Iniciar uso de cepillado, con ayuda del adulto. Usar un cepillo pequeño y suave, <u>sin pasta</u>, o un algodón húmedo (cotonito) para aseo dental.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación a las madres.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>No</u> usar mamadera nocturna.</li> <li>• Evitar el uso del chupete.</li> <li>• <u>No</u> dar golosinas entre comidas.</li> <li>• Reforzar consumo de alimentos molidos con tenedor para promover masticación.</li> <li>• Fomentar el consumo de agua potable pura y alimentos naturales.</li> <li>• Indicar uso de cepillo pequeño y suave, <u>sin pasta</u>, para aseo dental por parte de un adulto.</li> <li>• Higiene dentaria debe ser más acuciosa, especialmente en molares, con movimientos de adelante hacia atrás.</li> <li>• Educación a las madres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De ser posible, a los 2 años, efectuar primer examen por odontopediatra.</li> <li>• Suprimir uso de chupete de entretención, alrededor de los 3 años de vida, para evitar alteraciones cráneo-faciales.</li> <li>• Beber líquidos en vaso.</li> <li>• Estimular masticación de alimentos más duros.</li> <li>• Uso de comida entera cuando erupcionan los molares.</li> <li>• Evitar colaciones cariogénicas, golosinas y postres envasados.</li> <li>• Consumo de leche con poco azúcar.</li> <li>• Acostumbrar al niño al consumo de fruta natural.</li> <li>• El niño debe tener un cepillo dental en casa y otro en el jardín infantil.</li> <li>• Cepillado asistido, en rutina diaria. Cepillo pequeño y suave, <u>sin pasta</u>.</li> <li>• Evaluar hábitos de higiene, alimentarios, ingesta de azúcar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar el consumo de alimentos azucarados y evitar el consumo frecuente de golosinas, dulces y bebidas.</li> <li>• Evitar o racionalizar el consumo de té en los menores de 6 años.</li> <li>• Reforzar hábitos de higiene bucal después de las comidas.</li> <li>• Si el niño se cepilla solo, debe ser supervisado por adulto (guiar movimientos).</li> <li>• Si usa pasta dental, que sea en pequeña cantidad (tamaño de una lenteja) y vigilar que escupa bien los restos.</li> <li>• Usar pasta dental infantil con flúor de 400 a 500 ppm. (se recomienda verificar su contenido en envase).</li> <li>• <u>Mantener pasta dental lejos del alcance de los niños</u>, para evitar su ingestión.</li> <li>• Referir a los niños de 4 años a control con odontólogo infantil, quien determinará la necesidad de uso de sellantes.</li> <li>• Evaluación en control de salud del menor.</li> </ul>

#### **14. ¿Qué hábitos de higiene son recomendables?**

Siendo la placa bacteriana el principal agente causal de las caries y enfermedades gingivales y periodontales, es indispensable su remoción, mediante **cepillado 3 a 4 veces al día** después de las comidas. NUNCA OLVIDAR EL CEPILLADO DE LA NOCHE.

#### **15. ¿Qué características tiene el cepillo dental?**

A menos que exista una indicación específica del dentista, usar cepillo con las siguientes características:

- Cabeza pequeña: 2,5 cm. de largo x 1 cm. de ancho x 0,9 cm. de alto.
- Mango recto.
- Filamentos de nylon suave, blando con puntas redondeadas.
- Todos los filamentos del mismo largo.

#### **16. ¿Qué técnica de cepillado dental debe usarse?**

Existen varias técnicas de cepillado y todas son buenas si cumplen el objetivo de remover la placa bacteriana de todas las caras o superficies visibles de los dientes. Una práctica sencilla son los movimientos de rotación.

#### **17. ¿Qué puede hacer el adulto por la salud bucal del niño?**

- Aprender los contenidos de este tema y comentarlos con otras personas.
- Poner en práctica lo aprendido.
- Después de un tiempo volver a leerlo para verificar cuánto se está practicando y cuánto se ha olvidado.
- Observar periódicamente la boca y los dientes del niño.
- Seguir un plan adecuado para prevenir las caries y los traumatismos dento-alveolares.

#### **18. ¿Qué puede aprender el párvulo para su salud bucal?**

Interesa que aprenda que el cepillarse los dientes después de cada comida y especialmente en la noche, le ayudarán a mantener una dentadura sana. Si el niño observa que sus padres lo realizan de esta forma, le será más fácil adquirir el hábito.

Que aprecie lo útiles que le son sus dientes para alimentarse y para verse y sentirse bien. Debe aprender que los dientes no son herramientas para cortar o morder objetos duros, porque se desgastan o rompen.

### **Traumatismos dentarios**

#### **1. ¿Qué hacer en caso de traumatismos dentarios?**

Los niños y niñas están expuestos a sufrir lesiones en las estructuras de la boca, especialmente en los dientes superiores delanteros, debido a heridas o fracturas, lo que provoca dolor en la zona afectada.

Es conveniente que el adulto mantenga la calma para así poder tranquilizar al niño y determinar los pasos a seguir, según sea el tipo de lesión sufrida por el menor.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Referencias:

#### SI HAY SANGRAMIENTO:

- Secar con una gasa, algodón o pañuelo limpio y evaluar de dónde proviene.
- Comprimir fuertemente el punto sangrante y observar la magnitud de la lesión.
- Si las heridas están sucias con tierra, lavarlas con agua.
- Colocar hielo (envuelto en un paño o bolsa) en la zona del golpe, para evitar el edema.

#### SI UN DIENTE SE HA FRACTURADO (ROTO)

- Tomar el o los pedazos y ponerlos en un vaso con agua pura para llevárselos de inmediato al dentista.

#### SI UN DIENTE SE HA SOLTADO Y DESPLAZADO

- Comprimirlo con fuerza con los dedos pulgar e índice para reubicarlo en posición.

#### SI UN DIENTE PERMANENTE SE HA SALIDO CASI COMPLETAMENTE

- Reintroducirlo en el alvéolo, y, en la posición correcta, comprimirlo de igual manera que en el caso anterior.
- Si el diente se ha salido completamente, tomarlo por la corona, lavarlo con agua pura, sin restregar ni tocar la raíz, intentar reimplantarlo o llevarlo al servicio de urgencia más cercano.
- En estos casos los niños deben ser controlados por un dentista con la mayor brevedad.

## **2.4.- PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

Chile está viviendo una transición demográfica y epidemiológica, debido a los cambios sociales y económicos que se han producido en el país, lo que hace que persistan, cada vez en menor medida, las enfermedades vinculadas al subdesarrollo como las enfermedades transmisibles, junto con enfermedades crónicas no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y daños en salud mental, todas ellas asociadas a estilos de vida poco saludables, a la contaminación y percepción de inseguridad de las personas.

La urbanización creciente y la modernización han traído un aumento de estilos de vida poco saludables, con alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo excesivo de tabaco y alcohol, acompañados de drogadicción, problemas medioambientales como la contaminación, violencia e inseguridad de las personas.

En alimentación, se observa un alto consumo de grasa, azúcares refinados y alimentos procesados. Esto, sumado al sedentarismo creciente, ha llevado a un aumento explosivo de la obesidad, que se ha duplicado en escolares de primer año básico, y triplicado en embarazadas, en un periodo aproximado de 10 años.

Por otra parte, el tabaco presenta una alta prevalencia en escolares y adultos, con mayor incremento en mujeres. Constituye un factor de riesgo en muchas de las primeras causas de muerte en el país, siendo responsable del 11% de la mortalidad adulta y el principal contaminante de ambientes interiores.

En los tres condicionantes indicados anteriormente: alimentación, actividad física y tabaco, la salud mental es relevante y muy especialmente en el consumo de alcohol y drogas, donde se observa un aumento sostenido, especialmente en los jóvenes.

Como respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud inició a partir del año 1998 un Plan Nacional de Promoción de la Salud, cuyos ejes son los siguientes:

### **Prioridades de salud**

A nivel nacional se determinaron 4 áreas problemas:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Salud mental.
- Accidentes.
- Cáncer.

### **Las prioridades de acción del plan son:**

- Incentivar la actividad física y la alimentación saludable.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.
- Cuidar el medio ambiente.
- Desarrollar los Factores Protectores Psicosociales de la Salud, como por ejemplo: autoestima y desarrollo personal, participación y redes sociales.

**Las estrategias:** fueron formuladas en forma participativa, privilegiando aquellos espacios de mayor potencialidad para su desarrollo:

- Entornos laborales saludables.
- Entornos educacionales saludables.
- Comunas saludables.
- Programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles).

La educación juega un papel trascendental en la transformación de las condiciones de vida y los cambios de conducta no deseables. Salud y educación, conjuntamente, son espacios para informar, educar, y crear en las nuevas generaciones actitudes y formas de vida más saludables.

Se ha comprobado que el conjunto de comportamientos asociados a una vida sana tiene mayor probabilidad de ser adoptado por los individuos y de perdurar a lo largo de sus vidas, si el aprendizaje comienza precozmente y existe un reforzamiento continuo. Por esta razón el jardín infantil constituye un lugar estratégico donde coordinar e implementar acciones de promoción de la salud y mejorar las condiciones de vida de la población infantil, personal, padres y miembros de la comunidad.<sup>6</sup>

La promoción de la salud en jardines infantiles tiene por objetivos:

- Crear condiciones para el desarrollo físico social y mental de los niños.
- Entregar conocimientos y habilidades para favorecer la salud.
- Desarrollar el sentido de auto-responsabilidad en el cuidado de la salud.
- Lograr una óptima utilización de los recursos disponibles en la comunidad para lograr una mejor salud.

---

<sup>6</sup> Referencia:  
Ver Bibliografía N° 1

## **2.4.1 ALIMENTACION SALUDABLE**

Una buena alimentación a lo largo de la vida es un importante factor que contribuye a la buena salud y a más y mejor vida.

La preocupación por una alimentación saludable debe estar presente en todas las fases de la vida de los individuos. Cada etapa de la vida tiene sus propias condiciones, las que van variando y hacen que la alimentación se vaya adaptando a las nuevas situaciones.

### **1. ¿Qué se entiende por alimentación saludable?**

Una dieta balanceada o equilibrada, es decir, que considere una combinación de alimentos en cantidades suficientes para cubrir las necesidades nutricionales de una persona según su peso, edad, sexo y actividad física.

De esta forma, es posible mantener un estado nutricional saludable y prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

### **2. ¿Qué cuidados se debe tener para alimentarse en forma saludable?**

Cada persona debe consumir las calorías necesarias para compensar su gasto energético y satisfacer sus necesidades de nutrientes esenciales, limitando la cantidad de grasas, colesterol, sal y alcohol.

Las dietas ricas en grasas provocan más obesidad y aumentan el riesgo de enfermar de cierto tipo de cáncer. El consumo excesivo de grasas saturadas y colesterol se asocia a un alto riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares. El consumo excesivo de sodio se asocia a hipertensión arterial y el exceso de alcohol, a enfermedades hepáticas, hipertensión, accidentes y problemas sociales.

### **3. ¿Cómo podemos alimentarnos mejor?**

En general se recomienda lo siguiente:

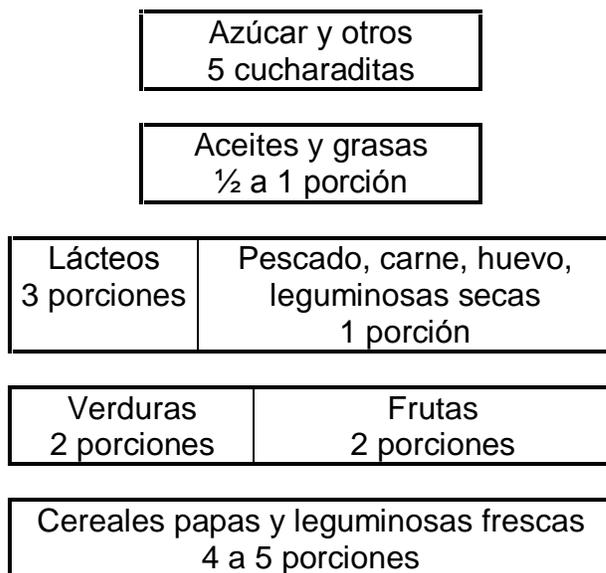
- Consumir diferentes tipos de alimentos durante el día.
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y legumbres.
- Usar de preferencia aceites vegetales.
- Disminuir las grasas de origen animal.
- Preferir carnes como pescado, pavo y pollo.
- Aumentar consumo de leche, de preferencia de bajo contenido graso.
- Reducir el consumo de sal.
- Moderar el consumo de azúcar.

### **4. ¿Cómo podemos aplicar estas recomendaciones en la alimentación de los niños y niñas de 2 a 5 años de edad?**

Una forma fácil de seleccionar los alimentos para combinarlos adecuadamente en las distintas comidas del día es utilizando la pirámide alimentaria. Esta presenta los principales alimentos que deben consumirse durante el día, distribuidos en grupos que tienen un aporte nutricional semejante. Una persona sana debe consumir diariamente cantidades proporcionales de los alimentos que se encuentran en cada nivel.

A continuación se presenta la pirámide alimentaria con las cantidades diarias de alimentos que deberían consumir los niños y niñas de 2 a 5 años de edad. Para ello se estimó las necesidades de los niños de ambos sexos de 2 a 3 años en 1.300 calorías y las de los niños de 4 a 5 años en 1.600 calorías diarias.

Para gastar esta cantidad de calorías, los niños y niñas necesitan realizar actividad física.



**ALTERNATIVAS DE ELECCION DE ALIMENTOS EQUIVALENTES POR GRUPO,  
PARA EL NIÑO DE 2 A 5 AÑOS**

Porción de alimentos	Equivalentes
Lácteos: 3 porciones 1 porción=1 taza	2 tazas de leche y 1 yogurt.
Pescados, carnes, huevos, leguminosas: 1 porción 1 porción =1 presa de pescado	1/2 trutro de pollo. 1/2 taza de leguminosas. 1 huevo.
Verduras: 2 porciones 1 porción = 1 plato de ensalada.	2 platos chicos, crudas o cocidas.
Frutas : 2 porciones 1 porción = 1 fruta	2 frutas.
Cereales, pastas o papas cocidas.	1 a 2 platos chicos
Pan = 100 gramos.	1/2 a 1 unidad.
Aceite y otras grasas	4 cucharaditas.
Azúcar	Máximo 5 cucharaditas.

## **ALIMENTACION DEL LACTANTE:**

### **LACTANCIA MATERNA**

Cada día hay más evidencias de las ventajas que aporta la leche materna en la alimentación del niño en sus primeros meses de vida. Ello porque los componentes de la leche materna tienen la calidad y concentración más adecuadas para el niño, el contacto del niño con su madre la hacen indispensable para su desarrollo biosicosocial y la función succional es el mejor estímulo para un desarrollo armónico de las estructuras máxilo faciales y oro faríngeas.

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, recomiendan que, para lograr un estado de salud y una nutrición materno-infantil adecuadas, se requiere que las madres alimenten a sus hijos con lactancia natural exclusiva preferentemente hasta los 6 meses: "lactancia óptima", y que mantengan el amamantamiento hasta al menos los 12 meses, agregando alimentación complementaria adecuada.

La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer TODOS los requerimientos nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir de otros alimentos como agua o jugos.

#### **1. ¿Qué beneficios aporta la lactancia materna al niño?**

- Nutrición óptima: es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Su composición se adecua a los requerimientos del niño a medida que éste crece y se desarrolla.
- Mayor protección inmunológica (menor frecuencia y gravedad de infecciones).
- Fácil digestibilidad: es de fácil absorción, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.
- Mejor crecimiento físico y desarrollo mental: los niños amamantados son más activos y presentan un mejor desarrollo psicomotor.
- Mejor organización sensorial y biocronológica: los niños amamantados presentan mayor agudeza de los sentidos de la visión, gusto, olfato, tacto, audición. Asimismo, el contacto físico constante con su madre le permite organizar sus propios ritmos basales (latidos, respiración) y su estado de alerta.
- Patrones afectivo-emocionales más adecuados: el bienestar que le produce al niño el amamantamiento hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre segura y satisfecha.
- Mejor desarrollo intelectual: se asocia la lactancia materna con mayor coeficiente intelectual.
- Mejor desarrollo dento-maxilar y facial.
- Menor frecuencia y severidad de trastornos alérgicos en el primer año de vida.

#### **2. ¿Cómo puede el jardín infantil apoyar la lactancia materna?**

Debido a los distintos roles que recaen sobre la mujer, la práctica de la lactancia materna se enfrenta a diversos obstáculos: cuidado y alimentación del hijo, trabajo doméstico, trabajo productivo remunerado fuera de la casa, como asimismo falta de información y apoyo para llevarla a cabo.

El jardín infantil puede contribuir a que el lactante continúe recibiendo la leche de su madre, a través de acciones de promoción de la lactancia materna y apoyo para la madre que tiene a su niño en una sala cuna.

Asimismo, puede realizar actividades educativas con los niños acerca de los beneficios de la lactancia materna, rescatando de esta forma la práctica de amamantamiento para las futuras generaciones.

### **3. ¿Qué actividades puede desarrollar el jardín infantil en beneficio de la lactancia materna?**

Puede constituirse en un centro facilitador de la lactancia materna (Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna) a través de los siguientes pasos:

1. Incorporar el tema de la lactancia materna en el plan anual del jardín infantil y en el de cada nivel de atención.
2. Capacitar a todo el personal del jardín infantil para que esté en condiciones de desarrollar acciones de fomento y mantención de la lactancia materna.
3. Informar a las familias de los párvulos sobre los beneficios de la lactancia materna.
4. Enfatizar acciones educativas en madres que se encuentran amamantando, embarazadas y familiares de los niños y niñas interesados en el tema.
5. Favorecer aprendizajes significativos con el niño y la niña respecto de la lactancia materna.
6. Generar condiciones a nivel del jardín infantil para la mantención de la lactancia materna.
7. Promover la mantención de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los 6 meses de edad.
8. Informar a las familias sobre los inconvenientes del uso del chupete.
9. Promover la formación de grupos de apoyo a la lactancia materna, al interior de la comunidad educativa.
10. Establecer una coordinación con consultorios y otros organismos de la comunidad para el desarrollo de acciones conjuntas respecto al tema.

### **4. ¿Qué acciones se pueden realizar para apoyar el amamantamiento del párvulo que asiste a sala cuna?**

- Dar facilidades a la madre para amamantar a su hijo en la sala cuna, adecuando el horario de alimentación según la necesidad del niño.
- Acomodar en el jardín infantil un lugar físico acogedor para amamantar, (Sala Control de Salud o recinto Sala Cuna).
- Recibir la leche extraída de la madre para darla a su hijo cuando lo requiera.

### **5. ¿Qué cuidados se debe tener con la leche materna extraída?**

Es importante que la madre haya recibido orientación por parte del servicio de salud acerca de la extracción de su leche.

La leche materna debe venir envasada en una mamadera que indique el nombre del niño o niña, la fecha y la cantidad recepcionada.

El envase debe colocarse dentro de un frasco con tapa y guardarse en el refrigerador.

Al momento de utilizarla, se debe entibiar, colocando la mamadera en un recipiente con agua tibia (38 a 40° C°), agitándolo suavemente para distribuir mejor el calor.

### **6. ¿Cómo alimentar a un lactante que no recibe leche materna?**

Cuando no es posible que una madre amamante a su hijo, el médico o la nutricionista del servicio de salud donde se atiende el niño indicará el tipo de leche, cantidad y frecuencia de ingesta de la fórmula láctea.

Asimismo, indicará el momento de inicio de la alimentación sólida, que en general se recomienda a partir de los 5 meses de vida.

## **ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

### **1. ¿Cuándo se debe iniciar la alimentación complementaria en el niño que recibe leche materna?**

El inicio de la alimentación complementaria depende tanto de la edad del niño, como de su desarrollo; la mayoría de los niños alcanza la madurez necesaria para iniciar la alimentación complementaria alrededor de los 6 meses.

### **2. ¿Qué alimentos debe contener al inicio la comida del lactante?**

A partir de los 6 meses de edad se puede entregar al niño un puré de verduras licuado o tamizado y una fruta rallada, con consistencia de papilla. Se debe comenzar con pequeñas cantidades, sin reemplazar la mamada o biberón del mediodía, hasta que el niño sea capaz de ingerir una cantidad adecuada (3/4 taza a 1 taza).

Las verduras utilizadas deben ser no meteorizantes, raíces y tubérculos (papas, zapallo, porotitos verdes, acelgas, espinacas, zapallito italiano, zanahoria, betarraga).

Según el estado nutricional del lactante se pueden agregar cereales finos o arroz (1 cucharadita) y 1 cucharadita de aceite vegetal una vez preparada la papilla.

Gradualmente se deben incorporar carnes sin grasa: pavo, pollo, posta o asiento de vacuno raspada, completando 1 cucharada en cada papilla. No se debe agregar sal a la papilla.

### **3. ¿Qué cambios se recomiendan en la alimentación del lactante?**

A partir de los 8 meses (erupción de incisivos superiores) la comida del lactante puede tener la consistencia de un puré más grueso, e ir incorporando nuevos alimentos, como leguminosas tamizadas, pescado, huevo.

Desde que recibe alimentos sólidos se puede dar al niño o niña agua hervida fría, especialmente en épocas de calor. También a partir de los 8 meses se puede incorporar la comida de la tarde.

Entre los 10 a 12 meses, la consistencia de la alimentación puede ser semisólida, e incluir mayor variedad de alimentos preparados sin sal ni frituras.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 14,15, 16, 17.

## 2.4.2 EJERCICIO FISICO

La falta de ejercicio físico se conoce como sedentarismo; las horas que pasan los niños frente al televisor, los juegos electrónicos y la educación pasiva son factores que inciden en el aumento del sedentarismo, produciendo una disminución de su gasto energético, con el consecuente aumento de peso que llega hasta la obesidad.

Una alimentación saludable, en conjunto con una práctica sistemática de actividad física, pueden mejorar la calidad de vida, previniendo enfermedades y contribuyendo a una vida sana y productiva.

### 1. ¿Por qué es necesario realizar ejercicio físico regularmente?

La falta de actividad física favorece la aparición de sobrepeso u obesidad, que constituyen factores de riesgo para el desarrollo o agravamiento de enfermedades crónicas, tales como enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes no insulino dependiente y osteoporosis.

### 2. ¿Qué beneficios aporta el ejercicio?

Además de prevenir las complicaciones antes mencionadas, mejora las condiciones de salud mental. Se ha demostrado que el ejercicio regular mejora el humor, disminuye la ansiedad y la depresión.

### 3. ¿Cómo se puede favorecer la práctica de ejercicio en forma constante?

La actividad física debe adecuarse a la edad de cada persona, y en el caso particular de los niños lo importante es evitar el sedentarismo y promover los juegos con actividad física y el ejercicio regular como estilo de vida.

Es importante que los padres incorporen la actividad física a su quehacer diario, siendo un modelo para los niños, viendo menos televisión, saliendo a caminar con los niños, jugando con ellos a la pelota, saltando una cuerda.

En el jardín infantil existen múltiples oportunidades para desarrollar en los niños el hábito del ejercicio a través del juego. Para el caso de los adultos se sugiere realizar ejercicio de nivel moderado, en forma constante, por lo menos durante 30 minutos e idealmente a diario.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Referencia:  
Ver Bibliografía N° 18.

### 2.4.3 CUIDADOS DEL MEDIO AMBIENTE

Los problemas de salud están asociados a condicionantes que determinan su existencia o mantención. Entre ellas, los factores ambientales como contaminación (agua, aire, suelo, alimentos, y las condiciones de saneamiento básico) repercuten en la salud de las personas cuando son inadecuadas, constituyendo un eje sobre el cual se debe intervenir.

#### 1. ¿Qué acciones podemos desarrollar para vivir en un medio ambiente saludable?

Es importante desarrollar una cultura de cuidado del medio ambiente, frente a lo cual cada persona y cada comunidad sientan la responsabilidad de buscar las alternativas para solucionar los problemas de su entorno. Como acciones inmediatas es posible intervenir de distintas formas: como por ejemplo, frente al tema de la contaminación del aire, evitar la contaminación por humo de tabaco en los hogares y recintos educativos; también promover la disposición de basuras en forma adecuada.

Los niños pueden colaborar activamente en todas estas acciones para formar hábitos que favorezcan su salud y el cuidado de su entorno.

En este sentido, la higiene personal, de los alimentos y de los recintos son factores protectores de la salud que deben estar presentes en nuestra vida cotidiana.

#### 1.4.3.1. HIGIENE PERSONAL

El cuidado de la higiene corporal permite evitar enfermedades dermatológicas, parasitarias y otras infecciosas en general. Es necesario enfatizar aspectos regulares de la higiene personal que contribuyen a prevenir enfermedades. Estos hábitos deben adquirirse en la infancia para que nos acompañen durante toda la vida:

- Lavado de manos después de ir al baño.
- Lavado de manos antes de alimentarnos.
- Lavado de manos después de toser, estornudar o sonarse.
- Lavado de manos antes de preparar o servir alimentos.
- Lavado de manos después de estar en contacto con mascotas.
- Lavado de manos antes y después de mudar a un lactante.
- Cepillado de dientes en forma regular.
- Baño y lavado de cabello frecuente.
- Cambio regular de ropa.

#### 1. ¿Cómo podemos evitar la transmisión de infecciones en el jardín infantil?

En el trabajo rutinario que realiza el personal de salas cunas y jardines infantiles, existen múltiples contactos directos entre ellos y los menores, lo que condiciona “oportunidades” de transmisión de infecciones o facilitación de esta transmisión en forma cruzada (desde los menores al personal y viceversa).

Esto ocurre con mayor frecuencia con cierto tipo de enfermedades, como las infecciones respiratorias virales tan frecuentes en la estación de invierno.

## **2. ¿Qué medidas preventivas son recomendables para evitar la transmisión de enfermedades respiratorias en el jardín infantil?**

Las infecciones respiratorias altas generalmente son virales (a lo menos en su inicio); las secreciones del árbol respiratorio contienen grandes cantidades de agentes infecciosos y -por tanto- es necesario que el personal lave sus manos después de haber ayudado a un menor a limpiar su nariz (sonarse) o a eliminar sus secreciones laringotraqueales (estornudar, toser, expectorar).

Por estas mismas razones el material usado en estos procedimientos debe ser desechable y de uso individual (Ej.: pañuelos desechables); en caso contrario, estaremos contribuyendo a diseminar estas enfermedades.

Es importante incorporar estos conceptos en las prácticas laborales, personales, familiares y a la vez educar a la comunidad de cada establecimiento en estas materias.

Ya que se ha mencionado el lavado de manos como una herramienta fundamental en la prevención de las infecciones cruzadas, detallamos a continuación las particularidades que éste debe cumplir.

### **LAVADO DE MANOS (lavado de manos tipo clínico)**

Con el propósito de evitar la diseminación de enfermedades infecciosas entre los niños y niñas que asisten al jardín infantil, todos los funcionarios deben cumplir la presente normativa, cuidando –asimismo- que los párvulos realicen un acucioso lavado de manos, de acuerdo a las situaciones señaladas a continuación.

#### **Indicaciones:**

- Antes y después de efectuar labores de aseo, independientemente del uso de guantes.
- Antes y después de la manipulación de alimentos.
- Antes y después de la muda de los lactantes.
- Antes y después del uso de termómetro para control de temperatura de los menores.
- Antes y después de ayudar a sonarse, estornudar, toser y expectorar a los menores.
- Después del uso del baño.
- Antes de recibir alimentación.

#### **Procedimiento:**

- Personal de sala y manipulador de alimentos con antebrazos descubiertos (libres hasta los codos) y libres de adornos.
- Frotar con jabón líquido vigorosamente entre los dedos, pliegues y debajo de las uñas.
- Efectuar un suave escobillado de uñas.
- Enjuagar con abundante agua (bajo la llave del agua corriendo).
- Secar con toalla desechable y antes de eliminarla cerrar las llaves de agua usadas.

### **Recursos:**

Jabón líquido, toalla desechable y escobilla de uñas. Idealmente se debería usar jabón líquido en dispensador, sin necesidad de que éste contenga algún desinfectante, puesto que al ser usados en dispensador tienen una menor probabilidad de contaminarse. El jabón es útil por su efecto sobre las grasas.

De no ser posible el uso de jabón en dispensador, es de menor riesgo el jabón antirrobo y -en último término- el jabón en jabonera, ya que su humedad favorece la contaminación.

La toalla desechable evita el riesgo de contaminación por ser de uso único e individual.

### **2.4.3.2 MEDIDAS DE HIGIENE EN LA MUDA DE LACTANTES**

El cambio de pañal del lactante requiere de un especial cuidado para evitar la diseminación de enfermedades infecciosas entre los niños y niñas. Idealmente debería realizarse en la cuna del niño.

Una condición básica para el personal es el lavado de manos al inicio y término de su jornada laboral y después de cada muda.

**Procedimiento:** Si el cambio de pañales se realiza en un mudador se debe aislar la colchoneta, cubriéndola con un plástico grueso individual para cada niño, que deberá mantenerse aseado.

- Lavarse las manos y juntar el material necesario.
- Abrir muda sucia del niño.
- Limpiar toda la zona con los extremos limpios del pañal.
- Doblar la muda, con la parte sucia hacia adentro.
- Lavar la piel de la zona glúteo-genital de adelante hacia atrás, pasando tórculas húmedas y eliminando cada vez hasta que quede totalmente limpio.
- Eliminar las tórculas en el mismo pañal sucio o en el tiesto destinado para este propósito.
- Secar la piel con toalla de papel.
- Retirar la muda sucia y los desechos eliminando cada una en el tacho que corresponda. Si se trata de pañales desechables deben ser eliminados en tacho de basura ad hoc; si se trata de pañales de género, éstos deben ser guardados en bolsa plástica hermética, a efecto de ser entregados a la madre con el mínimo de manipulación posible.
- Poner muda limpia abierta bajo los glúteos del niño y aplicar lubricante.
- Mudar al niño.
- Dejar al niño en posición cómoda.
- Lavar el material usado y dejarlo seco.
- LAVARSE LAS MANOS.

### 2.4.3.3. MEDIDAS DE HIGIENE PARA EL USO DE TERMOMETROS

Tiene como propósito evitar la diseminación de enfermedades infecciosas entre los niños y niñas.

El termómetro debe higienizarse antes y después de cada uso y al inicio y término de cada jornada laboral.

#### **Procedimiento:**

- Lavado con agua y jabón.
- Desinfección con alcohol puro.
- Almacenamiento limpio y seco.

### 2.4.3.4. HIGIENE EN JARDINES INFANTILES

Desde hace más de un siglo, la higiene ha alcanzado y demostrado sus efectos favorables sobre la salud. Por esta razón, es una condicionante que debemos cuidar en cada situación de vida. De esta forma, nos preocuparemos de lo relativo al aseo e higiene de las dependencias de cada jardín infantil y sala cuna, en especial en los aspectos o procedimientos específicos que allí se realizan.

#### **Areas a cubrir:**

- a) ASEO GENERAL: Edificio, mobiliario, colchonetas, etc.
- b) ASEO DE LOS BAÑOS.
- c) DISPOSICION BASURAS.

### PROCEDIMIENTOS DE ASEO EN JARDINES INFANTILES

Areas	Procedimientos
ASEO DE PAREDES Y PISOS: salas, pasillo y oficinas	La frecuencia y el procedimiento del aseo, dependerán de las características de los mismos, de su uso y de la zona geográfica en que estén ubicados. Cualquiera de los productos comerciales (detergentes) complementa la función de limpieza por arrastre.
Retiro de BASURA DE PISOS en SALAS de ACTIVIDADES	Retirar la basura directamente con pala ayudado de escobillón. Se trapearán con mopa humedecida en solución detergente, enjuagando ésta posteriormente en balde con agua pura. Para este efecto se requieren dos tuestos.
BARRIDO DE EXTERIORES	Deberá realizarse con escoba evitando levantar polvo y en la oportunidad en que los menores no estén en las cercanías.
ASEO DE MOBILIARIO PUERTAS Y VIDRIOS	En primer lugar, retirar el polvo y luego con paño humedecido con algún producto detergente a efecto de facilitar el retiro de grasas. Deben asearse, <u>a lo menos una vez a la semana</u>
ASEO COLCHONETAS	Aplicar solución detergente, enjuagar con paño humedecido con agua y luego aplicar cloro doméstico, enjuagando con paño humedecido aproximadamente a los 30 minutos. <b>Frecuencia:</b> <u>a lo menos una vez por semana.</u>

Áreas	Procedimientos
ASEO CUNAS-BARANDAS Y OTRO MOBILIARIO	<b>Frecuencia:</b> diaria, en términos generales (pañó humedecido y detergente) y profunda (agregar aplicación de cloro), a lo menos una vez por semana.
ASEO UTENSILIOS	Juguetes y otros elementos de la sala: lavado con solución detergente, y <u>repetidos enjuagues de los productos químicos</u> usados, a efecto de evitar la ingesta de “residuos” de detergentes u otros productos usados, por parte de los menores.
USO DE LAS PEINETAS Y CEPILLO DE DIENTES.	Cuidar el <u>uso individual</u> de peinetas y cepillos de dientes para evitar infecciones cruzadas. No dejar los cepillos de dientes expuestos al medio ambiente por el riesgo de ser contaminados por vectores (Ej.: moscas).
ASEO DE LOS BAÑOS	Para el <u>aseo del WC el funcionario responsable deberá usar guantes de goma gruesos</u> y escobillas limpia-sanitarios que permitan un aseo más efectivo. Es <u>imprescindible diferenciar los paños usados para WC y para el lavamanos</u> . Tanto el lavamanos como la taza de baño se asean con detergente, y después de enjuagar, se debe rociar con cloro sin diluir con un dispensador, esperando 10 minutos antes de volver a utilizar. La <u>frecuencia mínima será dos veces al día</u> , como limpieza “rutinaria” ( <i>lavamanos, WC y pisos</i> ) y una vez a la semana como limpieza “profunda”, incluyendo además techos y muros.
ASEO PISO DE SERVICIOS HIGIENICOS	Los pisos se asearán usando mopa y baldes con estrujador, según lo descrito anteriormente. En cuanto a los productos químicos, la generalidad de los detergentes es equivalente en sus resultados y la variable a considerar puede ser el costo y su facilidad de aplicación versus resultado obtenido.
ASEO DE BACINICAS	Deberán ser aseadas en forma análoga a los baños, vale decir, con material separado y especialmente definido para este fin y aseadas con detergente y posterior aplicación de cloro.
ELIMINACION DE BASURAS	Retirar los recipientes de basura una vez al día, a lo menos, desde las dependencias y el retiro final dependerá de la frecuencia de recolección municipal. Se recomienda el uso de bolsas de basura en su interior. Los recipientes deberán ser lavados con detergente común, tan frecuentemente como el caso lo amerite.

En todos los casos en que se ha usado algún producto detergente y/o desinfectante es importante el posterior enjuague, con el fin de evitar dejar residuos que pudieran estar en contacto con los menores.

El detergente a utilizar debe diluirse en la proporción indicada y jamás agregar cloro, pues éste se inactiva.

Al término de la jornada todos los elementos deberán lavarse en un recipiente, estrujarse y colgarse.

No se deben utilizar los lavamanos ni tinas de baño para el lavado de los elementos de aseo. Para estos efectos se puede utilizar un balde.

#### **2.4.3.5. HIGIENE DE ALIMENTOS**

Por todos conocido es el riesgo de contaminación de los alimentos y, por tanto, la necesidad de mantener una estricta higiene en su preparación, así como también un cuidadoso almacenamiento en recipientes cerrados o refrigerados, según el tipo de alimentos, para evitar la rápida reproducción bacteriana.

Es importante el control de calidad de los alimentos antes de su preparación, a través de la lectura de las etiquetas para conocer su fecha de elaboración y vencimiento, como a través de sus características organolépticas: color, olor, sabor, aspecto y textura.

El aseo en la manipulación de alimentos (preparación, distribución y entrega) permite evitar enfermedades infecciosas que afectan el tracto gastrointestinal, las que serán tratadas con mayor detalle más adelante en este manual.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 19, 20, 21.

## 2.5 PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES

Numerosos estudios demuestran la asociación entre algunos hábitos y condicionantes de enfermedades severas y frecuentes. Entre las situaciones que constituyen un problema de salud pública y que pueden afectar severamente el entorno familiar de los menores se han seleccionado las siguientes:

- Prevención del tabaco
- Prevención del alcohol
- Prevención de drogas
- Prevención del maltrato infantil

### 2.5.1 PREVENCIÓN DEL TABACO

#### 1. ¿Cuáles son los efectos del tabaco sobre la salud de las personas?

Los efectos nocivos del fumar han sido ampliamente investigados y descritos. Se le asocia a diversas enfermedades pulmonares (bronquitis crónicas, enfisema, etc.), cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión), y neoplásicas graves (cancerosas, como cáncer de pulmón, laringe, lengua, esófago, vejiga, páncreas y estómago).

Por estas causas, su consumo se asocia anualmente con miles de muertes. Es importante destacar que estos riesgos se presentan para aquellos que consumen tabaco, así como para quienes son “fumadores pasivos”, vale decir, están expuestos constantemente al humo del tabaco.

#### 2. ¿Qué consecuencias tiene el consumo de tabaco en la mujer embarazada?

Incide en el bajo peso de nacimiento del recién nacido, lo que se asocia a mayores riesgos de salud y mayor mortalidad infantil, así como también –en casos extremos- a problemas del desarrollo y aprendizaje con posterioridad. A su vez, el consumo de tabaco de los padres, conlleva riesgos para la salud infantil (mayor frecuencia de infecciones respiratorias) y se ha asociado al riesgo de muerte súbita en los lactantes; y al inicio del hábito tabaquero entre los adolescentes.

El consumo de tabaco también se puede asociar a la aparición de accidentes, tales como quemaduras directas o riesgo de producción de incendios.

#### 3. ¿Cuál es la situación del consumo de tabaco en Chile?

El consumo de tabaco en Chile ha mostrado un aumento en los últimos años, el que se relaciona con un mayor consumo femenino, lo que puede implicar un mayor número de niños que se convierten en “fumadores pasivos” y -de esta forma- están expuestos a todos los riesgos antes mencionados.

#### 4. ¿Qué acciones podemos desarrollar en el jardín infantil para prevenir el tabaquismo?

En el contexto de “ambientes laborales saludables” se recomienda que el personal de los jardines infantiles eduque a los menores sobre cómo evitar la exposición al humo del tabaco, para lo cual se hace recomendable evitar el consumo de tabaco en ese entorno.

Asimismo, es importante sensibilizar a los padres, recordándoles que los niños están formando hábitos que perdurarán a lo largo de su vida, por lo que se les debe

dar la oportunidad de formar un estilo de vida saludable y de velar por un entorno no contaminado para evitar enfermedades.

## **2.5.2 PREVENCIÓN DEL ALCOHOL**

Chile es un gran productor de vinos y otros licores, y asociado a ello registra un alto consumo de alcohol per cápita y altas tasas de enfermedades, razón por la cual se considera éste como un problema de salud pública dada su alta repercusión en enfermedades y muerte.

Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol en la mujer embarazada favorece la aparición del Síndrome Alcohólico Fetal, que representa graves consecuencias para el recién nacido.

Ante estos hechos, todos los esfuerzos que realice la comunidad en pos de disminuir el consumo de alcohol son importantes, iniciando este proceso con el simple conocimiento de sus múltiples efectos y educando a la población sobre lo mismo, instando a buscar ayuda profesional para su abandono; pero -por sobre todo- previniendo su alto consumo.

### **1. ¿Qué consecuencias trae el consumo de alcohol?**

El consumo de alcohol de manera excesiva se asocia con accidentes, como los de tránsito, incendios, asfixia por inmersión, homicidios y suicidios. A su vez, el consumo excesivo de alcohol se asocia con enfermedades tales como hepatitis, cirrosis, pancreatitis, sangrado gastrointestinal.

También se asocia el consumo excesivo de alcohol con la violencia intrafamiliar y todas sus manifestaciones, así como con rupturas matrimoniales, desempleo y pobreza, entre otras repercusiones sociales. Los menores que viven en un ambiente con alto consumo de alcohol están en riesgo de tener un desarrollo psicosocial anormal.

## **2.5.3 PREVENCIÓN DROGAS**

### **1. ¿Cómo afecta el consumo de drogas al organismo?**

El consumo de drogas tales como marihuana, pasta base, cocaína, neoprén, heroína y otros, también se asocia a problemas de salud como hemorragia cerebral, convulsiones, infarto al miocardio, paro cardiorrespiratorio, perforación del tabique nasal y problemas respiratorios para el caso de cocaína.

El mayor riesgo del uso de drogas endovenosas es la adquisición de infecciones como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la Hepatitis B. Por otra parte, el consumo excesivo de cocaína en la mujer embarazada favorece la aparición de partos prematuros, ruptura placentaria y complicaciones neonatales.

### **2. ¿Cuál es la situación del consumo de drogas en Chile?**

Las encuestas realizadas en nuestro país demuestran un aumento considerable en el consumo de sustancias de este tipo y sólo las acciones preventivas podrán revertir esta tendencia, ya que las acciones de rehabilitación requieren de multiplicidad de recursos que hoy día no están disponibles.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Referencia.  
Ver Bibliografía N° 22.

## **2.5.4 PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL**

Existen muchos niños vulnerados en sus derechos, viviendo situaciones que provocan daños importantes en su desarrollo físico, emocional y social.

En el marco de la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, ratificada por el Gobierno de Chile en 1996, el Estado se obliga a adoptar todas las medidas necesarias para proteger a los niños de “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”. Es responsabilidad de todos cambiar esta situación, pero en especial de quienes tienen una relación más cercana con los niños y niñas: de sus padres y familiares, de los educadores, instituciones del Estado y organizaciones dedicadas a la defensa de sus derechos.

### **1. ¿Qué se entiende por maltrato infantil?**

El maltrato infantil es una acción intencional que produce daño físico, psicológico o sexual en un niño o niña, y que amenaza su desarrollo normal.

### **2. ¿En qué consiste el maltrato infantil?**

- Puede manifestarse: en forma activa (agresión directa) o en forma pasiva (omitir los cuidados o la protección que un niño necesita).
- El que agrede o causa el maltrato puede formar parte de la familia, de la comunidad o de alguna institución en la que el niño participa, (escuelas, hogares de menores, etc.).
- El agresor abusa de la relación de poder que tiene sobre el niño.
- El daño causado al niño es predecible y evitable.

### **3. ¿Cómo detectar una situación de maltrato infantil?**

Es necesario poner atención a ciertas señales que permitan sospechar de una situación de maltrato.

#### **Señales de maltrato físico**

El castigo físico no siempre provoca lesiones. Cuando deja lesiones es fácilmente identificable por las magulladuras, moretones, quemaduras, heridas y fracturas.

Por lo general estas lesiones son múltiples, detectables por su localización poco habitual, presentan una mayor frecuencia e intensidad, y son aparentemente inexplicables o no concuerdan con las explicaciones dadas por el niño o sus padres.

#### **Señales de maltrato físico pasivo o negligencia**

Se debe diferenciar si la falta de atención a las necesidades básicas de los niños es provocada por descuido o negligencia o por condiciones de vida en pobreza, o falta de acceso a los servicios de salud y educación.

Las señales se pueden observar cuando los niños pasan mucho tiempo solos, sin supervisión de algún adulto, tienen dificultades físicas o enfermedades no atendidas, están sucios y mal alimentados, usan ropa inapropiada especialmente cuando hace frío, faltan o llegan tarde al jardín infantil o escuela.

## **Señales de maltrato psicológico o emocional**

Los niños maltratados tienen, en general, un concepto disminuido de sí mismos en relación a sus capacidades. Se sienten rechazados y no queridos, tienen sentimientos de culpa y creen que se merecen los malos tratos.

Pueden presentar un estilo de relación agresiva, o comportarse en forma retraída, con escasa iniciativa y muy sumisos, como también cambiar repentinamente de estado de ánimo y conducta, sin razón aparente. Muchos niños maltratados tienen depresión infantil.

Pueden tener un desarrollo físico, cognitivo o verbal inferior al que corresponde a su edad.

## **Señales de abuso sexual**

El abuso sexual es uno de los tipos de maltratos más difíciles de detectar debido a que, con frecuencia, se desarrolla progresivamente, sin la presencia de violencia física.

Además de las señales físicas del abuso sexual, que pueden ser observadas en dificultades del niño o niña para caminar o sentarse, existen otras señales que tienen relación con el conocimiento en detalle que tiene acerca del intercambio sexual, su lenguaje y/o relato de situaciones de este tipo.

### **1. ¿Cómo proceder ante la sospecha de maltrato?**

Ante la sospecha de maltrato se debe actuar con mucha cautela, puesto que el “interrogar” directamente al niño puede aumentar su angustia. Enfrentar directamente al agresor puede llevarlos a alejar al niño del lugar en que se ha detectado la situación.

Lo primero que debemos hacer es observar su conducta en los espacios donde participa habitualmente, recoger información de otras personas cercanas (amigos, vecinos), así como con los padres u otros familiares para conocer la dinámica familiar, condiciones en que viven, etc.

### **2. ¿Qué acciones debe realizar el jardín infantil ante la evidencia de maltrato físico en un niño o niña?**

Todos los funcionarios públicos, entre sus deberes estatutarios, tienen la obligación de denunciar a la justicia cualquier irregularidad de que tomen conocimiento, sea de maltrato a los niños o de abusos deshonestos.

Ante una denuncia por abusos deshonestos y/o maltrato infantil, o de percatarse el personal JUNJI de esta situación deberá adoptar de inmediato las medidas conducentes a lograr una atención médica y psicológica tanto al párvulo como a su familia, haciendo un seguimiento completo a la situación, en términos de apoyo y asesoría.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Referencias.  
Ver Bibliografía N° 23, 24.

## SECCION 3. ALTERACIONES DE LA SALUD

### 3.1 Problemas de los órganos de los sentidos

En esta sección se analizan problemas de los órganos de los sentidos: **Ojo y visión, audición, nariz y olfato.**

#### 3.1.1 Ojo y visión

##### 1. ¿Qué es la visión binocular?

En condiciones de normalidad, la luz en los ojos genera un estímulo (imagen) para cada uno de ellos. Cuando las imágenes separadas se integran, la persona obtiene una percepción unificada, lo que es producto de una de las funciones más complejas de la visión normal, denominada binocularidad o visión binocular. La binocularidad, que es algo normal, no se tiene desde el nacimiento, se va adquiriendo como un reflejo condicionado, que se establece entre el momento de nacer hasta los 18 meses de vida, aproximadamente.

##### 2. ¿Qué es ambliopía?

Ambliopía (del griego “amblyos” = debilitado, torpe y “ops” = ojo) debilidad de la vista. La ambliopía es la visión defectuosa incorregible.

La ambliopía es un proceso mediante el cual se limita la maduración del normal desarrollo visual de cada ojo, por falta de oportunidad en el entrenamiento visual, trayendo dificultades variadas como, por ejemplo, no tener visión estereoscópica (de profundidad, de cálculo de distancias), alteraciones del desarrollo de funciones de coordinación neurológica, entre otras.

##### 3. ¿Cuáles son las causas de la ambliopía?

Si existiera cualquier desviación de los ejes visuales, que impidiese la unificación de una imagen durante dicha etapa del crecimiento (antes de los 18 meses de vida), ella deberá ser atendida cuidadosamente. Es así como estrabismos aparecidos precozmente en niños, especialmente convergentes, operados después de los 2 años de edad, difícilmente alcanzan una visión binocular. Sólo logra un buen desarrollo de la visión en cada ojo, separadamente, si se hace un tratamiento estricto estimulando la visión, (tapando cada ojo por un lapso en forma alternada) evitando que alguno de los ojos caiga en la temida ambliopía.

En condiciones alteradas (estrabismo, por ejemplo) sin corrección oportuna, no se produce integración y el organismo para evitar la confusión de tener dos imágenes no coincidentes, suprime la sensación producida por uno de los ojos, limitándose la maduración de ese ojo, quedando más debilitado en sus capacidades.

No sólo el estrabismo es capaz de provocar ambliopía, también lo pueden causar grandes alteraciones de la refracción (miopía, hipermetropía, astigmatismo) no corregidas (al no usar lentes correctores), opacidades de córnea o cristalino, enfermedades que provocan lesiones retinales y del nervio óptico.

#### **4. ¿Cómo prevenir la ambliopía?**

El examen ocular oportuno es una de las formas de prevenir la ambliopía, siendo las edades recomendadas:

- a) Recién nacido todo niño debe tener un examen ocular por el obstetra, pediatra u otro profesional.
- b) En el primer mes de vida o antes de egresar de la maternidad deben tener un examen oftalmológico los niños con factores de riesgo tales como historia familiar de retinoblastoma, catarata congénita, enfermedades metabólicas y enfermedades genéticas.
- c) A los seis meses de edad todos los niños deben tener un examen ocular por el pediatra u oftalmólogo para evaluar fijación, alineamiento visual y descartar alguna anomalía evidente (controles de salud).
- d) En el primer año de vida los niños con historia familiar de enfermedades del desarrollo visual tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo; o de enfermedad ocular genética (glaucoma); o que estén expuestos a factores epidemiológicos importantes (infecciones endémicas como el tracoma), deberán tener un examen por el especialista.
- e) A la edad de tres a cuatro años, todos los niños deberían tener un examen visual por un especialista, para determinar agudeza visual, alineamiento, motilidad y descartar enfermedad ocular;
- f) Los niños de cuatro años y más, deben ser evaluados visualmente en forma anual por personal escolar o profesionales de la salud y, si se constata alguna anomalía, referirse al oftalmólogo.

#### **5. ¿Qué puede hacer el personal escolar para evaluar la visión del niño?**

- a) En el niño hasta los 6 meses de edad, verificar que:
  - tenga ambos ojos bien alineados;
  - al iluminar súbitamente sus ojos sus pupilas se achican o hace gestos con la cara;
  - el niño sigue con sus ojos una luz que se mueva frente a ellos (a distancia aproximada de 33 cm, = largo de una hoja tipo oficio).

Se supone que el niño ve si presenta alguna de las reacciones descritas.

- b) En el niño desde los 6 meses hasta los 2 años de edad, además de lo anotado en el punto a), se valoran como normales las siguientes situaciones:
  - que el niño siga con la mirada un objeto que se mueva ante sus ojos;
  - que el niño no muestre gran inquietud al taparle en forma alterna cada ojo;
  - en algunos casos a esta edad se puede empezar a medir la agudeza visual usando la Tabla de Optotipos o de Snellen, que presenta la letra E en diferentes posiciones y graduaciones, (ver Glosario para más información).

#### **6. ¿Cuándo referir un niño al oftalmólogo?**

Se recomienda enviar un niño al oftalmólogo cuando presenta alguna de las siguientes condiciones oculares:

- a) A todo niño mayor de 6 meses de edad que:

- muestre sus ojos mal alineados o que tenga movimientos oculares mal coordinados; (NO EXISTE LIMITACION DE EDAD MINIMA PARA INICIAR TRATAMIENTO DE ESTRABISMO);
  - no responda al dirigir a sus ojos una luz o que ante ella, una o ambas de sus pupilas no reaccionen achicándose;
  - una o ambas pupilas se ven blancas;
  - muestre gran inquietud o reaccione violentamente al taparle uno de sus ojos.
- b)** Cuando al medir su agudeza visual, con las Tablas de Snellen, el niño presente dificultad para alcanzar una visión igual o superior a 20/40 (o 0.5 ó 5/10), en cualquier ojo, salvo que exista evaluación previa o que la visión se encuentre estabilizada.
- c)** Cuando exista dolor o daño del globo ocular, del párpado o de la órbita.
- d)** Al presentarse síntomas como:
- relámpago de luz (recientes o antiguos),
  - visión de cuerpos flotantes (dentro del ojo),
  - visión de halos (círculos alrededor de las luces),
  - oscurecimiento o nublamiento transitorio,
  - distorsión de la visión de lejos o de cerca,
  - pérdida de la visión o visión doble,
  - en el lactante menor excesivo lagrimeo.
- e)** Ante la sospecha de pérdida transitoria o permanente de algún sector del campo visual.
- f)** Frente a hallazgo de opacidades o alteración de la transparencia normal de las estructuras oculares al alcance de un examen externo del ojo (especialmente al apreciar pupila de color diferente del normal).
- g)** Aumento de volumen de la órbita o párpados (ojo saliente o exoftalmos), o frente a una sospecha de diferencia de tamaño entre ambos ojos.
- h)** Inflamación de la conjuntiva y de los bordes de párpados, con o sin secreción.
- i)** En todo caso de traumatismo ocular, especialmente si hay herida del globo ocular; cuando hay salida del contenido ocular, el niño debe ser atendido por oftalmólogo antes de 4 horas de ocurrido al accidente, o lo más pronto posible si en ese plazo no se pudiera lograr.

## **7. ¿Hábitos recomendados?**

Mantener normas de higiene tales como:

- lavado diario de la cara con agua y jabón;
- lavado frecuente de manos.

Que los niños, al presentar molestias en los ojos, pestañeen varias veces y no se toquen con sus manos; no dejar objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños o mal colocados.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Referencias:  
Ver bibliografía N° 25 y 26.

### **3.1.2. AUDICION**

#### **PROBLEMAS DE LA AUDICION**

##### **1. ¿Qué es la hipoacusia?**

La alteración de la audición más importante es su disminución o pérdida, denominada genéricamente hipoacusia.

En cuanto a su magnitud, la hipoacusia puede ser parcial o completa; en cuanto a su origen, congénita o adquirida. Respecto a la localización del defecto, se distinguen dos grupos principales de hipoacusia: De conducción y neurosensoriales.

Las de conducción son el resultado de alteraciones en el oído medio, grupo al que pertenecen la mayoría de las hipoacusias del niño; generalmente son recuperables con tratamiento médico y/o quirúrgico.

Las neurosensoriales derivan de alteraciones en el oído interno o en el nervio auditivo, generalmente son irreversibles.

##### **2. ¿Cuáles son las causas de la hipoacusia?**

Las causas de la hipoacusia pueden agruparse en: hereditarias, peri natales y adquiridas.

La mayoría de las hipoacusias de conducción son por causa adquirida, debidas a acumulación de líquido en el oído medio. Este líquido puede ser el resultado de infecciones repetidas del oído medio (otitis agudas y otitis media crónica supurativa), alergias respiratorias, infecciones respiratorias altas a repetición, hipertrofia adenoidea, fisura del paladar u otras causas. Pueden producir adherencias y aún destrucción de la cadena de huesecillos (dificultando la transmisión de los sonidos). Las hipoacusias neurosensoriales pueden ser también adquiridas como consecuencia de meningitis, infecciones virales, parotiditis, o acción de ciertos medicamentos que tienen efectos tóxicos sobre el oído en algunas personas, especialmente en los niños menores (estreptomycin, gentamicina, por ejemplo).

##### **3. ¿Es fácil descubrir la hipoacusia en un niño?**

No siempre se logra pesquisar precozmente la hipoacusia y a veces se la confunde con:

- a) Otra alteración auditiva.
- b) Trastornos del habla y lenguaje.
- c) Dificultades en lenguaje.

##### **4. ¿Es sinónimo de hipoacusia el retardo del lenguaje vocal?**

No, frente a un niño con retardo del lenguaje vocal es conveniente descartar:

- a) Retardo madurativo global.
- b) Retardo mental.
- c) Hipoacusia parcial o completa congénita o adquirida.
- d) Déficit de estimulación social.
- e) Autismo infantil.

## **5. ¿Qué inflamaciones del oído pueden llevar a hipoacusia?**

Hay dos tipos de inflamaciones del oído que pueden ser causa de hipoacusia:

- una aguda, como es la otitis media, y
- otra crónica, como la otitis media crónica supurativa, caracterizada por otorrea persistente de más de 6 a 8 meses (salida de pus por el conductor auditivo).

## **6. ¿A qué edad se pueden detectar problemas auditivos del niño?**

En los primeros 2 años el niño está desarrollando la comprensión del lenguaje y su capacidad de hablar.

La exploración del déficit en la audición debe ser precoz para permitir medidas curativas o compensadoras oportunas (en los primeros 2 años de vida). Idealmente en el periodo neonatal, con el objetivo de que las intervenciones logren superar los efectos negativos de su persistencia.

## **7. ¿Cómo detectar problemas auditivos en el niño?**

En el periodo de recién nacido el reflejo de Moro ante un ruido indica que el niño es capaz de oír.

Entre los 7 y 24 meses puede usarse estímulos acústicos a 1 metro detrás de la cabeza del niño, mientras su atención está dirigida adelante hacia un juguete o muñeca. Si el niño gira la cabeza o mira hacia el sonido es señal de que oye.

Los sonidos a emplear pueden ser el arrugar un papel, sonido de llaves o golpear una copa con una cucharilla. El retraso en el inicio del lenguaje también puede ser una señal de sospecha.

## **8. ¿Qué casos se deben pesquisar especialmente?**

La búsqueda de alteraciones auditivas debe focalizarse especialmente en niños con antecedentes familiares de sordera, historia de rubéola en el embarazo, o de infecciones en este periodo, ya que algunos antibióticos pudieran afectar el oído del feto; historia de daño cerebral en el niño y de defectos congénitos múltiples; niños prematuros, niños con antecedente de parto traumático, Apgar bajo, Hipoxia neonatal.

## **9. ¿Cómo el personal puede detectar alteraciones auditivas del niño?**

Las manifestaciones siguientes en el niño deben hacer pensar al personal que pudiera tener alteraciones auditivas, por lo que debería referirse al Consultorio de Pediatría en caso que el niño:

- escuche bien solamente hasta 1 a 2 metros de distancia;
- de espalda no escuche bien;
- al hablarle de lejos, el niño se acerque para escuchar;
- necesita que le repitan las palabras;
- habla en voz muy baja o en voz muy alta;
- tiene un vocabulario muy pobre (en niños mayores);
- se cansa de seguir conversaciones;
- niños con alteraciones conductuales: “distraídos”.

## 10. ¿Cuándo referir el niño al otorrinolaringólogo?

El niño debería ser visto por médico otorrinólogo cuando:

- presente hipoacusia de más de 2 ó 3 semanas de duración;
- presente secreción purulenta en el oído por más de una semana a pesar del tratamiento médico pediátrico;
- presente algunas de las manifestaciones indicadas en respuesta a la pregunta N°9.

## 11. ¿Hábitos recomendados?

- En el lactante dar las maderas en posición semisentado, nunca acostado, especialmente cuando esté resfriado.
- No apretar la nariz para sonarlo, especialmente cuando el niño esté resfriado.
- El aseo de las orejas debe hacerse con agua y jabón y hasta donde alcancen los dedos.
- No meter palitos ni “cotonitos”, ni ningún objeto duro en el conducto auditivo.
- Evitar para el niño: ruidos demasiado intensos en forma frecuente (música a todo volumen, por ejemplo), estampidos (gritos junto al oído, disparos de escopetas).
- En caso de supuración del oído:
  - no bañarse en piscinas o el mar,
  - evitar entrada del agua durante el aseo o lavado de cabello (poner tapón de algodón con vaselina líquida y retirar al terminar el aseo),
  - no debe taponarse el oído durante el día o noche.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N°4 y 10.

### **3.1.3. Nariz y olfato**

#### **Problemas de la nariz**

Entre los problemas médicos frecuentes del niño referidos a su nariz están la epistaxis y la presencia de cuerpos extraños en fosas nasales.

#### **3.1.3.1 Epistaxis**

##### **1. ¿Qué es la epistaxis?**

Es la salida de sangre por la fosa nasal producida, en la mayoría de los casos, por sangrado de venas ubicadas en el tabique nasal, en su parte anterior e inferior.

##### **2. ¿Cuáles son las causas?**

En el niño esta hemorragia es de escasa magnitud y está relacionada con catarros agudos de vías respiratorias superiores o de pequeños traumatismos (dedito que escarba con persistencia).

##### **3. ¿Cómo enfrentar la situación inmediata?**

Mantener al párvulo sentado con su cabeza ligeramente inclinada hacia delante. Mantener compresión con un dedo, al menos por 10 minutos sin interrupción, del ala de la nariz contra el tabique, desde el borde libre del cartílago hasta el borde inferior de los huesos de la nariz.

##### **4. ¿Cuándo derivar el niño al consultorio?**

En caso de que persista el sangrado, a pesar de haber mantenido la compresión sin soltarla por 10 minutos o más, o si se sigue repitiendo la epistaxis en el día.

##### **5. ¿Cuándo derivar al otorrino?**

La derivación al otorrino es decidida por el médico del consultorio, en general, cuando se repite la epistaxis por la misma fosa nasal por 3 días seguidos, con el propósito de considerar la cauterización del vaso sangrante.

##### **6. Conductas recomendadas**

- a) Mantener las uñas cortas.
- b) Procurar que el niño no meta su dedo en las fosas nasales, ni se introduzca cuerpos extraños.
- c) Evitar hacer taponamiento nasal en el jardín infantil.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N°4.

## 3.2 ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### 3.2.1 APARATO RESPIRATORIO

#### 3.2.1.1 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

##### 1. ¿Qué son las IRA?

Son enfermedades que se producen por la acción de virus o de bacterias que infectan las vías respiratorias. Se presentan con mayor frecuencia en los niños menores de 6 años. Tienen en común el modo de diseminación y reservorios. En el niño, tanto las producidas por virus como las debidas a bacterias, pueden predisponer a complicaciones, a veces, graves; por ello es importante la prevención de las enfermedades respiratorias agudas, así como la prevención de sus complicaciones y la atención médica oportuna de aquéllas clasificadas como moderadas o graves.

La vía de transmisión es directamente por contacto oral o por diseminación de gotitas; indirectamente, por las manos, pañuelos, utensilios de comer u otros objetos recién contaminados por secreciones respiratorias de una persona infectada. El reservorio es el hombre.

El periodo de incubación varía de unos cuantos días a una semana o más; la transmisión es posible mientras dure la enfermedad activa.

##### 2. ¿Qué importancia tienen este tipo de enfermedades?

En la época de invierno se produce una concentración de casos de Infecciones Respiratorias Agudas que atacan principalmente a lactantes y ancianos. En Chile las IRA en los niños en los meses de invierno representan cerca del 75% de las consultas, pueden ser causa de hospitalización y son todavía la principal causa de muerte en los menores de un año.

El 60% de los niños que muere por esta causa, lo hace en su domicilio, ya sea habiendo consultado o no, puesto que esta enfermedad es de difícil diagnóstico en los primeros meses de vida y esto predispone a que la madre no consulte, o tenga dificultades en el acceso a la atención médica; o bien que el profesional no llegue al diagnóstico adecuado oportunamente. En general las enfermedades de este tipo son más graves mientras más pequeño sea el niño.

Un aspecto fundamental para evitar el curso grave y a veces fatal de estas enfermedades es su prevención (la mayoría son evitables) y, ante el evento ya desarrollado, su detección y tratamiento oportuno.

Esto significa que, tanto las madres como el personal que está en contacto con estos menores, pueden contribuir a evitar los riesgos descritos. Estos son el personal de los establecimientos de salud, así como el de las salas cuna y jardines infantiles, quienes pueden colaborar en el proceso educativo a la comunidad acerca de este serio problema de alta frecuencia.

Para este fin debemos conocer algunas características de los grupos de riesgo, reconocer signos de gravedad, de forma tal de contribuir a evitar muertes infantiles.

### 3. ¿Cómo se reconocen?

El niño puede tener fiebre, nariz tapada, tos, dolor de garganta o dolor de oído al tragar, (malestar o llanto frecuente en lactantes), secreción nasal cristalina. Si no hay complicaciones, los síntomas y signos generalmente desaparecen en el lapso de 2 a 5 días.

Si bien el diagnóstico diferencial entre las múltiples enfermedades respiratorias agudas corresponde al médico, cualquier adulto debería estar en condiciones de reconocer si el cuadro que presenta un niño corresponde al grupo de infecciones respiratorias agudas, de tipo leves, moderadas o graves.

### 4. ¿Qué factores de riesgo para su aparición se conocen?

- Contaminación intradomiciliaria: tanto el sistema de calefacción usado como el hecho de que se fume dentro de las casas, condiciona una contaminación que afecta claramente a los habitantes de ese domicilio, independientemente del área geográfica donde esté ubicada.

**Los sistemas de calefacción que mayor contaminación provocan son el carbón, la parafina y el gas.** El humo del tabaco es por todos conocido como nocivo y generalmente se asocia sólo con el riesgo de producir cáncer en diversas localizaciones en el largo plazo, pero -en forma inmediata- altera las vías respiratorias de los menores, aumentando el riesgo de que enferme y muera por esta causa.

Estudios han demostrado que la mayoría de los niños que fallecen tienen madres u otras personas que fuman al interior del hogar.

- El frío y los cambios bruscos de temperatura: el frío hace que las vías respiratorias se “cierren” (se obstruyan) y se produzcan más enfermedades, razón por la cual es necesario evitar los cambios bruscos de temperatura, lo que significa no abrigo excesivamente y mantener temperaturas ambientales relativamente estables, tanto durante el día como en la noche, en los hogares donde hay niños pequeños.
- Lactancia materna insuficiente: la leche materna es, sin lugar a dudas, el mejor sistema de alimentación que puede tener el menor en sus primeros meses de vida, ya que le entrega los nutrientes que necesita para su crecimiento y al mismo tiempo le protege de diferentes enfermedades, permitiendo además un estrecho vínculo de amor entre madre e hijo. Por tanto, éste es otro motivo por el cual se debe fomentar la lactancia natural, como una forma de prevenir las enfermedades respiratorias graves.
- Malformaciones congénitas: alteraciones como el labio leporino, malformaciones del corazón o el Síndrome de Down (“mongolismo”) hacen más susceptibles a los niños para adquirir las enfermedades respiratorias, siendo en ellos más graves.
- Bajo peso al nacer: el antecedente de un peso al nacer menor de 2.500 gr. debe ser considerado como un factor de riesgo para estas enfermedades.

- Actitud de la madre: las madres adolescentes o “primerizas”, dada su menor experiencia y conocimiento, en muchos casos se constituyen en un factor de riesgo, por las dificultades en una adecuada prevención, así como también en la capacidad para detectar tempranamente la enfermedad en sus hijos y consultar oportunamente en un establecimiento de salud.

## 5. ¿Qué signos de gravedad presentan estas enfermedades?

- a) Tos: la tos es ANORMAL, especialmente en un niño menor de un mes de vida. Es importante que la madre aprenda a diferenciar entre la tos y los estornudos en esa edad. A veces la bronconeumonía puede manifestarse exclusivamente por tos en ese grupo de edad.
- b) Frecuencia respiratoria: las guaguas normalmente respiran más rápido (más frecuente) que los adultos y esto es más intenso mientras más pequeña sea. Es importante enseñar a la madre a contar las respiraciones de su pequeño en un minuto. Esto se debe realizar cuando está tranquilo y sin llorar, ya que en estas condiciones es esperable que aumente la frecuencia.  
Si la guagua respira más de 50 veces por minuto, debe ser llevada a un centro de urgencia.
- c) Apnea: en los niños pequeños normalmente la respiración es irregular, especialmente en el primer mes, esto significa que la guagua respira varias veces, luego hace una pausa y después vuelve a respirar. Si la pausa se hace más larga (más de 15 a 20 segundos) y sus labios o alrededor de la boca toman un color morado, se trata de un signo ANORMAL y se debe consultar al médico en forma inmediata.
- d) Retracción intercostal: se llama retracción intercostal al hundimiento de la piel bajo las costillas, cada vez que respira. Si esta retracción aumenta o se hace más evidente que lo normal para cada niño es necesario consultar. Para esto es importante que cada madre aprenda a conocer a su hijo fijándose en estas características durante el baño y/o la muda.
- e) Cianosis: cada madre debe reconocer el color de la piel de su pequeño y, de esta forma, si cambia a un tono morado cuando tose o estando tranquilo (a), debe consultar. Este color morado alrededor de la boca se llama “cianosis”.
- f) Rechazo alimentario: la guagua puede expresar su enfermedad a través del “rechazo alimentario” y éste puede significar que no acepta nada de la alimentación que estaba recibiendo o que la acepta parcialmente. Esto debe ser considerado como ANORMAL y llevar a consultar al médico.
- g) Quejido: es importante que, tanto las madres como el personal de los establecimientos de la JUNJI, aprendan a reconocer el quejido en un lactante. La aparición de éste debe provocar la consulta médica en forma inmediata.
- h) Fiebre o enfriamiento: ante el comportamiento catalogado como fuera de lo normal en un menor es recomendable el control de la temperatura con un termómetro e idealmente registrarlo (la memoria es frágil).

Se consideran temperaturas anormales las siguientes:

- control axilar, sobre 37 grados se debe considerar fiebre.
- control rectal, sobre 38 grados se debe considerar fiebre.

La presencia de fiebre en un lactante debe ser consultada con un profesional de la salud. Ahora, si el registro de temperatura da por el contrario menos de 36 grados en el recto se debe consultar en forma urgente, puesto que esto puede significar que el menor está muy grave.

## **ACCIONES A SEGUIR EN LA SALA CUNA Y JARDIN INFANTIL**

El personal tiene una labor importante por desarrollar en cuanto a:

- 1) Evitar transmisión de la enfermedad al interior del jardín: esto implica que los menores con diagnóstico realizado de cuadros respiratorios severos, no deben asistir para evitar transmisión (Ej.: infecciones por adenovirus, influenza). Por otra parte, el personal puede contribuir a disminuir la transmisión de estas enfermedades en base al cumplimiento de ciertas medidas.
- 2) Educar a las madres acerca de factores de riesgo ya descritos y promover la lactancia natural, ya que ésta es un factor protector en el menor de un año.
- 3) Contribuir a la detección precoz y derivación oportuna en caso necesario, según los signos físicos antes descritos. En este caso es importante “aprovechar” el momento de la muda en los más pequeños a efecto de buscar los signos de gravedad antes descritos y proceder en base a esas recomendaciones.
- 4) Apoyar el buen manejo de los cuadros respiratorios diagnosticados, a través de la entrega oportuna de los medicamentos indicados.
- 5) Evitar factores que favorecen la transmisión de la enfermedad en los recintos de sala cuna y jardín infantil. Para esto es conveniente evitar la existencia de factores de riesgo:
  - Hacinamiento de cunas: las cunas deben estar distanciadas una de otra, lo máximo posible.
  - Eliminar secreciones en forma segura: pañuelos o elementos usados para limpiar secreción nasal, desgarro, etc., deben ser eliminados en el tarro de la basura y deben ser de uso individual; lavado de manos después de cada atención con contacto con secreciones respiratorias (desgarro, secreción nasal, vómitos con secreciones bronquiales). Se recomienda el uso de jabón común y secado de manos con material desechable.
  - Realizar lavado de juguetes que tengan contacto con saliva y secreciones nasales, puesto que se transforman en un medio de contagio.
  - Evitar uso de medios de calefacción que provoquen contaminación.
  - Evitar ambientes con excesiva calefacción (Ej.: tratar de mantener temperaturas cercanas a los 20°). De esta forma se evita exponer a los menores a cambios bruscos de temperatura en la salida al patio o en el trayecto a su hogar.
  - Realizar ventilación total de las salas después de la jornada de trabajo.
  - Evitar el contacto de los menores de sala cuna con personal que presenta cuadros respiratorios severos, ya sea a través de la redistribución del personal, como del uso de mascarillas desechables.

**6) ¿Cómo diferenciar los distintos tipos de IRA y su gravedad?**

A continuación se presenta un esquema que permite clasificar a las IRA usando los síntomas y signos antes descritos:

<b>CLASIFICACION</b>	<b>¿QUE HACER?</b>
<b>IRA GRAVES</b> (2 o + síntomas)	El niño debe ser llevado <b>INMEDIATAMENTE</b> a la posta de urgencias del hospital más cercano.
<b>IRA MODERADAS</b> (2 o + síntomas)	El niño debe ser llevado <b>LO ANTES POSIBLE</b> a consulta médica al centro de salud más cercano.
<b>IRA LEVES</b>	El niño debe ser cuidado en la casa por los padres o familiares.

<b>SINTOMAS IRA GRAVES</b>	<b>SINTOMAS IRA MODERADAS</b>
FIEBRE alta y permanente.	FIEBRE alta.
TOS intensa, ronca, con dificultades para respirar.	TOS intensa, ronca.
RESPIRACION rápida, más de 70 veces por minuto y cortada.	RESPIRACION rápida, más de 50 veces por minuto.
Respira entrecortado, cansado, con un quejido.	
NIÑO muy decaído, llora con ronquera, rechaza alimentos.	NIÑO decaído, irritable, llorón, rechaza alimentos.
ALETEO nasal, la nariz se abre y cierra.	DOLOR de garganta; faringe y amígdalas rojas.
TIRAJE, espacios entre las costillas se hunden en cada inspiración.	MOCO verde.
	DOLOR de oído, aparición de pus.

<b>CUADROS IRA GRAVES</b>	<b>CUADROS IRA MODERADAS</b>
Bronquitis aguda. Laringitis obstructiva. Bronconeumonía. Neumonía. Síndrome Bronquial Obstructivo.	Amigdalitis. Otitis aguda. Faringitis aguda. Bronquitis moderadas (sin dificultad para respirar).

## 7) ¿Qué tratamiento y cuidados requiere este tipo de enfermedad?

Algunas medidas básicas para el cuidado, en el hogar, del niño enfermo de IRA:

- a) Procurar que el niño enfermo guarde cama o reposo dentro de la casa. Evitar los cambios bruscos de temperatura, no abrigarlos en exceso. Evitar el humo en la pieza del niño enfermo, no fumar.
- b) Darle abundante líquido, si es posible jugo de frutas (naranja, limón, zanahoria, etc.) y otros alimentos ricos en vitaminas. Puede dársele agua de hierbas, té puro simple o té antigripal. Si se mantenía la lactancia materna, se debe continuar dándole pecho en forma normal.
- c) Si el niño tiene la nariz tapada, se recomienda limpiar las fosas nasales con un algodón mojado (agua con sal) y mantener siempre limpia la nariz para facilitar la respiración.
- d) En caso de tos, la madre puede utilizar remedios caseros como el “té con miel” o hierbas medicinales.
- e) Ya que las IRA son producidas generalmente por virus, NO se le debe dar antibiótico. El jarabe para la tos debe ser indicado por el médico.
- f) Cuando el niño tiene fiebre, es importante no abrigarlo demasiado. Si la temperatura es de 38,5°C (rectal en el lactante o axilar en el mayor de 2 años) o más elevada, debe quitarse ropa de cama y de vestir. En caso que la temperatura no descienda, aplicar paños mojados en agua tibia sobre la frente, en el cuello y en el pecho, cambiándolos periódicamente hasta que la temperatura baje a 38°C (evitar bajarla a menos de 37,5°C con estos medios).
- g) El cariño y la paciencia de la madre son muy importantes para la recuperación del niño.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 27, 28, y 29,30,62.

### **3.2.1.2. NEUMONIA**

#### **1. ¿Qué es la neumonía a mycoplasma?**

Llamada también neumonía atípica primaria. Es una infección no siempre febril de las vías respiratorias inferiores; con menos frecuencia se trata de una faringitis que a veces avanza hasta producir bronquitis o neumonía.

Es producida por una bacteria llamada "Mycoplasma pneumoniae". Se presenta en forma esporádica, endémica y, a veces, epidémica, especialmente en instituciones. No presenta selectividad por sexo. En Chile, actualmente es la primera causa de neumopatías en mayores de 7 años y es relativamente frecuente en menores de 5 años, adoptando en éstos la forma de bronconeumonía.

El periodo de incubación es de 14 a 21 días; la duración de la enfermedad es de 10 a 14 días. No son frecuentes las complicaciones. Responde bien a determinados antibióticos de uso corriente. La neumonía clínica se manifiesta en cerca del 3 al 30% de las infecciones por M. pneumoniae, según la edad.

La vía de transmisión es probablemente por inhalación de gotitas, o por contacto íntimo con una persona infectada, o con objetos recién contaminados con secreciones nasofaríngeas de enfermos en la fase aguda y con tos. Son frecuentes los casos secundarios de neumonía entre los contactos, miembros de una familia y las personas que atienden enfermos.

#### **2. ¿Cómo se reconoce?**

El ataque del germen varía desde una faringitis febril leve hasta una enfermedad febril que invade las vías respiratorias superiores o inferiores. El comienzo es gradual, con dolor de cabeza, malestar general, tos tormentosa o accesos de tos y dolor generalmente subesternal (no pleural). Generalmente acompañado de signos de obstrucción bronquial, especialmente en el lactante. El diagnóstico clínico en el lactante y pre-escolar es relativamente difícil, ya que la infección por mycoplasma o la bronconeumonía producida por él no tiene signos o síntomas que la diferencie de infecciones respiratorias producidas por otros gérmenes. Las crioaglutininas ayudan en caso de estar presentes (examen de sangre que reacciona con el frío de un refrigerador en, aproximadamente, 10 minutos) para el diagnóstico de infección por mycoplasma. El examen radiológico es especialmente útil en el diagnóstico de los casos con neumonía o bronconeumonía.

Se sospecha de la presencia de bronconeumonía por mycoplasma cuando una neumonía o bronconeumonía no responde al tratamiento habitual. La bronconeumonía por mycoplasma no deja inmunidad, existen adultos portadores de mycoplasma que pueden ser fuente de contagio para los niños; estos dos hechos explican que un párvulo pueda presentar dos o tres recaídas de bronconeumonía por mycoplasma si no se ha hecho detección y tratamiento al grupo familiar.

### 3. ¿Cómo prevenirla?

- a) Por su alta contagiosidad, en lo posible, debe evitarse el hacinamiento en viviendas y dormitorios, especialmente en instituciones.
- b) En un jardín infantil, al presentarse en niños de la misma sala, dos o tres casos de bronconeumonía simultáneos o en días muy próximos, ello deberá ser informado a los médicos del consultorio de salud de la localidad para que investiguen la posibilidad de que se trate de infecciones por mycoplasma.
- c) El tratamiento de los contactos en el medio familiar y en el jardín infantil es muy importante para evitar la diseminación de la infección.
- d) Al confirmarse dos o más casos de bronconeumonía por mycoplasma en un jardín infantil, deberá informarse a la autoridad de salud de la localidad para que determine la conveniencia del cierre transitorio del establecimiento, debido a la alta contagiosidad (aunque la enfermedad no produzca alta mortalidad).

### 4. ¿Qué hacer con el paciente?

Al tener manifestaciones poco definidas, sólo cabe aplicar las medidas indicadas en los problemas respiratorios agudos.

Hábitos recomendados:

Son igualmente aplicables las recomendaciones para Infecciones Respiratorias Agudas.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 63

## **3.2.2 ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES**

### **3.2.2.1. PREVENCIÓN DE INFECCIONES GASTROINTESTINALES**

A continuación se comenta la generalidad de las medidas preventivas de las enfermedades de transmisión entérica, tales como: hepatitis, salmonelosis, rota virus, intoxicación alimentaria.

El aumento de la temperatura ambiental favorece la reproducción de los microorganismos en los alimentos, razón por la cual deben extremarse las medidas de prevención y control en cuanto al almacenamiento, elaboración y manipulación de alimentos, con el objeto de evitar la aparición de brotes infecciosos.

En este sentido, se entregan medidas generales, con el fin de difundirlas entre el personal y la comunidad de contacto a través de las diversas actividades que realiza JUNJI.

#### **Medidas preventivas generales**

- a) Consumo de agua potable o en su defecto de agua hervida durante un minuto. Para lavar los utensilios de cocina también puede usar agua clorada (1 cucharadita por litro de agua).
- b) Adecuada manipulación de los alimentos, incluyendo educación a manipuladores.
- c) Consumo de alimentos de menor riesgo de contaminación, lo que significa consumir cocidos alimentos como pescados y mariscos, al igual que verduras y frutas que crecen a ras de suelo, para evitar riesgos de contaminación.
- d) Eliminación sanitaria de las deposiciones. Cautelar que los baños de los jardines infantiles permanezcan en óptimas condiciones de higiene, orientando también a las familias al cuidado en la eliminación de las excretas.
- e) Eliminación sanitaria de los pañales usados, en base a bolsas plásticas y evitando la contaminación ambiental de excretas.
- f) Lavado de manos con agua y jabón antes de la manipulación y/o consumo de cualquier alimento.
- g) Lavado de manos con agua y jabón después de ir al baño (personal y menores) y después de la muda (personal). Desinfección de baños siguiendo la normativa vigente.
- h) Adecuada eliminación de las basuras, cuidando que los recipientes se mantengan tapados.
- i) Eliminación de insectos, principalmente a través de medidas de higiene y aseo en todas las dependencias. Usar insecticida sólo en casos necesarios, tomando las medidas de seguridad de rigor, vale decir, establecimiento sin asistencia de menores, realizando una cuidadosa limpieza de superficies horizontales con el objeto de evitar residuos.
- j) Fomento de lactancia natural.

## **1. ¿Qué hacer ante la sospecha de un brote?**

Se entiende como “brote” la acumulación de casos de una determinada enfermedad en corto tiempo, en un establecimiento determinado.

En caso de enfrentar una situación de este tipo se debe efectuar lo siguiente:

- Notificación a la autoridad de salud más cercana (consultorio, hospital, dirección del servicio de salud), usando los canales establecidos en la región: Dirección Regional de JUNJI o directamente desde el jardín infantil.

La autoridad de salud establece si se trata efectivamente de un brote y determina las acciones a seguir:

- Estudio de probable fuente común de contagio.
- Asegurar el estricto cumplimiento de las medidas preventivas.
- Dar cumplimiento a medidas preventivas específicas, según tipo de enfermedad.

### 3.2.2.2 HEPATITIS VIRAL

#### 1. ¿Qué es la hepatitis?

La enfermedad es causada principalmente –en la infancia- por el virus A de la hepatitis. También suele ser producida por el virus hepatitis B y por los virus hepatitis no A no B. Predominantemente afecta a preescolares y escolares, siendo su evolución en la mayoría de los casos benigna.

A veces se presenta en brotes producidos por una fuente común, ya sea por ingestión de alimentos o aguas contaminadas por deposiciones de personas enfermas.

#### 2. ¿Cómo se transmite?

La vía de transmisión es, principalmente, fecal-oral, para el virus A, que se encuentra en las deposiciones del enfermo y en todas sus secreciones. El periodo de incubación es de 15 a 50 días; la transmisión máxima es al final del periodo de incubación, y es mínima una semana después de iniciada la ictericia.

#### 3. ¿Cómo se manifiesta?

Se caracteriza por un comienzo agudo con fiebre, malestar general, inapetencia, náuseas y dolores abdominales. A los pocos días (4 a 5) aparece una coloración amarillenta de la piel y escleras (ictericia). La orina adquiere un color oscuro (como “té cargado”) y las deposiciones, una coloración blanquecina (acolia). En algunos casos tiene un curso subclínico, vale decir, sin síntomas, si bien en estos casos las personas también eliminan virus por sus deposiciones durante la enfermedad y por tanto pueden trasmitirla a otros.

Habitualmente evoluciona en dos semanas, pero los casos más graves pueden demorar hasta unos meses. En la mayor proporción de los casos la enfermedad tiene un curso leve, con un restablecimiento completo en el periodo antes mencionado.

#### 4. ¿Qué hacer con el paciente?

- a) Consultar al médico.
- b) Reposo en cama a lo menos hasta que desaparezca la ictericia (4 a 6 semanas en recuperar su actividad normal).
- c) Régimen hipo graso sólo en caso de intolerancia.

#### 5. Hábitos recomendados

- a) Lavado de manos con agua y jabón antes de cualquier comida.
- b) Lavado de manos al párvulo después de defecar (aunque no se limpie solo).
- c) Abrir y cerrar la llave del agua con la mano distinta de la usada para limpiar el ano, con el propósito de evitar la transmisión y contaminación de las manos limpias al cerrar la llave.

## **6. ¿Qué hacer ante la aparición de un caso en el jardín infantil?**

- Notificar a la autoridad sanitaria.
- Orientar el cumplimiento de indicaciones de reposo en el hogar, tanto para el personal, como para los menores afectados, excluyendo -por tanto- su participación en actividades del jardín.
- Búsqueda de fuente común, vale decir, estudio de manipuladores y exclusión de “portadores” (enfermedad inaparente clínicamente).
- Revisión de proceso de elaboración, almacenamiento, distribución de alimentos, a efecto de buscar y evitar “quiebres” (fallas).
- Uso de gammaglobulina en personal y menores asistentes, lo que permite prevenir la aparición de la enfermedad o bien aminorar su intensidad. Su indicación es decisión de la autoridad sanitaria. Su aplicación es útil hasta dos semanas después de la exposición.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Referencias:  
Ver bibliografía N° 27, 28 39.

### 3.2.2.3. DIARREA AGUDA

#### 1. ¿Qué es la diarrea aguda?

Es un conjunto de síntomas y signos (síndrome) que puede ser producido por diferentes causas. Se caracteriza por alteración del tránsito intestinal, que puede ser debida a virus, bacteria, parásitos, etc. En general su evolución es limitada, menos de 7 días, y el pronóstico es benigno. Afecta preferentemente al lactante menor y puede adquirir forma epidémica en los meses de verano por incumplimiento de medidas básicas de higiene. Es más grave en los desnutridos.

La vía de transmisión es fecal-oral, a través de contaminación de los alimentos o del agua de bebida. El lavado inadecuado de las manos contribuye en gran parte a la propagación de la enfermedad.

El periodo de incubación varía según sea el agente causal:

- Escherichia coli      12 a 72 horas;
- Shigella                1 a 3 días
- Rota virus             48 horas
- Cólera                 2 a 3 días
- Amebiasis             2 a 4 semanas
- Lambliasis            1 a 4 semanas

El periodo de transmisión varía también con el agente causante, en general se extiende durante el periodo agudo de la infección y puede en algunos casos extenderse después como portador, como podría ocurrir con el cólera, shigella y salmonella.

#### 2. ¿Cómo se reconoce?

Sus manifestaciones más frecuentes son: deposiciones de menor consistencia que lo normal (más aguadas) y, generalmente, más frecuentes y con mayor volumen. Al comienzo puede haber vómitos, dolor abdominal. Sus complicaciones se reconocen por la presencia de una o varias de las siguientes manifestaciones:

- vómitos persistentes,
- deshidratación,
- alteración del estado de conciencia,
- mucus, pus o sangre en las deposiciones,
- estar acompañada de otra enfermedad aguda simultánea.

El diagnóstico diferencial de los agentes causantes del síndrome diarreico corresponde al médico, sin embargo, cualquier adulto debería estar en condiciones de reconocer cuando una diarrea aguda en el niño presenta una o más complicaciones y tomar la decisión más conveniente para su salud. La más grave de las complicaciones es la deshidratación.

#### 3. ¿Cómo se reconoce la deshidratación?

La deshidratación ocurre cuando el niño pierde agua y sales por causa de la diarrea. Si no recibe líquidos, el niño deshidratado puede morir por falta de agua y sales.

Los síntomas y signos de deshidratación sirven para evaluar el estado de hidratación del niño:

ESTADO	HIDRATADO	DESHIDRATADO	DESHIDRATADO con shock
Observar:			
CONDICION	Bien, alerta.	<b>Intranquilo, irritable.</b>	<b>Comatoso; hipotónico.</b>
OJOS	Normales.	Hundidos.	Muy hundidos y secos.
LAGRIMAS	Presentes.	Ausentes.	Ausentes.
BOCA Y LENGUA	Húmedas.	Secas.	Muy secas.
SED	Bebe normal sin sed.	<b>Sediento, bebe rápido y ávido.</b>	<b>Bebe mal o no es capaz de beber.</b>
Explorar:			
SIGNO DEL PLIEGUE*	Desaparece rápidamente.	<b>Desaparece lentamente.</b>	<b>Demora más de 2 segundos en desaparecer.</b>
Decidir: **	Tratar diarrea.	Ir al médico.	Hospitalizar.

\*Signo del pliegue: cuando se pellizca con suavidad la piel, se forma un pliegue cutáneo. ¿El pliegue se deshace rápido, lento, o después de más de 2 segundos? Buscar el signo en la piel del abdomen o en el dorso de la mano.

\*\* Está deshidratado si tiene dos o más signos de esa columna. Está deshidratado con shock si presenta dos o más signos de la columna respectiva, incluyendo por lo menos uno de los escritos con negrita.

#### 4. ¿Cómo prevenir la diarrea?

- a) Lavarse bien las manos antes de preparar los alimentos.
- b) Lavarse bien las manos después de ir al baño.
- c) Usar sólo agua hervida para los alimentos y bebidas del niño.
- d) Proteger los alimentos de moscas, otros insectos y animales domésticos.
- e) Lavar cuidadosamente chupetes y mamaderas del niño y guardarlos secos y tapados.
- f) Lavar cuidadosamente las frutas y verduras crudas que se da al niño.
- g) Mantener siempre la basura tapada, la cocina limpia y sin moscas.
- h) Al niño menor de un año mantenerle la alimentación al pecho, siguiendo las indicaciones del control.
- i) Letrinas higiénicas en caso de no disponerse de red de alcantarillado: debe estar separada como mínimo de la fuente de suministro de agua (pozo) por 7,5 a 15 metros y de 1,5 a 3 metros sobre el nivel de las aguas subterráneas.

#### 5. ¿Cómo prevenir la deshidratación?

- a) Aplicar las medidas para evitar la diarrea.
- b) Si el niño comienza con diarrea darle inmediatamente la mezcla de sales de rehidratación oral después de cada deposición para evitar la deshidratación.
- c) Consultar al médico del establecimiento de salud más cercano, si pasadas algunas horas el niño continúa decaído.

## 6. ¿Qué hacer con el paciente?

Para tratar en el hogar deben recordarse 3 reglas:

- Dar mayor cantidad de líquidos que lo usual, para prevenir la deshidratación.
- Dar al niño bastantes alimentos, para evitar la desnutrición por diarrea; porque un paciente bien alimentado resiste mejor las enfermedades.
- Llevarlo al consultorio si no mejora, para evitar complicaciones o para que pueda recibir tratamiento complementario, si fuera necesario.

## 7. ¿Qué podemos hacer para aplicar estas tres reglas?

### **DAR MAYOR CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE LO USUAL**

- Desde que comienza la diarrea, dar al niño a beber líquidos en abundancia.
- A los pacientes menores de un año, debe dárseles aproximadamente 50 a 100 ml., (1/4 a 1/2 taza) de líquido después de cada evacuación. Los pacientes de 1 a 10 años necesitarán 100 a 200 ml. (1/2 a 1 taza grande).
- Preparar en casa una solución de sales de rehidratación oral (SRO): un sobre de SRO de Unicef o del Laboratorio Chile se disuelve en 1 litro de agua hervida; en caso de otras marcas debe verificarse la cantidad de agua requerida.
- No dar la mezcla caliente al niño, pues le puede provocar vómitos.
- Si no puede conseguir sobres con sales de rehidratación oral, puede prepararse una mezcla casera que es tan efectiva como el sobre “suero casero de rehidratación oral”.
- Si el niño vomita cuando se le está dando la mezcla de sales de rehidratación oral no asustarse. Esperar 15 minutos y volver a darle poco a poco hasta que lo acepte y no lo vomite.
- La mezcla de rehidratación oral debe guardarse a la sombra, tapada con un paño; a las 24 horas botar lo que sobra. Si es necesario, preparar mezcla fresca.
- No usar bebidas gaseosas ni jugos preparados industrialmente, por su alto contenido en azúcar y su bajo contenido de electrolitos, que agravan la diarrea.

## 8. ¿Cómo preparar el suero casero?

- Hervir un poco más de 1 litro de agua, agregándole 4 zanahorias cortadas en trozos. O bien preparar 1 litro de agua de arroz.
- Una vez hervida y enfriada, medir 1 litro ó 5 tazas en una jarra limpia. Tratar de que sea 1 litro exacto.
- Agregar 4 cucharadas grandes o soperas rasas de azúcar y 1 cucharadita rasa de sal.
- Mezclar bien y revolver con una cuchara limpia hasta que la sal y el azúcar se disuelvan completamente.

### **DAR AL NIÑO BASTANTES ALIMENTOS**

- Si el niño recibe leche materna debe seguir amamantándose normalmente.
- Los menores de 5 meses que toman leche de vaca, sea líquida o en polvo, como único alimento, pueden seguir tomándola en la forma usual y en la cantidad que acepten. No debe diluirse la leche.

- c) A los niños que reciben alimentación sólida, además de leche, debe dárseles alimentos que provean la mayor cantidad posible de nutrientes y calorías, de acuerdo a indicaciones dadas por médico o nutricionista.

**Deben evitarse:**

- Alimentos con mucha azúcar, pues empeoran la diarrea.
  - Sopas muy diluidas (las sopas recomendadas para prevenir la deshidratación, no reemplazan los alimentos).
- a) Hay que estimular al paciente a que coma la mitad que quiera. Es mejor ofrecer comidas más frecuentes. Después que cesó la diarrea hay que administrar una comida adicional diaria durante dos semanas, para recuperar más rápidamente el peso perdido en la enfermedad.
- b) Los alimentos deben prepararse moliéndolos y cocinándolos bien, para que sean más fáciles de digerir.
- c) Deben administrarse recién preparados para reducir riesgos de contaminación. Los alimentos deben alcanzar la ebullición al ser calentados.

**LLEVARLO AL CONSULTORIO SI NO MEJORA**

- a) Si está deshidratado con shock.
- b) Si está deshidratado.
- c) Si después de darle la mezcla de sales de rehidratación oral, el niño continúa decaído y no se recupera, debe consultarse inmediatamente al médico en el consultorio o posta más cercano.

**9. Hábitos recomendados**

- a) Usar sólo agua hervida para los alimentos y bebidas que se dan al niño pequeño.
- b) Lavado de manos con agua y jabón después de ir al baño: niños y adultos, éstos especialmente si están encargados de preparar los alimentos.
- c) Al lavarse las manos después de defecar, abrir la llave con la mano distinta de la que usó para limpiarse el ano para no contaminarse al cerrar la llave.
- d) Lavado de manos antes de preparar alimentos.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 27, 28, 31, 32,33.

### **3.2.2.4. ROTAVIRUS**

Infección de lactantes producida por un tipo de virus que provoca fiebre y vómitos, con diarrea acuosa. El diagnóstico se realiza por exámenes específicos (serología de deposiciones).

Los virus se eliminan por las deposiciones durante una semana, siendo el mecanismo de transmisión fecal-oral, vale decir, se elimina por las heces y son ingeridas por vía oral, por descuido en el manejo preventivo.

La enfermedad tiene un periodo de incubación breve: 24 a 72 horas; lo cual significa que los síntomas se inician 24 a 72 horas después de haber sido contagiado.

#### **1. ¿Qué hacer ante la aparición de un caso en el jardín infantil?**

- Notificar a la autoridad sanitaria.
- Orientar el cumplimiento de indicaciones de reposo en el hogar, tanto para el personal, como para los menores afectados, excluyendo por tanto su participación en actividades del jardín.
- Revisión de proceso de elaboración, almacenamiento, distribución de alimentos, a efecto de buscar y evitar “quebres” (fallas).
- Reforzar el cumplimiento de las actividades preventivas, especialmente en la alimentación de los menores y en el proceso de la muda.
- Cabe destacar la relevancia del estricto cumplimiento del lavado de manos con el objeto de evitar infecciones cruzadas.

### **3.2.2.5. COLERA**

Enfermedad bacteriana intestinal aguda, de comienzo brusco, con diarrea acuosa (como “agua de arroz”) y abundante, vómitos explosivos, con deshidratación rápida y colapso. Pueden presentarse calambres intensos por la pérdida de potasio.

Es producida por el vibrio cólera, siendo su reservorio natural el hombre. Se transmite a través del agua y alimentos contaminados con deposiciones. También por la ingesta de mariscos y pescados crudos o mal cocidos, procedentes de aguas contaminadas.

#### **1. ¿Qué hacer ante la aparición de un caso en el jardín infantil?**

- Notificar a la autoridad sanitaria
- Orientar el cumplimiento de indicaciones de reposo en el hogar, tanto para el personal, como para los menores afectados, excluyendo por tanto su participación en actividades del jardín.
- Búsqueda de fuente común, vale decir, estudio de manipuladores y exclusión de “portadores”.
- Revisión de proceso de elaboración, almacenamiento, distribución de alimentos, a efecto de buscar y evitar “quiebres” (fallas).
- Verificar el consumo de alimentos exentos de riesgo.
- Manejo de contactos con medicamentos: tetraciclina, en adultos, y furazolidona o cotrimoxazol, en niños, según indicaciones de autoridad sanitaria correspondiente.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 34.

### **3.2.2.6. INTOXICACIONES ALIMENTARIAS**

Término genérico que engloba a todas las enfermedades que se adquieren por consumo de alimentos o agua contaminadas.

Incluye intoxicaciones por agentes químicos y por toxinas elaboradas por proliferación de agentes bacterianos específicos, entre los cuales en nuestro medio los más frecuentes son *Staphylococcus aureus* y *Salmonella enteritidis*.

En general, en estos cuadros el periodo de incubación (entre ingesta y síntomas) es breve. Se presenta frecuentemente en “brotes” entre aquellas personas que han tenido una ingesta común de los alimentos contaminados y requiere, para su manifestación clínica, de un consumo importante de alimentos contaminados, de allí su variedad sintomatológica entre distintas personas.

#### **INTOXICACION ALIMENTARIA ESTAFILOCOCICA**

Es de comienzo repentino, a veces violento, con náuseas, vómitos, dolor abdominal cólico (“retorcijones”) y gran decaimiento. La diarrea puede ser abundante y condicionar un gran compromiso del estado general, el que puede llegar hasta el shock.

El periodo de incubación oscila entre 30 minutos y 7 horas. Entre los mecanismos de prevención debe considerarse la exclusión de manipuladores que tengan lesiones supurativas en la piel de sus manos, porque pueden tener cuadros por estafilococos y contaminar los alimentos.

#### **1. ¿Qué hacer ante la aparición de un caso en el jardín infantil?**

- Notificar a la autoridad sanitaria.
- Orientar el cumplimiento de indicaciones de reposo en el hogar, tanto para el personal, como para los menores afectados, excluyendo por tanto su participación en actividades del jardín.
- Guardar “alimentos sospechosos” para análisis por parte de autoridad sanitaria.
- Búsqueda de fuente común, vale decir, estudio de manipuladores (evaluar existencia de lesiones supurativas en piel de manos, antebrazos y cara: dermatitis infectadas, impétigo).
- Evitar diseminación del “brote”, a través de la pesquisa y eliminación de los alimentos contaminados, previo estudio por parte de la autoridad sanitaria.

#### **INTOXICACION ALIMENTARIA POR SALMONELLA ENTERITIDIS**

Enfermedad producida por una bacteria, que se puede encontrar en animales domésticos (ej: aves de corral, tortugas). Se transmite por la ingestión de alimentos contaminados con deposiciones de animales o personas infectadas, y también por transmisión fecal-oral entre personas.

El cuadro clínico consiste en diarrea, cefalea, dolor abdominal, náuseas y a veces vómitos.

## **1. ¿Qué hacer ante la aparición de un caso en el jardín infantil?**

- Notificar a la autoridad sanitaria.
- Orientar el cumplimiento de indicaciones de reposo en el hogar, tanto para el personal, como para los menores afectados, excluyendo por tanto su participación en actividades del jardín.
- Búsqueda de fuente común, vale decir, estudio de manipuladores y exclusión de “portadores”.
- Evitar el consumo de alimentos de riesgo: huevos crudos, carnes crudas o mal cocidas, especialmente de ave y cerdo.

### 3.2.3. ENFERMEDADES DE LA PIEL

#### 1. ¿Qué son las infecciones a la piel?

Las infecciones a la piel son un conjunto de enfermedades que se producen por la acción de parásitos o de agentes infecciosos de diversa naturaleza.

Las más frecuentes en el niño son la pediculosis (piojos), la sarna y el impétigo.

Son muy contagiosas, extendiéndose con gran rapidez al grupo familiar o a los compañeros de sala. Se presentan de preferencia en los meses de otoño e invierno. Pueden afectar a toda la familia, pero principalmente a los niños, en los que pueden complicarse con otras enfermedades (glomerulonefritis debida a impétigo no tratado adecuadamente, por ejemplo).

La vía de transmisión es por contacto directo con otra persona infectada (piel a piel). También la persona infectada puede transmitir su enfermedad mediante su ropa interior o su ropa de cama no lavadas. En caso de la pediculosis, sarna y del impétigo, el reservorio es el hombre.

La falta de aseo y el hacinamiento son los factores principales que favorecen la diseminación de estas enfermedades. El factor socio-económico no es excluyente, ya que se presentan en niños de diferentes niveles.

El tratamiento del grupo familiar es fundamental para evitar la reinfección del niño.

### **3.2.3.1 SARNA (ESCABIOSIS)**

#### **1. ¿Qué es la sarna?**

Una enfermedad infecciosa de la piel, muy contagiosa, causada por un parásito (ácaro) muy pequeño que no se ve a simple vista, que hace túneles bajo la piel, donde pone sus huevos, provocando intensa picazón (prurito), la que por efecto del rascado puede dar origen a una infección microbiana agregada (impétigo), que a su vez puede generar otras complicaciones.

La vía de transmisión es de persona a persona; sus mecanismos habituales son piel a piel o ropa a piel. Entre los niños su transmisión se facilita a través de los juegos, ya que la localización más frecuente de la enfermedad es en los pliegues entre los dedos de las manos y en los pliegues de las muñecas. En los meses fríos el hacinamiento y especialmente el compartir la misma cama con una persona infectada es un mecanismo frecuente de contagio.

El periodo de incubación es de 2 a 6 semanas antes de la aparición de la picazón. La posibilidad de transmisión persiste mientras no se destruyan ácaros y huevos mediante un tratamiento efectivo. Después de 24 horas no hay transmisión por parte del paciente tratado.

#### **2. ¿Cómo se reconoce la sarna?**

Dos de sus manifestaciones ayudan especialmente para sospechar que se está frente a esta enfermedad: prurito nocturno y su localización.

El prurito o picazón es intenso especialmente en la noche, siendo a veces tan intenso que no deja dormir. La localización característica es que al comienzo las lesiones están ubicadas en los pliegues y otros sitios donde la piel es menos resistente: pliegues interdigitales de las manos, cara anterior de las muñecas y codos, pliegue axilar anterior, cara anterior del tórax, región del pubis, escroto, nalgas, borde de los pies, tobillos, cintura. En el lactante pequeño las lesiones son generalizadas.

El elemento característico es el surco o túnel que termina en una vesícula perlada. No es fácil de encontrar, con ayuda de una lupa puede verse a condición que el rascado intenso no lo haya deformado, en cuyo caso habrá lesiones producidas por las uñas y vesículas perladas.

Cuando dos o más niños sienten una picazón intensa, empiezan a rascarse y les cuesta dormir, tenemos sarna en el grupo familiar.

Al rascarse el niño, los granos se infectan, sigue picando y puede agregarse dolor debido a la infección, apareciendo costras de aspecto purulento.

#### **3. ¿Cómo prevenir?**

- a)** Promover y acentuar las prácticas de higiene personal, especialmente riguroso aseo de las manos con jabón, cepillado de las uñas, baño diario, uñas cortas y limpias. Lavado de ropa y cambio frecuente de ella.
- b)** Evitando en lo posible que el niño tome contacto físico con otros niños o adultos infectados con sarna.

Por todo lo expuesto, deberá suspenderse la concurrencia al jardín infantil de cualquier persona (adulto o niño) que presente manifestaciones de sarna, mientras no sea vista en el establecimiento de salud, y al ser confirmado su diagnóstico deberán haber transcurrido a lo menos 24 horas de aplicado el tratamiento por personal de salud.

#### **4. ¿Qué hacer con el paciente?**

- a) Se debe tratar al grupo familiar y sus contactos, tengan o no lesiones, los compañeros de curso y de juego de los niños, aún cuando no tengan una escabiosis clínica, ya que pueden albergar el parásito sin tener síntomas de prurito ni lesiones cutáneas y ser capaces de transmitirlos a otras personas. La picazón puede persistir por 1 a 2 semanas después del tratamiento, ya que la hipersensibilidad al parásito no desaparece inmediatamente después de su destrucción. Después de un lapso de 7 a 10 días puede ser necesario un segundo tratamiento en caso de aparecer lesiones nuevas.
- b) La ropa interior, prendas de vestir y sábanas llevadas o utilizadas por el paciente durante las 48 horas anteriores al tratamiento, deben ser lavadas, hervidas, secadas y planchadas.
- c) Es importante la búsqueda de los contactos no diagnosticados (compañeros de juego...) para ser tratados y evitar la reaparición de la enfermedad. El fracaso del tratamiento escabídica se debe exclusivamente a un tratamiento mal hecho. Entre sus múltiples causas se destaca que el tratamiento del grupo familiar no se haya hecho en forma simultánea.

#### **5. Hábitos recomendados**

- a) Lavarse las manos y la cara con agua y jabón varias veces al día.
- b) Bañarse frecuentemente, en lo posible todos los días.
- c) Cambiar y lavar la ropa del niño en forma frecuente.
- d) Cambiar y lavar periódicamente las sábanas y la ropa de cama.
- e) Mantener la casa limpia, barrer los dormitorios y abrir las ventanas, para que se aireen las piezas y la ropa de cama, puesto que los ácaros sobreviven por un corto lapso fuera del organismo humano.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Referencias:  
Ver bibliografía N°27,28,35, 36.

### **3.2.3.2 PEDICULOSIS**

#### **1. ¿Qué es la pediculosis?**

Es la infección de la cabeza, las partes vellosas del cuerpo o la ropa, especialmente a lo largo de las costuras interiores de la misma, por piojos adultos, larvas o liendres (huevos) que causan prurito intenso y excoriación del cuero cabelludo o marcas de rasguños del cuerpo. La pediculosis más frecuente en el niño es la del cuero cabelludo.

La vía de transmisión es por contacto directo con una persona infestada; indirectamente por el contacto con sus objetos personales, especialmente su peine, ropa y gorros.

El periodo de incubación es de una semana, lapso que toma al piojo salir del huevo en condiciones favorables, y alcanza la madurez sexual en dos semanas. La posibilidad de transmisión persiste mientras haya piojos vivos en la persona infestada o en su ropa, y hasta que se hayan destruido los huevos en el cabello y en la ropa. Debido al rascado repetido, en la piel erosionada puede presentarse una infección microbiana secundaria con sus posibles complicaciones. Además, el piojo del cuerpo puede transmitir el tifus epidémico.

#### **2. ¿Cómo se reconoce?**

Porque los piojos pican y pican en todo la cabeza al chupar la sangre, especialmente debajo de la nuca, por lo que el niño se rasca intensamente.

Los piojos y las liendres se ven a simple vista en el pelo del niño, el pelo se ve como florecido, pero al recorrerlo con los dedos, la liendre (huevo) se toca como si ese pelo tuviese un nudo en ese lugar, ya que los huevos están pegados firmemente al pelo.

El piojo mide aproximadamente 2 a 4 milímetros, tiene tres pares de patas, su cuerpo es aplanado, de color blanco y camina sobre la superficie del cuero cabelludo. Los huevos o liendres son más chicos, de color blanco o gris brillante y se encuentran principalmente pegados al pelo. Para estar seguros del diagnóstico, hay que buscar sus huevos (liendres) debajo de la nuca y detrás de las orejas.

#### **3. ¿Cómo prevenir?**

- a) Mediante hábitos de higiene personal y familiar.
- b) Evitando en lo posible que el niño tome contacto físico con otros niños o adultos que tengan piojos.
- c) Inspección directa de la cabeza (detrás de las orejas y debajo de la nuca) periódicamente a los niños del jardín infantil, especialmente cuando se rascan la cabeza en forma persistente.

#### **4. ¿Qué hacer con el paciente?**

El niño infestado con piojos o liendres deberá enviarse al establecimiento de salud más cercano con sus padres, a fin de que este servicio oriente el tratamiento familiar, para evitar la reinfestación.

Debería suspenderse la concurrencia al jardín infantil de todo niño o adulto que presente infestación con piojos o liendres. Podrá reingresar una vez que demuestre que se hizo el tratamiento (que no tenga piojos ni liendres).

La parte más importante del tratamiento consiste en el uso frecuente (incluso diario) del peine fino para barrer en forma mecánica no sólo con los piojos, sino también con los huevos. Es muy útil el empleo de vinagre blanco en el enjuague del cabello para soltar las liendres, las que deberán ser retiradas con un peine fino.

#### **5. Hábitos recomendados**

- a)** Lavarse las manos y la cara con agua y jabón varias veces al día.
- b)** Bañarse frecuentemente, en lo posible todos los días.
- c)** LAVARSE EL PELO con jabón o champú por lo menos dos o tres veces a la semana.
- d)** Cuidar la limpieza de peinetas, cepillos y utensilios de aseo personal.
- e)** Cambiar y lavar periódicamente las sábanas y airear la ropa de cama.
- f)** Mantener la casa limpia, barrer los dormitorios y abrir las ventanas.
- g)** Corte de pelo frecuente.

A manera de prevención es importante crearle al piojo un hábitat que no le resulte propicio para anidar, ni para reproducirse. Esto se logra bajando la temperatura de la nuca, mediante el uso de pelo corto o trenzas.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N°27,28,35.

### 3.2.3.3 IMPETIGO

#### 1. ¿Qué es el impétigo?

Enfermedad infecciosa, muy contagiosa que produce lesiones en la piel, afecta principalmente a preescolares y escolares. Es producida generalmente por una bacteria, el estreptococo, secundariamente puede contaminarse con otra bacteria, estafilococo. La vía de transmisión es directa desde una persona infectada. El periodo de incubación es breve, generalmente de 1 a 3 días. La posibilidad de transmisión termina en 24 a 48 horas si es tratado con penicilina. Sin tratamiento, la enfermedad puede durar semanas o meses y puede complicarse con una enfermedad del riñón (glomérulo nefritis). El impétigo puede presentarse como complicación de la sarna o de la pediculosis.

#### 2. ¿Cómo se reconoce?

Produce lesiones en la cara que se reconocen por sus costras amarillas como miel seca o rojiza, o por sus erosiones inflamadas, generalmente húmedas con un líquido amarillento. Por lo general, se localizan alrededor de la nariz o de la boca, detrás de las orejas, en las manos u otras partes del cuerpo. Su picazón favorece la diseminación a través del rascado de las costras que son muy contagiosas.

#### 3. ¿Cómo prevenir?

- a) Mediante hábitos de higiene personal y familiar.
- b) Evitando en lo posible que el niño tome contacto físico con otros niños infectados de impétigo.
- c) Suspender la asistencia al jardín infantil del niño con impétigo, pudiendo reingresar a las 48 horas de iniciado el tratamiento efectivo.

#### 4. ¿Qué hacer con el paciente?

- a) Debe enviarse al establecimiento de salud local para iniciar un tratamiento con antibiótico (penicilina) por vía general y tratamiento local de lesiones de la piel, donde es fundamental quitar las costras 1 a 2 veces al día hasta que se termine la supuración.
- b) Tener las uñas cortas y limpias.

#### 5. Hábitos recomendados

- a) Lavarse las manos y la cara con agua y jabón varias veces al día.
- b) Mantener las uñas cortas.
- c) Bañarse frecuentemente, en lo posible todos los días.
- d) Cambiar y lavar la ropa del niño en forma frecuente.
- e) Si aparece una herida en la cara del niño, mantenerla limpia para que no se infecte.
- f) Después de jugar con tierra, lavar las manos del niño con agua y jabón.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N°27,28,35.

### 3.2.4. OTRAS ENFERMEDADES

#### 3.2.4. MENINGES

##### 1. ¿Qué es la meningitis bacteriana aguda?

Enfermedad bacteriana aguda, grave si no es tratada con prontitud, producida preferentemente por *Haemophilus Influenzae*, Neumococo o Meningococo. Puede ser precedida por otitis media aguda. Se produce pus en el líquido cefalorraquídeo que circula entre las meninges. Afecta principalmente a menores de 5 años.

El mecanismo de transmisión es a través de gotitas y secreciones nasales y faríngeas durante el periodo infeccioso de personas enfermas o portadores asintomáticos. La puerta de entrada es más comúnmente nasofaríngea. El periodo de incubación es probablemente de 2 a 10 días.

##### 2. ¿Cómo se reconoce?

En general se manifiesta por comienzo súbito, fiebre, vómitos, somnolencia acentuada, aspecto grave, abultamiento de fontanela en el lactante, rigidez dolorosa de nuca o columna, posición encogida, dolor a la movilización, temblores o convulsiones.

En el caso de lactantes el único síntoma evidente puede ser una excesiva irritabilidad (llanto persistente) e inapetencia, o más bien rechazo alimentario.

Si la infección es generalizada pueden aparecer manchas color rojo vinoso en la piel, lo que debe considerarse como un signo de alarma (meningococcemia).

##### 3. ¿Cómo prevenir?

- a) Prevención o adecuado tratamiento médico de otitis media aguda en el lactante.
- b) Vigilancia de contactos menores de 6 años y especialmente al grupo de edad de 2 meses a 3 años (fiebre y otras manifestaciones).
- c) Protección de los contactos: quimioprofilaxis según lo señalado en Normas del Ministerio de Salud (dependiendo del tipo de agente infeccioso que lo provoque).
- d) En caso de epidemia, las medidas que disponga la autoridad de salud local.

Cabe señalar que desde julio de 1996 se incorporó al PAI la vacuna contra el *Haemophilus Influenzae* tipo B, con lo que se aminora el riesgo de ese tipo de meningitis bacteriana.

##### 4. ¿Qué hacer?

Cuando el personal sospecha de un caso, debe llevar de inmediato al menor al hospital para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento sin tardanza. Frente a un caso diagnosticado, notificar a la autoridad de salud local, para que decida si se deben aplicar medidas de protección a los contactos.

## **5. Hábitos recomendados**

- a) Al toser o estornudar, siempre cubrirse la boca y nariz para evitar salpicar a otras personas con las gotitas de secreciones nasofaríngeas.
- b) En lo posible usar pañuelos de papel (o papel higiénico) para recoger las secreciones de vías respiratorias, botándolos a la basura; disminuyendo así las posibilidades de seguir reinfectándose al usar pañuelos de género.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 27, 28,37.

### **3.2.4.2. GENERALIZADA: INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

#### **1. ¿Qué es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)?**

El Sida es un trastorno clínico grave y mortal que se identificó por primera vez en 1981. El virus que produce la enfermedad altera en forma lenta y progresiva la capacidad inmunitaria (de defensa) del enfermo, así como también otros órganos, especialmente al Sistema Nervioso Central (SNC).

Después de la infección, el afectado pasa por un periodo llamado "asintomático", que significa que no presenta molestias ni signos de enfermedad. Al cabo de un tiempo (5 a 10 años), se inicia una serie de manifestaciones, entre las cuales predominan infecciones por agentes oportunistas (que normalmente conviven con el humano sin alterarlo) y algunos cánceres y enfermedades neurológicas como la demencia.

#### **2. ¿Qué agente infeccioso lo produce?**

La enfermedad es producida por un virus (retrovirus), existiendo dos clases que se distribuyen en diferentes partes del mundo: VIH-1 y VIH-2.

El VIH-1 se localiza principalmente en el continente americano y el VIH-2 en África Occidental y Haití. Ambos producen el mismo cuadro clínico, si bien existen sutiles diferencias en su principal forma de transmisión.

#### **3. ¿Cuál es la distribución geográfica de la enfermedad?**

La infección por el VIH tiene una distribución *mundial*, por esta razón se habla de una *pandemia*, a diferencia de la epidemia que se produce en un lugar geográfico más circunscrito. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que a fines del año 1997 ya se habían infectado cerca de 30,5 millones de personas y proyectó para el año 2000 cifras cercanas a los 35 millones.

En Chile el primer caso se diagnosticó en 1984 y hasta septiembre de 1998 se han notificado un total de 2.526 enfermos y 3.552 portadores asintomáticos. La tasa de infección es una de las más bajas de América (25,5/millón hab.), si bien se ha observado un aumento entre 1991 y 1996.

Estos casos no se distribuyen homogéneamente al interior del país, sino que se concentran en las regiones Metropolitana, V, I y II. El 91% de los casos notificados corresponden a hombres, si bien últimamente se observa un mayor aumento de casos en mujeres; a pesar de lo cual aún persiste un predominio en varones homo y bisexuales.

La epidemia de infección por VIH en Chile es catalogada como incipiente o de baja transmisión, lo que implica que existe la oportunidad de prevenir su diseminación a través de actividades educativas efectivas.

#### **4. ¿Cuáles son los mecanismos de transmisión?**

"La infección por VIH despierta rechazo y temor e incita a la discriminación, lo cual se asocia al desconocimiento de la enfermedad y del riesgo real de adquirirla". Si bien con la expansión de la enfermedad este temor y rechazo se ha aminorado, aún persiste. El simple contacto con una persona infectada por el VIH NO CONLLEVA RIESGO DE TRANSMISION, sólo el contacto sexual y la exposición a

sangre y fluidos catalogados como “de riesgo”, vale decir sangre, secreciones vaginales, semen y leche materna (para el lactante), constituyen riesgo de infección.

Existe evidencia de que el VIH puede contagiarse a través del contacto sexual (de cualquier tipo), por compartir agujas y jeringas de uso intravenoso contaminadas y por transfusiones de sangre infectada o sus componentes.

Otro mecanismo que se ha detectado es la “transmisión vertical”, vale decir entre la madre y el hijo, en el periodo de gestación, que alcanza a un 27% de los casos y que hoy en día tiende a disminuir en base al uso de drogas antivirales durante el embarazo a las gestantes infectadas.

“Proporcionalmente cada vez más mujeres y hombres se infectan a través de relaciones heterosexuales, con lo que el indebido y peligroso concepto de enfermedad de homosexuales, tiende a desaparecer”.

No se ha probado la transmisión a través de contacto con la saliva, lágrimas, orina, ni secreciones bronquiales. Incluso el riesgo de transmisión de la enfermedad al personal de salud que presta asistencia a estos pacientes y sufre accidentes que lo ponen en contacto con fluidos de riesgo (sangre, secreciones vaginales, semen), tiene un riesgo de contagiarse menor al 0,4%.

En síntesis, las categorías de exposición son tres:

- **Sexual:** principal en Chile (92% casos en Chile)
- **Sanguínea:** sangre y derivados, y uso de drogas endovenosas.
- **Vertical:** gestante infectada a su hijo (durante el embarazo y lactancia).

#### **5. ¿Cuál es el periodo de incubación de la enfermedad?**

El periodo que media entre la infección y las manifestaciones, varía entre meses hasta 10 años.

#### **6. ¿Qué sabemos acerca de la lactancia materna y la infección por VIH?**

La leche materna es, sin duda alguna, el mejor alimento para el lactante, tanto desde el punto de vista nutricional, inmunológico, como afectivo. Sin embargo, es necesario evaluar esta situación ante la infección por VIH en la madre, puesto que se ha documentado la transmisión de la infección durante el periodo de amamantamiento.

De acuerdo al conocimiento actual para prevenir la infección vertical del VIH por lactancia materna, es recomendable promover la lactancia materna, exclusivamente a los hijos propios y no alimentar con leche materna en casos de infección por VIH.

Lo anterior es importante de asimilar, si pensamos que una práctica aún arraigada en nuestro medio es la de uso compartido de nodrizas, vale decir, mujeres en lactancia que alimentan a su(s) hijo(s) y otros niños, llamados “hermanos de leche”, lo que encierra riesgos ante el evento que esa nodriza esté infectada por el VIH.

#### **7. ¿Qué medidas efectivas de prevención se conocen?**

- Educación de población acerca de los mecanismos de transmisión.
- Evitar contacto sexual de cualquier tipo con personas infectadas.

- Promoción de pareja única o uso de protección (condones) en contactos sexuales promiscuos.
- Prevención y manejo de la drogadicción endovenosa.
- Estudio de donantes en bancos de sangre, previo a su uso (vigente en Chile desde el segundo semestre de 1987), a efecto de eliminar aquella sangre proveniente de personas infectadas por el VIH u otros agentes infecciosos.
- Aplicación de medidas preventivas ante cualquier actividad asistencial que implique riesgo de contacto con fluidos como sangre y otros de alto riesgo.

#### **8. ¿Cuál es el tratamiento de esta enfermedad?**

No hay tratamiento conocido para la inmunodeficiencia. El uso de algunos productos antivirales (Zidovudina y 3TC) han logrado prolongar la vida y disminuir el riesgo de infecciones oportunistas.

#### **9. ¿Qué recomendaciones se puede realizar en los jardines infantiles?**

Basándose en lo anteriormente expuesto, es importante mencionar que existe consenso general entre las entidades internacionales y nacionales acerca de que el estudio de infección por VIH no debe formar parte de los requisitos para ingreso a instituciones educacionales.

En este sentido, se mantiene vigente el Oficio Circular N° 105/238 de JUNJI, que remite Circular N° 875 del Ministerio de Educación (17/05/94). En esta circular se instruye acerca del ingreso, asistencia y evaluación de docentes y alumnos portadores del VIH y/o enfermos de Sida, basados en los principios constitucionales y de equidad en el acceso a la educación.

#### **10. ¿Cómo deben enfrentar esta situación los jardines infantiles?**

En términos generales, es necesario revisar y difundir los conceptos básicos acerca de la transmisión de la enfermedad para evitar discriminaciones dolorosas. Ahora bien, el jardín infantil puede enfrentar dos situaciones:

##### **a) PARVULOS INFECTADOS**

- La frecuencia de menores infectados en Chile es baja (38 casos hasta 1997 en todo el país), lo que hace poco probable que estos menores acudan a un jardín infantil. En todo caso, es fundamental que el personal de los mismos esté informado –y convencido- de que la atención brindada a los párvulos en actividades como alimentación, muda, etc., no constituye riesgo alguno para el personal.
- “Las formas habituales de compartir en el medio preescolar y escolar NO constituyen vías ni formas conocidas de transmisión del VIH-Sida. Este hecho plantea el desafío y la responsabilidad de los cuerpos docentes en la atención y apoyo para enfrentar los problemas que se plantean en el proceso de aprendizaje de estos menores y velar por la no discriminación del niño y/o su familia”.
- El virus se destruye rápidamente expuesto al medio ambiente, lo que desestima la posibilidad de contagio de un menor a otro a través del uso accidental de un elemento personal (ej: cepillo dental).
- No existe riesgo laboral de adquirir la enfermedad, ni siquiera en la situación de atención de un menor infectado, puesto que no se realizan procedimientos invasivos, vale decir, que impliquen contacto con los fluidos considerados de riesgo, ya mencionados.

La atención de menores infectados o pacientes con Sida en los jardines infantiles requiere de una estrecha coordinación con el equipo de salud local tratante.

**b) PERSONAL INFECTADO**

No existen razones que impidan que algún miembro del personal –que sea portador del VIH o que presente la enfermedad- pueda realizar su trabajo. Sólo se sugiere:

- Mantener la confidencialidad de la información en los niveles directivos.<sup>24</sup>
- Evaluar periódicamente la competencia (técnica e intelectual) para la realización de su trabajo. Si no existieran limitaciones, no correspondería modificar sus actividades. En caso contrario, habría que determinar las limitaciones que se estimen pertinentes adecuadas a cada situación, particularmente en resguardo de los menores a su cargo.

---

<sup>24</sup> Referencias:

Ver Bibliografía N° 38,39,40,41, 42,43,44.

### 3.2.6. SINDROME PULMONAR POR HANTA VIRUS

#### 1. ¿Qué produce esta enfermedad?

El síndrome pulmonar por Hantavirus es una enfermedad infecciosa aguda habitualmente grave, que puede ser mortal.

Se caracteriza por fiebre alta en una persona previamente sana, escalofríos, dolor de cabeza, dolores osteo-musculares y síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos y dolor abdominal). La fiebre, superior a 38.3° C, se acompaña de dificultad respiratoria, (distress respiratorio) sin una causa conocida, que obliga a oxigenación suplementaria dentro de las primeras 72 horas de hospitalización.

#### 2. ¿Cómo evoluciona la enfermedad?

La enfermedad evoluciona en tres fases:

- **Periodo de incubación:** sin síntomas, puede durar hasta 45 días.
- **Fase inicial:** aparecen los primeros síntomas, que se inician bruscamente y son similares a una gripe. Los más frecuentes son: fiebre sobre 38° C., dolor de cabeza, dolores musculares y dolor de huesos.
- **Fase de compromiso respiratorio:** la persona se agrava rápidamente, con complicaciones del corazón y pulmones que en pocas horas llevan a una insuficiencia respiratoria. De inmediato se la debe trasladar al centro de urgencia más cercano.

Al acudir el enfermo a un establecimiento de salud, éste debe notificar el caso al servicio de salud correspondiente, donde se llevan a cabo las acciones tendientes a proteger a sus contactos más cercanos y al resto de la comunidad, así como a desinfectar la vivienda o edificio involucrado.

#### 3. ¿Dónde vive el virus hanta?

Para transmitirse, el virus hanta infecta a diferentes ratones silvestres, sin provocarles enfermedad.

Estudios de reservorios realizados en Coyhaique demostraron que, en esa zona, existen diversas especies de ratones silvestres que portan el virus, predominando el Oligoryzomys Longicciudatus (ratón colilargo), cuyo hábitat se extiende desde el extremo sur del desierto de Atacama, hasta el extremo austral de la XI Región.

Este roedor vive en terrenos cuya superficie está cubierta por lo menos en un 70% por malezas y arbustos y a una distancia no mayor de 20 metros de cursos o fuentes de agua.

Otras especies infectadas, además del colilargo, son el Akodom Olivaceous y el Abrothrix Longipilis. Así, se evidencia que los roedores silvestres constituyen reservorios del virus, lo cual permite suponer que, dada su amplia distribución en todos los hábitat, la enfermedad puede estar presente en cualquier lugar donde éstos existan.

#### 4. ¿Cómo se transmite la enfermedad al ser humano?

El ratón infectado elimina el virus a través de la orina, las heces y la saliva y éste se transmite al ser humano fundamentalmente a través de la vía respiratoria. La enfermedad es transmitida por:

- Respirar pequeñas gotas frescas o secas, o aire contaminado por saliva, orina, excrementos de un ratón infectado.
- Ingerir alimentos o agua contaminados con orina, heces o saliva de estos roedores.
- Tener contacto directo con excrementos o secreciones de ratones infectados (por ejemplo, tocar ratones, vivos o muertos, con las manos descubiertas; contacto directo de heridas con ratones o su orina, saliva o heces).
- Tocar cualquier objeto donde haya sido depositado el virus (herramientas, utensilios, muebles, ropa) y luego acercar la mano a la nariz, ojos o boca.
- Ser mordido por un ratón infectado.

No existe evidencia de transmisión del virus por insectos, animales domésticos o ganado. En Argentina se ha informado de un caso de posible transmisión de persona a persona, aunque se desconoce el mecanismo de esta transmisión. La infección por vía respiratoria ocurre en lugares cerrados y con presencia reciente de ratones; por lo que la transmisión es poco frecuente en lugares abiertos, expuestos al viento y al sol.

### **5. ¿Cuáles son los factores de riesgo de contraer la enfermedad?**

Aunque cualquier persona puede contraer el virus hanta, independiente de su sexo, edad o condición, en Chile esta enfermedad ha afectado principalmente a población adulta joven residente en sectores rurales, en especial a trabajadores agrícolas y forestales. Se consideran de riesgo las siguientes situaciones:

- Habitar viviendas con ratones en su interior.
- Ocupar cabañas, galpones o bodegas previamente deshabitadas, con ratones en su interior.
- Limpiar o trabajar en graneros, bodegas de leña u otras dependencias con ratones en su interior.
- Plantar o cosechar granos en el campo.
- Acampar o caminar por áreas infestadas por ratones.
- Residir o visitar áreas en que la población de ratones silvestres haya tenido un crecimiento explosivo.

### **6. ¿Cómo se puede prevenir la infección por hantavirus?**

**Si vive, trabaja** o está de vacaciones en una zona donde hay roedores:

- No ingrese en habitaciones o recintos que hayan permanecido cerrados por algún tiempo, sin antes haber ventilado durante 30 minutos.
- Mantenga las malezas y pastizales cortados a ras de suelo y despejado de desechos y escombros un radio de 30 metros alrededor de la vivienda.
- Selle con planchas de lata, pegadas y clavadas, con cemento u otro material firme las aberturas que tengan un diámetro igual o mayor a medio centímetro, en escuelas, viviendas, galpones y bodegas.

#### **Siempre:**

- Mantenga medidas generales de higiene en su cocina y utensilios.
- Guarde los alimentos en recipientes cerrados y no deje restos de comida sobre mesas, muebles, piso, etc.
- Guarde la basura en recipientes con tapa. Si no hay recolección de basura, entierre la a 30 cm. de profundidad y a 30 metros de la vivienda.
- Mantenga protegidas y tapadas las fuentes de abastecimiento de agua.

- Mantenga la letrina o fosa séptica en buenas condiciones de higiene.
- Ventile las bodegas y leñeras de la casa antes de ingresar.
- No elimine a los depredadores naturales de los ratones, como lechuzas y culebras.

**Si acampa:**

- Use carpas con piso, de lo contrario, no duerma a ras de suelo.
- Mantenga los alimentos en envases herméticamente cerrados.
- Después de usar, lave inmediatamente los utensilios de cocina, platos y cubiertos.
- Elimine rápidamente la basura, tal como se indicó anteriormente.
- Beba sólo agua potable, embotellada o hervida.
- No elimine a los depredadores naturales de ratones, como lechuzas, búhos, zorros, gato montés y culebras. Evite acampar en lugares donde se advierta presencia de roedores.
- No instale carpas ni haga picnic en áreas próximas a desperdicios o pilas de madera o en lugares con pastos o malezas.

**Si detecta presencia de roedores:**

- Antes de ingresar al recinto, ventile durante 30 minutos.
- Rocíe el ambiente, excretas u orina de ratón y los lugares de anidación, madrigueras y senderos transitados por ratones con una solución de agua con cloro o detergente.
- Protéjase previamente la boca y la nariz con una mascarilla o un pañuelo.
- Coloque trampas de resorte, con cebo (avena machacada).
- Elimine todos los elementos que permitan la anidación, reproducción y alimentación de ratones (cartones, papel, ropas en desuso, maderas acumuladas, etc.).

**Si encuentra roedores muertos:**

- Cúbrase la nariz y la boca con una mascarilla o un pañuelo.
- Antes de tomarlos, protéjase las manos con guantes de goma o bolsas plásticas.
- Rocíelos con una solución de agua con cloro.
- Colóquelos en una bolsa plástica doble.
- Bote la bolsa con ratones en el tarro de basura.

**7. ¿Qué hacer si presenta síntomas?**

Si presenta síntomas de gripe fuerte y repentina: busque atención médica, evite automedicarse y haga saber que ha estado en contacto con roedores o en lugares de riesgo.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 45,46,47,48.

### **3.3 APARATO LOCOMOTOR**

#### **3.3.1 DISPLASIA DE CADERAS**

##### **1. ¿Qué es la displasia de caderas?**

El término displasia significa alteración del desarrollo embrionario de la cadera. Consiste en el anormal desplazamiento de la cabeza del fémur (hueso largo del muslo) fuera de la articulación de la cadera, como producto de un desarrollo anormal del periodo neonatal.

Se sabe que su frecuencia alcanza entre 1,5 y 5/1.000 recién nacidos. En Chile se estima que su incidencia es de 2,5/1.000 nacidos vivos.

##### **2. ¿Qué factores de riesgo se conocen?**

- Mucho más frecuente en niñas.
- Afecta preferentemente a la cadera izquierda.
- Se presenta frecuentemente entre los RN producto de parto en nalgas.

##### **3. ¿Cómo se diagnostica?**

La sospecha surge de la existencia de asimetría en los pliegues glúteos y la revisión de los antecedentes antes expuestos, sumado al hecho de que en la familia existan antecedentes de displasia de caderas. En esos casos se debe pedir radiografía de caderas al momento de nacer.

Paralelamente, se debe pedir radiografía de caderas a los 3 meses de vida a TODAS las niñas.

##### **4. ¿Qué tratamiento tiene esta enfermedad?**

Es muy importante el tratamiento precoz, porque tiene más fácil tratamiento y mejores posibilidades de recuperación. En la mayor parte de los casos se indica tratamiento con doble pañal, lo que tiene por función mantener más separadas las caderas, ubicando adecuadamente la cabeza del fémur en el hueso de la cadera (pelvis). En los casos más complejos se utilizan tratamientos con correas (Pawlik).

5. Si el diagnóstico se hace después del año de edad, su única opción es la cirugía.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 49,50.

### **3.4. ENFERMEDADES DE RESOLUCION QUIRURGICA**

Aparte de las lesiones producidas por traumatismos o accidentes, existen múltiples afecciones que a la edad del párvulo pueden requerir tratamiento quirúrgico. Se seleccionaron algunas de ellas que tengan una o varias de las siguientes características:

- Presentarse con mayor frecuencia.
- Ser aparentemente bien tolerada por el paciente y tener riesgos graves para él.
- Lesiones de genitales o región inguinal:

Son motivos de consulta frecuente la fimosis, el aumento de volumen del escroto (uni o bilateral), y la ausencia de testículo en la bolsa.

#### **3.4.1. FIMOSIS**

##### **1. ¿Qué es la fimosis?**

Es la estrechez del orificio del prepucio, y la mayoría tiene una remisión espontánea antes de los 2 años de edad.

##### **2. ¿Cómo se reconoce?**

Por la dificultad o imposibilidad para descubrir el glande, situación que es normal en el lactante menor.

##### **3. ¿Cuáles son sus posibles complicaciones?**

Que produzca un cuadro conocido como parafimosis, que significa un atascamiento del glande, con edema y riesgo de necrosis del pene. Se previene evitando deslizar el prepucio estrecho; en caso de ocurrir, deslizarlo de inmediato hacia adelante o consultar a un servicio de urgencia.

##### **4. ¿Qué hacer?**

La fimosis que no ocasiona alteraciones no requiere de atención médica antes de los 2 años de edad. En caso de persistir después de dicha edad, consultar al pediatra para ser derivado al cirujano infantil.

##### **5. Hábitos recomendados**

Debe recomendarse a los padres que no intenten maniobras para deslizar el prepucio antes de los 2 años de edad, por ser inútiles y peligrosas.

#### **3.4.2. AUMENTO DE VOLUMEN DEL ESCROTO**

##### **1. ¿Qué puede causar el aumento de volumen del escroto?**

El hidrocele, el quiste del cordón espermático, la hernia inguinal.

##### **2. ¿Cómo se reconoce?**

El hidrocele y el quiste del cordón tienen en común su aspecto de quiste lleno de líquido transparente y que, en general, no salen de los límites del escroto; en cambio, la hernia inguinal cuando llega al escroto produce, a la vez, aumento de volumen por encima del pliegue que forma el muslo con el abdomen. Además, la hernia puede aparecer y desaparecer espontáneamente en el curso del día.

### **3. ¿Cuáles son sus posibles complicaciones?**

Las complicaciones que siempre deben tenerse presente son las de la hernia inguinal cuyo contenido puede estrangularse.

### **4. ¿Cómo evitar sus complicaciones?**

Consultando oportunamente al sospecharse la presencia de una hernia inguinal, procurando su operación a la brevedad una vez confirmada.

Mientras se espera la operación de hernia, procurar reducir su contenido cada día, presionando suavemente hacia el abdomen.

En caso que la hernia esté muy dura o dolorosa y no se pueda reducir, llevar al párvulo a un servicio de urgencia.

### **5. ¿Qué hacer?**

- a) Hidrocele en lactante: si no está a gran tensión, esperar, informarlo en el “Control de Niño Sano”, y -en caso que persista a la edad de 1 año- enviar a cirugía infantil.
- b) Hernia inguinal: debe ser vista por un médico, si se confirma el diagnóstico, debe ser operada a la brevedad.

### **6. Hábitos recomendados**

Al bañar el niño observar si se presentan alteraciones llamativas en los genitales o en la región inguinal y de qué lado son.

## **3.4.3. CRIPTORQUIDIA (AUSENCIA DE TESTICULO EN LA BOLSA)**

### **1. ¿Qué puede causar la ausencia de testículo en la bolsa?**

La ausencia del testículo (teste) en la bolsa puede ser permanente o transitoria, criptorquidia verdadera o falsa.

### **2. ¿Cómo se reconoce?**

La criptorquidia verdadera (ectopia) consiste en la ubicación de uno o ambos testículos fuera de las bolsas, en forma permanente y que el médico con sus maniobras de examen no puede llevar a las bolsas.

La criptorquidia falsa o “testículo en ascensor” se manifiesta por ascenso transitorio del testículo fuera de la bolsa por reflejo activado por el frío, temor, examen, etc. Con maniobras adecuadas el médico puede llevar con facilidad el teste al interior de la bolsa y permanecer ahí al soltarlo, hasta que se active el reflejo que lo asciende (se supone que habitualmente el teste está en la bolsa y que el ascenso es ocasional, producido por cambio de temperatura al desnudarse, temor, etc.).

### **3. ¿Cuáles son sus posibles complicaciones?**

- a) La complicación más frecuente de la criptorquidia verdadera es a largo plazo, disminuyendo la capacidad del testículo para producir espermios, reduciendo la fertilidad del paciente en caso de tratamiento tardío o de complicación operatoria.
- b) Efectos psicológicos en niños mayores de 5 años de edad.

#### **4. ¿Cómo evitar sus complicaciones?**

Recordando que:

- a) Es normal que el testículo termine de descender a la bolsa durante el primer año, motivo por el cual no se requeriría de consulta a cirugía infantil antes del año, salvo que se sospeche de la presencia de una hernia inguinal.
- b) Puede ocurrir que un lactante presente testículos descendidos y que posteriormente, al crecer, uno de los testes vaya quedando fuera de la bolsa.

#### **5. ¿Qué hacer?**

- a) Observar periódicamente, cada año, el desarrollo de los genitales del niño.
- b) Consultar al médico oportunamente si se observa ausencia del testículo en las bolsas después del año de edad.
- c) Debería enviarse a cirugía infantil al niño que durante el segundo año de vida o después tenga uno o ambos testículos no descendidos.

#### **6. Hábitos recomendados**

- a) Constatar periódicamente si los testículos están en sus bolsas cuando el niño está en el agua tibia, durante el baño.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 51, 52,53.

### **3.5. SITUACIONES DE SALUD EMERGENTES**

#### **1.5.1 CANCER DE PIEL**

##### **1. ¿Para qué nos sirve la piel?**

La piel es un tejido que cumple diferentes funciones: protegernos del calor, de la luz, del trauma y de las infecciones. También ayuda a mantener la temperatura corporal, almacenar agua y grasa, y producir vitamina D.

##### **2. ¿Por qué nos preocupa el cáncer de piel?**

En Estados Unidos el cáncer de piel es el tipo de cáncer más frecuente. En Chile éste se encuentra incluido en el grupo de tumores malignos que -en su conjunto- representan la segunda causa de muerte, no teniendo el rol preponderante que presenta en EE.UU. En algunas regiones, con mayor exposición solar, se ha observado un aumento en la aparición de este tipo de cáncer, causando preocupación en las autoridades de salud, razón por la que se han iniciado acciones preventivas.

##### **3. ¿Qué rol juega el ozono en la aparición del cáncer de piel?**

La superficie terrestre está rodeada de tres capas llamadas, en orden de cercanía a la superficie terrestre: Troposfera, Estratosfera y Mesosfera.

El “ozono estratosférico” es beneficioso, porque absorbe la luz ultravioleta (LUV) dañina para los organismos vivos (UV-B) y se transforma en fuente de calor al absorber esta luz, regulando -de esta forma- la temperatura terrestre. Desafortunadamente, se ha evidenciado una tendencia a la disminución global, que es más crítica cerca de la Antártida (“agujero de ozono”). La disminución estimativa alcanza a un 13% entre Puerto Montt y la Antártida.

La evidencia científica ha demostrado que productos químicos producidos por el hombre están destruyendo este ozono y generando de esta forma una tendencia a la disminución, con la consecuente exposición humana a los dañinos rayos solares.

##### **4. ¿Qué es la luz ultravioleta (LUV)?**

Es una parte de la luz solar, que produce una radiación invisible, capaz de penetrar y cambiar la estructura de las células de la piel. La exposición a LUV ha sido asociada al desarrollo de enfermedades graves, tales como: cáncer de piel, cáncer de labio y daño ocular como las cataratas.

##### **5. ¿Qué medidas preventivas se pueden tomar para evitar el cáncer de piel?**

El elemento clave en la prevención de la aparición del cáncer de piel es evitar la exposición a la luz ultravioleta, tanto del sol, como de medios artificiales (lámparas de LUV). La aplicación amplia de esta medida podría prevenir la aparición de un 80% de los cánceres de piel, la que debe aplicarse en todo tipo de personas, independientemente de las características de su piel, color de cabello y ojos.

La disminución de la exposición al sol puede efectuarse cambiando los patrones de conducta en el exterior, reduciendo especialmente la exposición en el horario en que el sol es más fuerte (11 AM. a 3 PM.) y usando vestimenta protectora (sombrero, mangas y pantalones largos). Se discute aún el efecto protector de las “pantallas solares”, si bien se recomienda su uso.

Las personas sensibles a la exposición solar, que presentan fácilmente quemaduras de este tipo y no logran un tono “tostado”, tienen un mayor riesgo de desarrollar carcinomas de células basales y escamosas. En ellos la exposición solar tiene un efecto acumulativo.

Algunos estudios han sugerido que, evitando las quemaduras de sol, especialmente en la niñez y adolescencia, se puede reducir la incidencia (aparición) de melanomas, en los cuales predomina un efecto agudo intermitente en ese periodo de la vida. Otro factor de riesgo (no manejable) corresponde a la susceptibilidad en daño a la piel producto de la exposición al sol, así como también a la presencia de numerosos lunares (“nevus”).

## **6. ¿Cómo podemos protegernos de la luz solar?**

La protección de la luz solar debe considerar algunos aspectos:

- a) **NUNCA ES TARDE PARA PROTEGERSE DEL SOL.** Aun si la persona se ha “tostado” o quemado antes, puede comenzar HOY A PROTEGER SU PIEL, siguiendo las recomendaciones citadas.
- b) Tener cuidado con el cielo nublado, puesto que la LUV traspasa las nubes.
- c) Recordar que la luz solar puede reflejarse en el agua, arena, nieve y más aún puede alcanzarnos por debajo del agua.
- d) Usar sombrero que cubra la cara, cuello y orejas.
- e) Usar ropa que proteja el cuerpo. Recordar que la ropa húmeda brinda menos protección que la seca.
- f) Los niños necesitan protección extra. Recomiende a los niños jugar a la sombra, usar ropa protectora y pantallas solares (Factor de Protección Solar, SPF 15 o más) frecuentemente.
- g) Aplicar el protector 20 minutos antes de exponerse al sol y repetir el procedimiento cada 20 minutos. Reaplicar después de bañarse, después de secarse con una toalla o sudar profusamente.
- h) Los MENORES DE 1 AÑO NO DEBEN EXPONERSE AL SOL, puesto que presentan mayor riesgo de complicaciones, tales como quemaduras solares, insolación y presentan una mayor sensibilidad y riesgo de desarrollar en edades maduras un cáncer de piel. Por tanto, deben mantenerse a resguardo del sol, lo que debe considerar el efecto de refracción de la arena y la nieve sobre piel y ojos.
- i) No usar lámparas de LUV.
- j) Idealmente usar anteojos de sol, que bloqueen la luz ultravioleta (UVA y UVB), a efecto de prevenir el daño ocular asociado. Se recomienda el uso de lentes amplios que protegen de los rayos solares desde todos los ángulos.

## **7. ¿Qué cuidados se deben tomar en el jardín infantil:**

- a) Educar sobre los riesgos de exposición al sol, tanto al personal, padres, como a los niños.
- b) Promover que los adultos den ejemplos adecuados a los menores en lo que se refiere a conductas protectoras contra el sol.
- c) Promover las actividades a la sombra.
- d) Promover el uso de vestimentas que cubran a la piel. Las vestimentas oscuras protegen más que las de colores claros.
- e) Evitar la exposición al sol de los menores de un año.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía Nº 54,55.

### **3.5.2 MUERTE SUBITA**

#### **1. ¿Qué es el Síndrome de Muerte Súbita?**

El síndrome de Muerte Infantil Súbita (SMIS) es la muerte repentina e inexplicable de un niño menor de un año de edad. El SMIS, a veces conocido como muerte de cuna, afecta a casi 5.000 bebés en los Estados Unidos todos los años, teniendo mayor riesgo de ocurrencia en los bebés negros.

El SMIS es la causa principal de la muerte en bebés de 1 mes a 1 año de edad. La mayor parte de las muertes por SMIS ocurren cuando el bebé tiene entre 1 y 4 meses de edad. Mueren más varones que niñas y la mayoría de las muertes ocurren durante los meses del otoño, invierno y a principios de la primavera.

La muerte es repentina e imprevista; en la mayoría de los casos, el bebé parece estar sano. La muerte ocurre rápidamente, generalmente mientras duerme.

#### **2. ¿Por qué se produce el SIMS?**

Después de 30 años de investigación, los científicos todavía no pueden encontrar una causa o causas definidas del SMIS. Pero, las investigaciones realizadas han descubierto algunas cosas que pueden ayudar a proteger al bebé del SMIS.

Entre los factores de riesgo se ha descrito el consumo de tabaco por parte de la embarazada, lactantes de raza negra, prematuros o de bajo peso de nacimiento.

#### **3. ¿Cómo podemos proteger a los lactantes del SMIS?**

Una de las cosas más importantes para protegerlos del SMIS es poner al bebé sano de espaldas para dormir, ya sea cuando se le acuesta para una siesta o para dormir de noche.

Esto es nuevo, antes a todas las madres se les dijo que los bebés deben dormir boca abajo. Ahora los médicos y las enfermeras creen que menos bebés morirán de SMIS si la mayoría de ellos duermen de espaldas. En Estados Unidos se ha realizado, desde 1992, una campaña llamada "De espaldas para dormir" con el fin de brindar protección a los menores. Con estas medidas se ha disminuido el hábito de hacer dormir a los bebés sobre su abdomen y paralelamente han disminuido las muertes por SIMS en un 40%.

#### **4. ¿Cómo podemos asegurarnos que esto es lo más saludable para cada lactante?**

La mayoría de los bebés deben dormir de espaldas. Sin embargo, algunos bebés tienen problemas de salud que requieren que duerman boca abajo.

Si el bebé nació con un defecto de nacimiento, vomita frecuentemente después de comer o tiene un problema de respiración, de los pulmones o del corazón, es recomendable hablar con un médico o una enfermera acerca de cuál posición debe usar para dormir.

#### **5. ¿Existe algún riesgo en que los bebés duerman de espaldas?**

Algunas madres se preocupan de que los bebés que duermen de espaldas se pueden ahogar con el vómito mientras duermen. No hay ninguna evidencia de que dormir de espaldas los haga ahogar en su vómito. Millones de bebés en todo el mundo duermen ahora de espaldas o de costado y los médicos no han notado

ningún aumento en ahogos u otros problemas. A algunos bebés no les gusta dormir de espaldas al principio, pero la mayoría se acostumbran y ésta es la mejor posición para dormir para el bebé. Aunque la posición más segura para que su bebé duerma es de espaldas, también puede acostarse de costado. Acostar al bebé de costado no provee la misma cantidad de protección contra el SMIS como acostarlo de espalda, pero es mucho mejor que acostar a su bebé sobre su abdomen.

Colocarlo sobre el abdomen, cuando está despierto, es bueno para la salud del bebé.

## 6. ¿Qué otras cosas se pueden hacer para ayudar a reducir el riesgo del SMIS?

- Asegurarse que el bebé duerma sobre un colchón firme u otra superficie firme. No usar mantas mullidas o plumones debajo del bebé.
- No permitir que el bebé duerma en una cama de agua, sobre una piel de oveja, una almohada u otro material blando. Cuando el bebé es muy pequeño, no poner juguetes rellenos o almohadas blandas en la cuna. Algunos bebés se han ahogado con objetos en la cuna.
- No dejar que los bebés tengan frío, pero tampoco permitir que tengan demasiado calor. Se recomienda mantener el cuarto del bebé a una temperatura que sea agradable para los adultos.
- Mantener una zona libre de humo alrededor del bebé. Los bebés y los niños pequeños expuestos al humo se enferman más con resfríos y otras enfermedades, aparte de tener menos resistencia al SMIS.
- El cuidado prenatal desde temprano y a lo largo del embarazo puede ayudar a reducir el riesgo del SMIS. El riesgo del SMIS es mayor para los bebés cuyas madres fumaron durante el embarazo. Para la salud del bebé, nunca se debe tomar drogas (excepto si son recetadas por un médico) ni tampoco tomar bebidas alcohólicas durante el embarazo.
- La leche materna ayuda a mantener sano al bebé.
- **Consultar inmediatamente al médico si** el bebé pareciera estar enfermo; asegurarse que sus vacunas estén al día.

## 7. ¿Existe alguna posición alternativa para dormir?

Si se decide poner al bebé de costado para dormir, debe asegurarse de que el brazo del bebé esté de abajo hacia adelante para evitar que se den vuelta boca abajo.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Referencias:  
Ver Bibliografía N° 56.

## SECCION 4. ACCIDENTES EN LA INFANCIA

### 4.1. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 1. ¿Qué son los accidentes?

Desde el punto de vista de la prevención de riesgos, podría definirse accidente como “todo hecho imprevisto, no intencional, indeseable, normalmente evitable, que interfiere en el proceso normal de trabajo o actividad y que puede arrojar como consecuencia lesiones a las personas, daños a la propiedad, etc.

#### 2. ¿Qué efectos pueden tener?

Son la causa de cientos de muertes infantiles cada día y además son causa de limitaciones físicas y psíquicas (discapacidades) que acompañan toda la vida a quienes han tenido la desgracia de sufrirlos. Entre las lesiones que pueden producir están las heridas, contusiones, esguinces, fracturas, intoxicaciones, asfixia, traumatismo encéfalo-craneano (TEC) y otros.

#### 3. ¿En qué porcentaje pueden evitarse?

Estas causas de alteraciones de la salud tienen en común varias características. La más destacada es que todas ellas SON PREVENIBLES EN UN 90% DE LOS CASOS, la mayoría ocurre en el hogar por un descuido de los adultos.

#### 4. ¿Podemos aprender de los accidentes ocurridos?

Es importante que en el caso de un accidente, se consideren todas las circunstancias que rodearon los sucesos para que aprendamos a prevenir y no culpar a la mala suerte o a la fatalidad. Importa más detectar las causas que buscar un culpable. Las lesiones no son fenómenos al azar, sino que ocurren en patrones predecibles basados en la edad, el sexo, la hora del día, la estación del año, entre otros.

La mayoría de los casos conocidos de niños con quemaduras, heridas cortopunzantes o con intoxicaciones, podría haberse evitado con medidas sencillas de precaución por parte de los padres o adultos a cargo del cuidado de estos niños.

Desde un punto de vista institucional es importante la notificación de los accidentes, para analizarlos y enfocar más precisamente las estrategias de prevención.

#### 5. ¿Cuáles circunstancias podrían analizarse?

Se debería tratar de precisar:

- Tipo del objeto que probablemente actuó (escoba o fierro, bicicleta o automóvil).
- Velocidad (chocan dos niños caminando o corriendo).
- Lugar probablemente impactado: cráneo y abdomen pueden tener lesiones externas poco aparentes que ocultan lesiones internas graves como hemorragia interna, fracturas, desgarramiento de vísceras.
- Altura y superficie donde se produjo el impacto, en caso de caída.

## **4.2 SITUACION ACTUAL DE LOS ACCIDENTES EN CHILE**

En Chile los accidentes constituyen la tercera causa de muerte en la población general. En la población infantil esta causa de muerte también tiene importancia, puesto que 1 de cada 7 muertes de niños entre 1 y 9 años ocurre producto de algún accidente.

En ese grupo de edad la tasa de muertes por accidentes de diversa naturaleza alcanza a 11,3/100.000 habitantes, siendo el doble en los niños que las niñas del mismo grupo. En la diversidad de causas de muerte destacan las muertes por inmersión y ahogamiento, accidentes de tráfico y muerte por fuego.

Estas cifras de mortalidad muestran sólo una fracción del problema de accidentes, la de más graves consecuencias, ya que por cada fallecido a consecuencias de un accidente hay varios miles de accidentes (2 a 3 mil), de los cuales unos cuantos consultan en servicios de urgencia y otra fracción menor requiere hospitalización por esa causa.

Estadísticas del Ministerio de Educación muestran que, en promedio, en cada establecimiento educacional cada año ocurren a lo menos 4,5 accidentes de diversa gravedad, desde rasguños hasta fracturas.

### **PATRON DE ACCIDENTES SEGUN EDAD**

Entre los niños de 1 a 4 años la principal causa de muerte fue asfixia por inmersión, seguido por quemaduras y sofocación accidental (inhalación, ingestión de alimentos y otros).

Entre los niños de 5 a 19 años destacan los accidentes de tránsito (tanto como peatones o en colisiones).

En los escolares mayores (10 a 14 años) y adolescentes (15 a 19 años) aparece un aumento progresivo de muerte por acción de terceros o auto infringida, ya sea con elementos cortantes o punzantes o armas de fuego.

### **4.3. PREVENCIÓN GENERAL DE LOS ACCIDENTES**

La prevención de los accidentes en la infancia depende de dos factores principales: la PROTECCIÓN y la EDUCACIÓN.

La protección debe estar orientada a proporcionar al niño un ambiente seguro que reduzca al máximo posible los riesgos de este tipo de accidentes (pesquisando condiciones inseguras).

La educación debe estar orientada a desarrollar conductas preventivas en los adultos, jóvenes y en los mismos niños para evitar los riesgos de accidentes.

Cuando el niño comienza a caminar, a tomar las cosas, los accidentes en el hogar se convierten en una de las causas principales de muerte en niños de 1 a 10 años de edad y también es una causa muy frecuente de consulta en los establecimientos de salud.

#### **La educación del párvulo debe considerar dos aspectos básicos:**

- Que aprenda a evitar la situación de riesgo.
- Que aprenda a enfrentarla en modo seguro, (por ejemplo, que evite bajar escalas sin ayuda de un adulto o bien que aprenda a enfrentar el riesgo bajando sentado o gateando y cuando más grande afirmándose de la pared, sin manos en los bolsillos).

**La educación del adulto** debiera poner énfasis en que éste aprenda que en la ocurrencia de accidentes, envenenamientos y violencia siempre se encuentran dos causas genéricas: acciones inseguras y/o condiciones inseguras.

- ACCIÓN INSEGURA: “cualquier acto de las personas que puede provocar un accidente”
- CONDICIÓN INSEGURA: “estado de los elementos materiales, herramientas, infraestructura educacional o habitacional que condiciona que el riesgo esté presente.

### **4.4. ELEMENTOS CAUSALES DE LESIONES**

- Elementos cortantes: tijeras, cuchillos, vidrios, etc.
- Caídas y traumatismos.
- Quemaduras: por líquidos calientes, electricidad, fuego y fuegos artificiales (éstos deben ser usados sólo por expertos).
- Asfixias por alimentos, objetos sólidos, agua (asfixia de inmersión) y otros.
- Envenenamientos por líquidos venenosos y otros.

Siempre es necesario recalcar que lo mejor que se puede hacer respecto de los accidentes es PREVENIRLOS. Ahora bien, ante su ocurrencia, se debe evaluar al menor y requerir antecedentes relativos al mecanismo del mismo, lo que no sólo entrega antecedentes acerca de cómo prevenir la repetición del suceso, sino que además entrega antecedentes importantes en la evaluación del mismo menor: tipo de lesión: traumática, exposición a tóxicos, otras;

#### **4.5. EVALUACION DE LA GRAVEDAD DE UN NIÑO O NIÑA QUE HA SUFRIDO EL ACCIDENTE.**

Idealmente todos los menores que sufren un accidente debieran ser evaluados por un profesional capacitado, si bien es comprensible priorizar la derivación en aquellos casos de **mayor gravedad potencial**, según tipos de traumatismo: agente, violencia del mismo, repercusiones en el menor, etc. En este grupo se deben incluir aquellos accidentes en que:

- **Exista dificultad respiratoria.**
- **Se produce pérdida de conocimiento del menor.**
- **Golpes en la cabeza, apareciendo posteriormente náuseas, vómitos o convulsiones.**
- **Se produce deformidad de una extremidad o intenso y permanente dolor después del traumatismo.**
- **Ingesta de productos químicos.**
- **Quemaduras.**
- **Lesiones en ojos u oídos.**
- **Lesiones en dentadura, con pérdida o soltura de algunas piezas dentales (independientemente que sean piezas temporales).**

**En estos casos llevar a los menores a un centro asistencial (servicio de urgencia de cualquier nivel), prefiriendo el más cercano al lugar del accidente.**

##### **4.5.1 COMO ACTUAR EN CASO DE ACCIDENTE EN EL JARDIN INFANTIL**

- Evaluar la gravedad del accidente del niño o niña.
- Recoger la información necesaria sobre antecedentes del párvulo y descripción del accidente.
- Trasladar al niño o niña al servicio de urgencia más cercano.
- Avisar a la familia.
- Si es mayor de 4 años, tener presente los requisitos para usar el seguro escolar del niño o niña.

##### **4.5.2 ¿COMO PREVENIR COMPLICACIONES GRAVES EN UN ACCIDENTE?**

Si el accidente no pudo evitarse, la atención del niño al ser adecuada podrá muchas veces evitar complicaciones graves:

- Si presenta lesiones evidentes, llevarlo al centro de salud más próximo.
- Si no presenta lesiones evidentes, tiene gran importancia el conocimiento de las circunstancias en que ocurrió el accidente, pues las primeras manifestaciones que presenta el niño al momento inmediato del hecho pueden hacer pensar que lo ocurrido fue un hecho sin mayor importancia y, al quedar sin atención, empeorar el pronóstico de las lesiones inaparentes.

#### **4.5.3. ORGANIZACION DEL JARDIN INFANTIL PARA RESPONDER FRENTE A UNA SITUACION DE EMERGENCIA**

Todo jardín infantil debe tener una organización previa, conocida por todo el personal, para actuar en caso de accidentes, que considere los siguientes pasos:

- Conocimiento de aspectos a evaluar en los accidentes de mayor gravedad y procedimientos.
- Distribución de responsabilidades para actuar en caso de emergencias.
- Mantener visible la dirección y teléfono del centro asistencial (servicio de urgencia de cualquier nivel) más cercano al jardín infantil.
- Mantener una ficha personal de los niños y niñas con antecedentes completos y actualizados de salud y sistema de atención (Fonasa o Isapre).
- Mantener visibles teléfonos para el traslado del párvulo: teléfono de servicio de ambulancias, radio taxi.
- Mantener dirección y teléfono del hogar y/o lugar de trabajo del familiar o persona responsable del niño o niña ante el jardín infantil.
- Dar aviso a la familia en forma oportuna para que, en lo posible, pueda concurrir al servicio de salud.

## **4.6 ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA INFANCIA**

Es importante tener presente que en la medida que el niño se desarrolla y va tomando contacto con su entorno, evolucionan a la par los riesgos de accidentes y -por tanto- debemos conocer también esta evolución para enfocar con precisión la prevención en cada grupo de edad.

Se pueden señalar los siguientes accidentes con mayor frecuencia en niños y niñas.

- Caídas.
- Accidentes de tránsito: vehículos motorizados y otros.
- Quemaduras.
- Asfixia por objetos.
- Asfixia por inmersión.
- Intoxicaciones y envenenamiento.
- Armas de fuego.
- Lesiones por objetos cortantes o aguzados.

### **4.6.1 CAIDAS**

#### **1. ¿Cuáles son los elementos causantes de las caídas?**

Las caídas representan una causa frecuente de traumatismos en los niños desde que comienzan a moverse y a empujar con sus pies y luego se desplazan alcanzando distintos sitios que encierran diferentes peligros.

#### **2. ¿Cómo prevenir las caídas?**

- Evitar dejar al niño solo sobre lugares elevados, como la mesa donde lo muda, cama, sofás y sillas.
- Tener barreras en los extremos de las escaleras.
- No usar andador. Este es absolutamente desaconsejado, debido a que es un claro factor de riesgo de accidentes para los niños, da una falsa sensación de seguridad a los padres y presenta el peligro de desplazamiento del menor a lugares fuera de la vigilancia de los mayores, quedando expuesto a vuelcos y caídas de escaleras.
- Retirar los muebles de bordes afilados o duros del cuarto donde se encuentra.
- Usar rejas protectoras en las ventanas sobre el primer piso.
- Usar protección en los balcones.
- Vigilar a preescolares y niños mayores que con frecuencia concurren a áreas de juego en parques y jardines, donde existe riesgo de presentar caídas de columpios y toboganes.
- Usar bicicletas acorde al tamaño de cada niño.
- Usar casco protector (al andar en bicicleta u otro tipo de juguetes) para el caso de escolares (prevenir traumatismos craneanos).

## 4.6.2 QUEMADURAS

### 1. ¿Cuáles son los elementos causantes de las quemaduras?

Podemos resumir en tres los agentes causantes de quemaduras:

- agentes térmicos (calor),
- agentes químicos y
- por electricidad

Los agentes térmicos más comunes son: líquidos calientes (agua, sopas, aceite); metales calientes (plancha, tapa de horno, estufas, ollas, etc.); fuego (braseros, fósforos, fuegos artificiales, incendios); líquidos inflamables (parafina, bencina).

Los agentes químicos más peligrosos son la soda cáustica y el ácido muriático. Cuando impregna la ropa, la parafina produce también una quemadura química en la piel del niño, en caso de contacto prolongado.

Dentro de otros factores que pueden aumentar la frecuencia de quemaduras están las condiciones ambientales en que vive la familia, el hacinamiento y una vivienda pequeña con espacios reducidos.

### 2. ¿Qué hacer ante quemaduras?

- Si la quemadura es por electricidad, lo primero es desconectar la electricidad antes de tocar al niño.
- Si es por fuego, apagar las ropas con otras ropas, frazadas, nunca con tierra, luego mojar con agua fría y retirar la ropa.
- Si es por sustancias químicas, poner bajo el chorro de agua la superficie afectada, para eliminar el cáustico y retirar la ropa.
- Si es por líquidos calientes sobre la ropa, mojar de inmediato esa ropa con agua fría y retirarla.
- LLEVAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS PROXIMO SIN APLICAR NINGUNA SUSTANCIA, SOLO AGUA FRIA EN FORMA ABUNDANTE, SOBRE EL AREA QUEMADA, cubrir con un paño limpio para evitar que se contamine en el camino.
- En general, la piel recién quemada queda esterilizada por la quemadura, al aplicarle tratamiento casero es muy probable que se infecte y la infección agrava la profundidad de la quemadura.
- Si la ropa está pegada a la lesión, dejar que el personal de salud la despegue.

### 3. ¿Cómo prevenir las quemaduras?

Las medidas de prevención pueden ir en dos direcciones:

- Hacia las CONDICIONES INSEGURAS DEL MEDIO.
- Hacia las ACCIONES INSEGURAS DE LAS PERSONAS.

### 4. ¿Cuáles son condiciones inseguras para la producción de quemaduras?

- Usar velas, estufa o coccinilla en un lugar no protegido, (algunas personas usan corral o rejilla de protección que ayude a evitar el contacto directo del niño con el fuego).
- Dejar líquidos calientes al alcance de los niños (teteras o tarros con agua hirviendo sobre la estufa; termos con agua caliente).

- Dejar ollas con líquidos calientes cuyos mangos queden hacia fuera de la cocina, que el niño puede tomar y volcar.
- Colocar ropas sobre la cocina o muy cerca de estufa o brasero, porque se pueden inflamar.
- Dejar horno encendido sin poner algún seguro o protección para evitar que el niño lo abra.
- Dejar a los niños solos en la casa con una estufa o brasero encendido (se sabe de incendios frecuentes con muerte de niños por esta causa).
- Permitir al niño jugar en la cocina (especialmente si existe algún artefacto encendido).

##### **5. ¿Cuáles son las acciones inseguras para producción de quemaduras?**

- Que el niño juegue cerca de braseros, estufas, fogatas o velas encendidas, sin la mirada atenta de algún adulto (basta un segundo para una tragedia). Que el niño juegue con fósforos o con fuegos artificiales.
- Tomar al niño en brazos mientras el adulto está tomando té o líquidos calientes.
- Que la temperatura de la tina de baño esté muy alta al introducir al niño al agua.
- Que el niño juegue en la cocina mientras se está cocinando o calentando algún líquido.
- Transportar un tiesto con agua caliente, tetera y olla, sin asegurarse que no haya niños alrededor.
- Dejar enchufes (extensión eléctrica) al alcance de los niños o cables eléctricos o instalaciones sin la protección adecuada.
- Dejar que el niño juegue o manipule artefactos eléctricos (planchas, tostadores, secadores de pelo, etc.) antes de tener una edad adecuada para ello.
- Mantener en la casa soda cáustica, ácido muriático, líquidos inflamables, al alcance de los niños.

### **4.6.3 ASFIXIAS**

Se entiende como tal la interrupción de la respiración. Esta se puede producir por varias causas: atoramiento (obstrucción de la vía respiratoria por objetos), o bien por líquidos (asfixia de inmersión) o también por gases o humo.

#### **4.6.3.1. ASFIXIA POR ATORAMIENTO**

##### **1. ¿Qué es el “atoramiento”?**

La obstrucción de las vías respiratorias por sustancias sólidas o líquidas que impiden la entrada de aire al aparato respiratorio. Frecuentemente el sitio anatómico de la obstrucción es la laringe en los niños menores de un año, y la tráquea o bronquios en los niños de 1 a 4 años.

##### **2. ¿Cómo se manifiesta el atoramiento?**

Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas dependiendo del tamaño del cuerpo extraño, de su composición, del grado de bloqueo y de la duración de la obstrucción.

El niño pequeño explora su ambiente llevándose todo a la boca, por lo que los padres deben tener cuidado de no dejar a su alcance objetos que le puedan provocar “atoramiento”.

##### **3. ¿Cómo prevenir el atoramiento?**

- Nunca deben dejar objetos pequeños al alcance de los niños (bolitas, monedas, botones, chicles, remedios).
- No ofrecerle alimentos sin cortar a un tamaño adecuado.
- No dejar a su alcance bolsas plásticas, ya que al cubrirse la cabeza y la cara no les queda espacio para respirar.
- Ser cuidadosos con el maní, cabritas, granos enteros de uva y dulces duros que deben ser ofrecidos sólo a niños mayores que ya mastican bien.
- No debe haber globos desinflados al alcance de los niños pequeños, pues pueden ser aspirados a la faringe posterior, laringe o tráquea.
- Evitar juguetes que tienen piezas pequeñas (no apropiados para su edad).

##### **4. ¿Qué hacer si un niño sufre atoramiento?**

- Se debe tratar de eliminar de inmediato el cuerpo extraño o de separar niño y agente causante.
- Se debe llevar al niño de inmediato al centro de salud más cercano en todo caso de asfixia, especialmente si no se logró alivio de inmediato con las primeras maniobras.

- En caso de aspiración de cuerpo extraño:
  - Si es lactante, colocar al niño boca abajo apoyado sobre la pierna del adulto, para permitir drenaje postural y aplicar 4 golpes en la espalda entre los omóplatos (paletas), puede repetirse el golpe en caso necesario. Verificar si el cuerpo extraño salió de la boca y retirarlo con los dedos antes de incorporar al niño.
  - Si es preescolar, aplicar el talón de la mano en la espalda (ente los omóplatos) y dar 4 golpes violentos, o colgar de los tobillos para facilitar la salida del cuerpo extraño.

**5. ¿Cuáles son condiciones inseguras para el atoramiento?**

- Que tomen su mamadera acostados de espaldas.
- Dejarlos acostados boca arriba después de alimentarlos.
- No preocuparse por sacarles los “flatitos” (para evitar que el alimento pueda ser aspirado en caso de regurgitación).
- Dormir el adulto con el menor de un año en la misma cama.

**6. ¿Cuáles son acciones inseguras para el atoramiento?**

- Dejar que los niños jueguen con bolsas plásticas o con trozos de globos.
- Dejar que los niños pequeños jueguen con bolitas, botones, porotos, remedios o coman chicles.

**7. Hábitos recomendados**

- Observar cada cierto tiempo a los niños mientras juegan.
- Conversar en familia o con amigos o vecinos sobre los riesgos y modos de prevenirlos.
- Organizar y ordenar, periódicamente, la casa, sala de actividades u otro ambiente cerrado pensando en los posibles peligros.

#### 4.6.3.2 ASFIXIA POR INMERSION

##### 1. ¿Qué entendemos por asfixia de inmersión?

La producida por asfixia provocada por el agua (ahogamiento). Inmersión o ahogamiento son sinónimos e incluyen las producidas por esquí acuático, calambres, deportes con o sin equipo de buceo, natación, tabla hawaiana, en tina de baño, ahogamiento en piscina y caídas accidentales al agua.

Esta situación se hace frecuente si uno toma en cuenta que a los niños les encanta jugar con agua y -por tanto- se ven expuestos a situaciones de riesgo.

##### 2. ¿Cuál es la situación de la asfixia por inmersión en Chile?

En 1994 un estudio del Ministerio de Salud demostró que entre los accidentes y traumatismos, la inmersión ocupa el quinto lugar. Anualmente fallecen 760 personas por asfixia por inmersión, de las cuales 160 aproximadamente son menores de 14 años.

La tasa global de muerte por esta causa en el país es más de 3 veces superior a la observada en Estados Unidos, lo que significa que debemos hacer esfuerzos preventivos.

Uno de los grupos de mayor riesgo lo constituyen los menores entre 0 y 4 años, para quienes ésta es la primera causa de muerte por accidente. El sexo masculino presenta riesgo más alto, en todas las edades.

La mayor parte de las muertes ocurren entre los meses de septiembre a marzo, con una mayor cantidad de casos entre diciembre y febrero, lo que coincide con el periodo más caluroso y -por ende- de mayor afluencia de niños a lugares de riesgo de inmersión. En el grupo de edad de 0 a 4 años la mayor parte de los accidentes de este tipo ocurre en canales y otras fuentes naturales de agua y, uno de cada 4, en la propia casa (caída en tarro de lavado) o piscinas.

"En un niño cualquier fuente de agua es potencialmente peligrosa", por lo tanto, si existe, siempre debe haber vigilancia.

Entre los datos relevantes aparece lo demostrado por un estudio realizado en una clínica privada en Chile, en el cual la mayor frecuencia de ocurrencia de este tipo de accidentes se observó entre las 14 y 19 horas, siendo relevante que cerca del mitad de los casos no recibe reanimación básica, lo que incide directamente en los resultados de muerte y secuelas.

Estudios han demostrado que el pronóstico de una persona que ha sufrido asfixia por inmersión dependerá de cuánto rato ha permanecido en el agua, qué atención recibe en forma inmediata, tiempo de traslado a un servicio de urgencia, puesto que el cerebro no tiene reservas de oxígeno y ello condiciona secuelas o la muerte.

##### 3. ¿Cómo se producen los accidentes que pueden provocar asfixia por inmersión?

Los niños pueden caer a las fuentes de agua en un instante, sin emitir ruidos y sufrir asfixia por inmersión en un tiempo tan breve como una llamada telefónica o mientras el adulto acude al WC.

#### 4. ¿Qué medidas de prevención se pueden poner en práctica?

- a) Toma de conciencia de los adultos respecto del problema y especialmente acerca de su prevención.
- b) Supervisión constante de los menores por adultos (no por los “hermanos mayores”), mientras se encuentren en las cercanías de fuentes de agua (naturales o artificiales), especialmente de los menores de 4 años.
- c) En relación con uso de fuentes naturales de agua (mar, lagos, ríos, etc.) usar aquellas que cuenten con salvavidas y respetar las señalizaciones que prohíben uso de éstas para nadar, cuando así se establece.
- d) Instalación de barreras al acceso de estas fuentes de agua, ya sea naturales (canales, acequias, etc.) o artificiales (piscinas). Estas barreras deben tener una altura de un metro y medio y cerraduras más altas que el alcance de los menores.
- e) Retirar los juguetes de las piscinas, puesto que éstos pueden ser el motivo de atracción para un niño pequeño y condicionar así accidentes.
- f) Es importante considerar que flotadores del tipo “alitas” no ayudan a prevenir este tipo de accidentes y pueden producir una falsa sensación de seguridad y no deben transformarse en un sustituto de la supervisión: el único sistema seguro es el “chaleco salvavidas” que permite que los niños estén en posición vertical dentro del agua.
- g) Evitar dejar a los menores solos en la tina de baño.
- h) Evitar dejar envases tales como baldes o tambores con agua, puesto que los más pequeños pueden sufrir accidentes al caer dentro de ellos.
- i) Existe controversia a nivel mundial respecto a los beneficios de enseñar a nadar a menores de 4 años, en la prevención de asfixia por inmersión. En EE.UU. y Chile las sociedades de pediatras plantean que este hecho puede generar una falsa sensación de seguridad y obviar la imprescindible supervisión, tomando en consideración que los menores olvidan lo que han aprendido fácilmente (más aún de un año para otro).
- j) Conocer medidas básicas de reanimación, a efecto de aminorar el riesgo de muerte y de secuelas neurológicas, si se produce el accidente. Estas consisten en medidas de reanimación cardiopulmonar, vale decir, restablecimiento de la respiración y el ritmo cardíaco, lo cual requiere de entrenamiento específico por parte de personal capacitado.

#### 4.6.4 INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS

##### 1. ¿Cuáles son los elementos causantes de envenenamientos e intoxicaciones?

Los envenenamientos e intoxicaciones se pueden producir por efecto de ingerir líquidos venenosos, sustancias sólidas tóxicas o alimentos en mal estado o contaminados.

Los causantes más comunes son el cloro, ácidos, parafina; ratificadas, insecticidas, medicamentos; alimentos descompuestos o contaminados, especialmente mariscos y embutidos.

La causa más frecuente de intoxicación corresponde a medicamentos (50%), seguido de productos industriales y químicos (13%), productos de aseo (12%) y pesticidas (12%), y otros con menor porcentaje.

##### 2. ¿Qué hacer si un niño es afectado por una intoxicación?

- Llevar al niño, lo más pronto posible, al centro de salud más cercano;
- identificar con qué se envenenó y, de tenerlo a mano, llevarlo con el niño;
- provocar vómitos, si la intoxicación es por alimentos o ingestión de medicamentos;
- evitar los vómitos, si la intoxicación es por ácidos, cloro o parafina; en cuyo caso debe darse a beber leche o clara batida con agua o con leche.

##### 3. ¿Cómo prevenir las intoxicaciones y envenenamientos?

Para prevenirlos es necesario evitar las condiciones inseguras y las acciones inseguras; además, es recomendable adquirir hábitos saludables.

##### 4. ¿Cuáles son condiciones inseguras de intoxicaciones y envenenamientos?

Dejar al alcance de los niños sustancias tales como cloro, ácidos, parafina, raticidas, insecticidas, detergentes.., medicamentos.

##### 5. ¿Cuáles son acciones inseguras?

Consumir alimentos descompuestos, de mal olor, que hayan cambiado su sabor a ácido.

##### 6. Hábitos recomendados para prevención y buen manejo de intoxicaciones

- Tener al alcance los números de teléfono de emergencia, como por ejemplo el del **CITUC: 6353800 (Centro de Información Toxicológica Universidad Católica, Santiago)**. (Para llamar desde regiones (56-2)6353800).
- Guardar todas las sustancias venenosas (incluir en éstos los detergentes y productos de aseo) en un lugar alto, fuera de la vista y alcance de los niños, de preferencia en un estante cerrado.
- Evitar el uso de envases de alimentos de consumo habitual del niño para guardar sustancias tóxicas o venenosas.

- Conservar los medicamentos con llave o lejos del alcance de los niños. Si un adulto debe ingerir medicamentos en forma habitual, procurar no hacerlo delante del niño.
- Fijarse en fecha de vencimiento de alimentos que la tengan.
- La fruta, antes de consumirla, lavar bajo agua corriente.
- Eliminar restos de mamaderas (la leche fluida fuera del refrigerador se descompone fácilmente).

#### **4.6.5 ACCIDENTES DE TRANSITO**

##### **1. ¿Qué riesgo representan los accidentes de tránsito en los menores de 6 años?**

Los accidentes de tránsito pueden provocar lesiones y muerte en los menores de 6 años, ya sea como peatones o como pasajeros de vehículos motorizados, y se deben hacer esfuerzos por evitar este tipo de daño.

Las muertes por vehículos motorizados son la principal causa de muerte en los niños de 5 a 19 años, aunque constituyen un gran peligro a toda edad. Los accidentes pueden ocurrir como peatón, siendo el niño atropellado al atravesar la calle en forma intempestiva. Esto ocurre habitualmente mientras el niño está jugando y afecta principalmente a niños entre 5 y 9 años.

Los niños menores de 4 años pueden ser atropellados por vehículos que retroceden en estacionamientos cercanos a su domicilio. Los accidentes también pueden ocurrir cuando el niño viaja como pasajero en un vehículo que se detiene en forma repentina, o cuando se produce una colisión.

En niños escolares y adolescentes, son también frecuentes los accidentes en bicicleta.

##### **1. ¿Qué se puede hacer para evitar los accidentes de tránsito y las lesiones a consecuencias de éstos?**

- Los padres no deben dejar que los niños pequeños salgan solos a la calle.
- Se debe educar a los niños sobre cómo cruzar las calles (por ejemplo, enseñarles a cruzar en las esquinas y con luz verde peatonal).
- Los padres deben llevar permanentemente a sus niños menores de 4 años en una silla de seguridad debidamente fija al auto, y fomentar y exigir el uso de cinturón de seguridad para los niños mayores.
- Es fundamental la conducción responsable y ejemplificadora de los padres, respetando las normas de tránsito.
- Uso de casco cuando se usa bicicleta.

## 4.6.6 HERIDAS

### 1. ¿Qué es una herida?

Lesión producida por un accidente que ocasiona ruptura de la capa más externa de la piel (dermis), que puede también afectar a las capas más profundas.

#### **Tipos de heridas:**

- **Herida cortante:** tiene sus bordes netos, generalmente de forma lineal, (como si hubiese sido hecha por un instrumento cortante, aunque pudiera ser efecto de golpe contra el borde de un mueble u otro agente traumático).
- **Herida contusa:** tiene bordes poco nítidos, es más irregular en su forma.
- **Herida punzante:** tiene el aspecto de haber sido producida por un punzón u otro agente similar que rompe la piel en un punto limitado (efecto de enterrarse un clavo en el pie, por ejemplo).
- **Erosión:** (“rasmilladura”, peladura). Lesión que se extiende en superficie, no en profundidad. Sólo hay pérdida parcial de la capa más superficial de la piel, y sanará en pocos días a menos que se infecte.

### 2. ¿Cuáles son los elementos causantes de las heridas?

- Tijeras, cuchillos, hojas de afeitar, herramientas;
- elementos salientes de un muro como clavos, latas, alambres;
- vidrios rotos, restos de tablas con clavos, palillos;
- golpes contra o con muebles, construcciones, vehículos u objetos contundentes;
- mordeduras de animales.

### 3. ¿Qué hacer si un niño es afectado?

Si un niño presenta una de estas lesiones, debe observarse la profundidad, extensión y mecanismo de producción de la lesión y, en el caso de las más graves o aquéllas producidas por mordeduras de animales, deben ser evaluadas por personal de salud.

### 4. ¿Cómo prevenirlas?

Educar al párvulo explicándole cuáles son elementos peligrosos para que no juegue con ellos.

Procurar que el adulto identifique las condiciones inseguras y las acciones inseguras que pueden causar lesiones en la piel.

### 5. ¿Cuáles son condiciones inseguras?

Objetos obstruyendo pasillos de circulación; peldaños de escalera en mal estado; dejar al alcance de los niños tijeras, cuchillos, vidrios, etc.

### 6. ¿Cuáles son acciones inseguras?

Subirse a rejas, murallas, árboles, etc.; jugar con tijeras con punta, cuchillos, clavos, etc.

### 7. Hábitos recomendados

Revisar periódicamente, en el hogar o en el jardín infantil, las condiciones inseguras y corregirlas.

#### 4.6.7. TRAUMATISMOS

**1. Entendemos por traumatismo el efecto sobre el organismo que causa el golpe derivado de:**

- una caída,
- impacto al chocar el párvulo contra algo inmóvil, o
- producido por un móvil contra el cuerpo (vehículo, palo, otro párvulo), a raíz de lo cual puede haber lesiones aparentes o inaparentes.

**2. ¿Cuáles son los elementos causantes de los traumatismos?**

Caídas, contusiones e impactos son las causas de traumatismos, lo que ocurre en el hogar, en el jardín infantil y en la calle.

**3. ¿Qué hacer si un niño es afectado?**

Debe preguntarse por las circunstancias en que ocurrió el accidente para buscar posibles efectos inaparentes (contusión abdominal., TEC). Observar el estado del niño, presencia de dolor, alteración de la conciencia, desorientación, pulso muy rápido, vómitos, convulsiones.

Llevarlo al centro de salud más próximo en caso de TEC o sospecha de contusión abdominal. En el TEC hay cefalea (dolor de cabeza no definido), en una simple contusión de cráneo hay solamente dolor en el punto que recibió el golpe.

**4. ¿Cómo prevenirlos?**

Tratar de descubrir y corregir las condiciones inseguras y las acciones inseguras, a modo de ejemplo se citan a continuación algunas:

**5. ¿Cuáles son condiciones inseguras?**

- muebles a los que los niños trepan con facilidad y luego caen de ellos;
- pisos resbaladizos o con hoyos, escaleras poco seguras;
- acceso abierto a lugares no vigilados (techo, ventanas);
- hacinamiento de menores.

**6. ¿Cuáles son acciones inseguras?**

Son acciones inseguras:

- empujones entre párvulos,
- colisiones entre párvulos.

**7. Hábitos recomendados**

Cada vez que sepamos que un niño, ajeno a nosotros, sufre un traumatismo, tratemos de descubrir las condiciones o las acciones inseguras que pudieron intervenir y pensar si en el caso de los niños propios esas circunstancias están efectivamente corregidas o prevenidas.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Referencias:

Ver Bibliografía 57, 58,59, 60,61.

## SECCION 5 POLITICAS

### 5.1. CRITERIOS DE ADMISION DE NIÑOS ENFERMOS EN JARDINES INFANTILES

Esta sección ofrece en forma sistematizada proposiciones referidas al tema, los criterios de aplicación y los propósitos perseguidos con ellas, facilitando de este modo la toma de decisiones a nivel local, que permita en mejor forma el cumplimiento de uno de los objetivos de los jardines infantiles, cual es, brindar el mayor apoyo posible al crecimiento y desarrollo del preescolar, así como prevenir situaciones de riesgo de enfermar.

Estos criterios no constituyen un reglamento ni una norma, por tanto, para su aplicación se requerirá de una motivación previa de los padres, tomando para ello todo el tiempo que sea necesario; no podrán tomarse como argumento para romper las relaciones armónicas con el Centro de Padres.

Lo deseable sería que los padres, una vez informados y comprendiendo la conveniencia de esta política para la salud de sus hijos, se comprometieran a aplicarlas por su propia iniciativa.

#### 5.1.1. Admisión de niños enfermos en general

- a) Disposición: lo señalado en los puntos siguientes es aplicable sólo si se considera como una flexibilidad que podría conceder el jardín infantil a esos casos y no una imposición para el establecimiento.
- b) Criterio de aplicación: en el entendido que las condiciones generales de la evolución de la enfermedad permiten que el niño participe de las actividades generales del jardín infantil.
- c) Propósito: evitar que se consideren estas orientaciones como un mecanismo de transformar la función educativa integral del jardín infantil en funciones asistenciales de salud.

#### 5.1.2 Enfermedades infecciosas transmisibles

- a) Disposición: los niños afectados por enfermedades infecciosas transmisibles deberán dejar de asistir al jardín infantil.
- b) Criterio de aplicación: mientras continúe su periodo de posible transmisión (ver información en las enfermedades transmisibles presentadas en este manual); salvo en aquellas patologías explícitamente permitidas, tales como: resfrío común, faringitis, otitis media aguda, otitis media crónica, diarrea simple, u otras que el manual en la parte respectiva lo señale explícitamente.
- c) Propósito: disminuir, para otros niños del jardín, el riesgo de contagio de enfermedades, que pudieran ocasionarles motivo de inasistencia.

### **5.1.3 Enfermedades que requieren de cuidados personalizados**

- a) Disposición: los niños que debido a su enfermedad aguda requieran de cuidados especiales no contemplados en las actividades habituales del establecimiento, deberán dejar de asistir al jardín infantil.
- b) Criterio de aplicación: considera los casos que requieran de alimentación especial que no pueda ser administrada por el establecimiento; los casos que necesiten de vigilancia o cuidados permanentes de enfermería como ocurre con la fiebre o vómitos a repetición, o diarrea con deposiciones muy frecuentes, por ejemplo.
- c) Propósito: evitar que se descuide la vigilancia o atención programada del grupo, debido a que se destine personal a la atención exclusiva de un solo niño durante la mayor parte de la jornada.

### **5.1.4. Tratamiento medicamentoso en el jardín infantil**

- a) Disposición: se podrán administrar medicamentos a niños asistentes al jardín infantil.
- b) Criterio de aplicación: se aplicará a niños con enfermedades crónicas o de evolución prolongada, tales como epilepsia, diabetes mellitus, síndrome bronquial obstructivo u otras enfermedades de evolución más breve que cumplan con las políticas de admisión y atención, con la condición que:
  - Se detalle en un documento bajo firma responsable el diagnóstico, los medicamentos, las dosis, las horas de administración y otras indicaciones que sean pertinentes.
  - Se entregue el medicamento a utilizar, con el nombre del niño claramente señalado en el envase.
- c) Propósito: dar las facilidades requeridas por un niño bajo tratamiento médico, deslindando las responsabilidades del personal del jardín.

### **5.1.5 Otras enfermedades infecciosas o parasitarias**

- a) Disposición: los niños con enfermedades infecciosas o parasitarias no incluidas en este manual podrán ser admitidos, cuando el médico tratante informe que no constituyen riesgo para los otros niños.
- b) Criterio de aplicación: si han completado su tratamiento o él es posible en el establecimiento, de acuerdo a lo indicado en los puntos anteriores (5.1.1. y en el punto 5.1.4.).
- c) Propósito: compatibilizar la protección del grupo de niños asistentes al jardín infantil con las facilidades requeridas por un caso en particular bajo tratamiento médico, para evitar su marginación de las facilidades que otorga el establecimiento de la JUNJI.

### **5.1.6 Afecciones de indicación quirúrgica**

- a) Disposición: los niños con afecciones cuya recuperación necesite de intervención quirúrgica podrán ser admitidos por el jardín infantil.

- b) Criterio de aplicación: su admisión estará condicionada a que dentro de un plazo prudencial los padres o familiares a cargo del niño hayan obtenido la primera atención, a lo menos, en el consultorio de la especialidad quirúrgica. En aquellos casos cuya operación no puede ser diferida sin grave riesgo para el niño, sólo podrán ser admitidos en el jardín infantil si las condiciones generales del niño lo permiten y sus padres o apoderados asumen por escrito, en forma exclusiva la responsabilidad de la asistencia del niño en esas condiciones al jardín infantil (hernia inguinal que pudiera atascarse, por ejemplo).
- c) Propósito: evitar que un problema del niño que puede ser resuelto por medios quirúrgicos, sea postergado indebidamente por los padres.

### **5.1.7 PERIODOS DE TRANSMISIBILIDAD**

Entendemos por periodo de transmisibilidad el tiempo durante el cual el paciente que tiene una enfermedad infecciosa puede transmitir a sus contactos (visitas, compañeros de juego) los virus o bacterias causantes de su infección.

La siguiente tabla informa sobre los periodos de transmisibilidad de algunas enfermedades infecciosas y contagiosas, para servir de referencia general en la aplicación del punto 5.1.2. En caso que el criterio específico señalado en este mismo manual al tratar el tema de una enfermedad en particular tuviera diferencias con estos criterios generales, se deberá entender como más aplicable el criterio que se señale junto con la enfermedad en particular.

### 5.1.8 TABLA ANEXA: Periodos de transmisibilidad

ENFERMEDAD	REPOSO	P. TRANSMISIBILIDAD	OBSERVACIONES
<b>VIROSIS EPIDEMICAS Y “PESTES”</b>			
Varicela Zoster	Relativo	Hasta que TODAS las lesiones sean costras	
Hepatitis Viral (A)	Relativo	Hasta 7 días después inicio ictericia	En brote se usa Inmunoglobulina
Escarlatina	SI	Hasta 48 hrs. post tratamiento (Penicilina)	Tratamiento 10 días
Coque luce	SI	Hasta 5 días post tratamiento (eritromicina)	En brote uso eritromicina
Difteria	SI	Hasta 14 días post tratamiento	
Rubéola	Relativo	Hasta 7 días de exantema	
Sarampión	SI	Hasta 4 días de exantema	
Parotiditis	Relativo	Hasta 9 días post inicio síntomas	
<b>CUADROS INFECCIOSOS</b>			
Piό dermatitis y abscesos	SI	Hasta 2 días post inicio tratamiento	
Conjuntivitis purulenta	NO	Hasta 2 días post inicio tratamiento	
Rota virus	SI	7 días	Aislamiento deposiciones
Amebiasis	NO	Variable	Aislamiento deposiciones
Oxiuriasis	NO	Reingreso con primer tratamiento	
Micosis	NO	NO	
Herpes Simple	Relativo	Primoinfección: 5 días	
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y OTRAS</b>			
Bronquitis	Relativo	Relativo	
Neumonía viral	SI	Variable	
Otitis supurada	SI	NO	
<b>INFESTACIONES</b>			
Pediculosis	NO	Sin liendres	Tratamiento individual y grupal
Sarna	NO	Tratamiento completo	Tratamiento individual y grupal

Si bien las enfermedades contagiosas se detectan después de algunos días de iniciado su periodo de transmisibilidad, es importante tener presente por qué la exposición continuada al riesgo hace más posible que otros niños se contagien efectivamente con la enfermedad.

El conocimiento de estos periodos de transmisibilidad puede tener también aplicación cuando se quiera señalar al jardín como el lugar donde un paciente recibió la infección, en circunstancias que durante todo el lapso en que ello fue posible, no se observó ningún caso de esa infección en el establecimiento. Esto hace más probable que el lugar de transmisión haya estado fuera del jardín.

## SECCION 6 GLOSARIO

### 6.1. Términos técnicos de salud, breve descripción

**ADENITIS AXILAR:** Inflamación de ganglio linfático ubicado en la región axilar.

**ANAFILAXIA:** Reacción alérgica severa, grave, provocada por alguna sustancia externa al organismo. Esta reacción se manifiesta con enrojecimiento de la piel, edema facial, edema laríngeo, dificultad para respirar y shock.

**AMAUROSIS** (del griego “amaurosis” = oscurecimiento): Ceguera causada por una lesión en la retina, en el nervio óptico o en el encéfalo.

**CALOSTRO:** Primera leche de la puérpera que contiene gran cantidad de proteínas y anticuerpos (sustancia que protege al recién nacido de infecciones).

**CASO PRIMARIO:** Primer caso diagnosticado de un brote epidémico o de una epidemia.

**CONTACTO:** La Circular del Ministerio de Salud 128 de agosto de 1982, denomina así a toda persona menor de 20 años que duerme bajo el mismo techo del paciente (domicilios, internados, colonias de vacaciones, salas cunas).

**CRIPTORQUIDIA** (de “criptos” = oculto y “orquis” = testículo): Palabra usada para referirse genéricamente a los casos en que el testículo no está en la bolsa o escroto.

**ESCROTO:** piel que envuelve a los testículos.

**DESINFECCION:** Significa la destrucción de todas las formas de vida de los patógenos y tiene tres niveles: bajo, intermedio y alto. Se usan productos químicos para este fin.

**ESTERILIZACION:** Es un término absoluto que significa la destrucción de toda forma de vida. No existen “niveles de esterilización”.

**EXANTEMA:** Alteración pasajera de la piel, que acompaña a algunas enfermedades infecciosas, consistente en cambios de color o de la superficie de la piel (“manchas” en la rubéola o sarampión).

**GLANDE:** Extremo distal o cabeza del pene.

**ICTERICIA:** Coloración amarillenta de piel y mucosas, más fácil de ver en el blanco de los ojos bajo luz natural, debida a elevación de la bilirrubina de la sangre sobre los valores normales.

**INCUBACION:** Lapso que transcurre entre la exposición a un agente infeccioso y la aparición del primer signo o síntoma de la enfermedad de que se trate.

**INFECCION CRUZADA:** Es la producida por la intervención de un operador que hace las veces de un vector entre un enfermo y un individuo susceptible de adquirir una determinada infección. Una situación común en la sala cuna particularmente es

lo que sucede en casos en que las diarreas pueden ser transmitidas a otros menores por parte del personal que muda y alimenta a los lactantes.

**INFLAMACION:** Reacción desencadenada en un lugar del cuerpo por infección, agente físico, químico u otras causas, con acumulación, en el sitio, de glóbulos blancos y otros mecanismos de defensa del organismo. Se manifiesta como rubor, calor, dolor e hinchazón local (rubor – enrojecimiento), lo que se observa después de enterrarse una astilla o golpearse el dedo. Inflamación aguda se puede considerar al proceso que tiende a resolverse en 15 días o menos.

**INGUINAL:** Región inferior del abdomen ubicada inmediatamente por encima del pliegue con el muslo.

**INMUNODEFICIENCIA:** Que tiene un alteración del sistema inmune, encargado del sistema de defensa del organismo respecto de sustancias o agentes infecciosos.

**INMUNOGLOBULINAS:** Proteínas encargadas de brindar inmunidad.

**INSOMNIO:** Vigilia, desvelo, falta de sueño.

**LIMPIEZA:** Es la eliminación, por acciones mecánicas -con o sin uso de detergentes- de la materia orgánica y suciedad.

**MAL OCLUSION DENTARIA:** Referido a “oclusión” o cierre, acto de contactarse la arcada dentaria superior con la inferior; en general lo normal sería que ambos arcos dentales coincidieran en toda su extensión y el inferior no debe estar por delante del superior.

**NASOFARINGEA:** Referido a la nariz y garganta.

**OTORREA:** Secreción mucosa o purulenta que sale por el conducto auditivo externo (CAE), ya sea proveniente del oído medio o del propio CAE.

**PAROTIDA:** Glándula salival ubicada en la cara delante y debajo de la oreja, cuya inflamación se denomina parotiditis (“cara de chanco”, término popular).

**PERTUSSIS Bordetella Pertussis:** Bacteria causante de la tos convulsiva o coque luche.

**PLACA BACTERIANA:** Depósito blanco-amarillento, blando y pegajoso que se adhiere a los dientes. Está formada por el depósito de saliva, “Película adquirida” que se forma cada 24 horas, sobre la que se depositan las bacterias y los restos de alimentos. La acción de estas bacterias sobre el azúcar y harina refinadas produce ácidos que descalcifican el esmalte (caries) y dañan las encías (gingivitis).

**PREPUCIO:** Capuchón de piel que cubre el glande.

**QUIMIOPROFILAXIA:** Es la administración de una sustancia química, inclusive antibióticos, para prevenir el desarrollo de una infección o su evolución en la forma activa y manifiesta de la enfermedad.

**REFRACCION:** Cambio de dirección que experimenta la luz al pasar de un medio a otro.

**SHOCK:** Conjunto de fenómenos bruscos que constituyen un estado de profunda depresión del proceso vital del organismo. Suele tener por causa un grave traumatismo o enfermedad.

**TABLAS DE OPTOTIPOS o de SNELLEN:** Son impresos tipo afiches que tienen figuras, llamadas opto tipos, de dimensiones estandarizadas, (podiera ser la letra “E” en varias posiciones y tamaños), usadas para determinar la agudeza visual mediante la comparación con un ojo normal; las que pueden ser utilizadas por profesor, tecnólogo, enfermera, médico, etc. Dichas Tablas tienen para cada serie de opto tipos una calificación numérica, que expresa la agudeza visual de la persona examinada, cuando reconoce correctamente la mayoría de los opto tipos de esa serie.

**VACUNAS:**

- BCG, contra la tuberculosis.
- DPT, contra difteria, pertusis (coque luche o tos convulsiva) y tétanos.
- DT, contra difteria y tétanos.
- Polio, contra poliomielitis, (vac. Sabin).
- Sarampión – Rubéola, contra sarampión o alfombrilla y rubéola.
- Tres víricas, contra sarampión, rubéola y parotiditis.

## SECCION 7 BIBLIOGRAFIA

- 1) Promoción de la Salud para Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Ministerio de Salud.1999.
- 2) CRECIMIENTO y DESARROLLO en los primeros años de vida postnatal. Miguel Martell, Luis Bertolini, Fernando Nieto, Simón M. Tenzer, Arúl Ruggia y Ruben Belitzky. Organización Panamericana de la Salud, 1981. (Publicación Científica N° 406).
- 3) CRECIMIENTO Y DESARROLLO hechos y tendencias. Marcos Cusminsky, Elsa Moreno, Elbio N. Suárez Ojeda. Organización Panamericana de la Salud, 1988. (Publicación Científica N° 510).
- 4) NORMAS DE ATENCION PRIMARIA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Dra. Haydee Sepúlveda Bustos, Dra. Miriam Gelman Betsabel, Dr. Alberto Vignau Irigoín; A. & C. Impresores Ltda., 1994.
- 5) Programa de Salud del Niño, Ministerio de Salud. Chile, 1997.
- 6) DPI-T N° 3 (Directiva Permanente Interna del Ministerio de Salud) “Inmunizaciones” enero 1991.
- 7) AVANCES RECIENTES en INMUNIZACION – Una revisión bibliográfica – Publicación científica de la OPS. 1983.
- 8) Decreto Supremo N° 659 de 22 marzo de 1993 del Ministerio de Salud, sobre vacunación obligatoria (T.R. 6 abril 1993).
- 9) Manual Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Ministerio de Salud, Chile.
- 10) MANUAL DE SALUD ESCOLAR. María Paz Guzmán, Rosario Moore, Luz María Pérez, Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 1990.
- 11) Campaña Nacional de Salud Bucal, Ministerio de Salud, 1992, 1993, cartillas: “Cuida su sonrisa desde que comienza la vida”, “Cuide su sonrisa en la edad escolar”, “Mantener tu boca sana depende de ti”.
- 12) PREGUNTAS Y RESPUESTAS. Dra. Cecilia Schellhorn C.D., Manual Educativo para fomento de la Prevención en Salud Bucal, Edit. ATOS, Santiago de Chile, 1990.
- 13) Salud los Párvulos y Estilos de Vida. Boletín sobre salud infantil de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, N° 1 “Fluorosis y uso de pasta dental infantil”, julio 1993.
- 14) Alimentación Saludable. Programa de Salud Cardiovascular. Ministerio de Salud 1996.

- 15) Guías Alimentarias para Chile. Ministerio de Salud 1997.
- 16) Normas de Alimentación del Niño menor de 2 años. Ministerio de Salud 1997.
- 17) Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud. Ministerio de Salud. Unicef, 1997.
- 18) Prevención Clínica. Guía para Médicos. Organización Panamericana de la Salud. 1998
- 19) Norma Muda del Lactante. Dentó. de Enfermería. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.
- 20) Manual de Desinfección y esterilización, Ministerio de Salud, Chile, 1985
- 21) Sistema de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias y Manual de Definiciones, Ministerio de Salud , Chile 1986
- 22) Guide to Clinical Preventive Services; an Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions. Report of the US. Preventive Services Task Force; Williams & Wilkins 1989.
- 23) ¿En qué consiste el maltrato infantil? Cartilla Ministerio de Justicia, SENAME, Corporación PRODENI, Cooperación Española.
- 24) ¿Cómo detectar una situación de maltrato infantil? Cartilla Ministerio de Justicia, SENAME, Corporación PRODENI, Cooperación Española.
- 25) PREVENCIÓN EN OFTALMOLOGÍA, PAPEL DE OTRAS ESPECIALIDADES. Drs. Francisco Villarroel C. René Pedro Muga, Servicio de Oftalmología del Hospital del Salvador, documento inédito.
- 26) MANUAL DE ATENCIÓN OCULAR PRIMARIA. Serie PALTEX N° 4 Organización Panamericana de la Salud, 1984.
- 27) NORMAS de ATENCIÓN PRIMARIA del NIÑO y ADOLESCENTE, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Drs. Haydee Sepúlveda B. Y Alberto Vignau I. Ediciones Caupolicán, 1989.
- 28) EL CONTROL de las ENFERMEDADES TRANSMISIBLES en el HOMBRE, Informe Oficial de la Asociación Americana de Salud Pública, Publicación Científica N°442 de la OPS, 1983.
- 29) Enfermedades Respiratorias Agudas, cómo prevenirlas, cómo reconocerlas, cómo controlarlas. Cartilla publicada por Unicef, Santiago – Chile.
- 30) Módulo Educativo para madres de tercer trimestre de embarazo y madres de recién nacidos. Programa Nacional de IRA. Ministerio de Salud.

- 31) Manejo del Paciente con Diarrea, Programa Salud Materno Infantil, Control de las Enfermedades Diarreicas, OPS /OMS., tercera edición julio 1991. (curso sobre habilidades de supervisión).
- 32) Diarrea Infantil, cómo prevenirla, cómo tratarla. Cartilla publicada por Unicef, Santiago de Chile.
- 33) MANUAL DE SANEAMIENTO –Agua. Publicación del Centro Regional de Ayuda Técnica. Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), México 1965.
- 34) Norma de Cólera. Ministerio de Salud, Chile, 1991.
- 35) Infecciones a la Piel, cómo reconocerlas, cómo tratarlas, cómo prevenirlas. Cartilla publicada por Unicef, Santiago de Chile.
- 36) Circular N°3F/163 del 24 de julio de 1985 del Ministerio de Salud.
- 37) [www. minsal.cl /epidemiología/conozca meningitis.html](http://www.minsal.cl/epidemiología/conozca_meningitis.html).
- 38) Circular N° 875 (17/05/94). Ministerio de Educación. Chile.
- 39) El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. OPS. 1992.
- 40) CONASIDA.Sept1998. (<http://www.minsal.cl/biblioteca/conasida/sept98.html>)
- 41) URBANO-MT; Von-Windeguth-BJ. “Preparing preschool programs to care for children with HIV Infection” J –Pediatr-Health-Care.1992 Mar-Apr; 6 (2) 60-4.
- 42) Global Health Situation and Projections, WHO 1992.
- 43) Wolff, Marcelo; Algunas Consideraciones Éticas. Revista Médica 1997.
- 44) Echeverría Lecuona J. HIV infection in day-care and school centers. An Esp Pediatr.1996. Mayo; 44(5) 442-4.
- 45) Hanta, la Respuesta Chilena. Ministerio de Salud, Chile.
- 46) Control y Prevención de Infección por Virus Hanta. Ministerio de Salud. Chile.
- 47) Boletín de Vigilancia Epidemiológica “El Vigía”, Vol 1, N° 5 Nov- Dic.98. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile.
- 48) Circular 4F/09, 12.02.98, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.
- 49) Pautas de tratamiento en Pediatría; hospital Luis Calvo Mackenna, 2000.
- 50) PEDINFO Developmental Dislocation of the Hip. 2000.
- 51) PRIMEROS AUXILIOS EN EMERGENCIAS INFANTILES, Asociación Chilena de Seguridad, ACHS, 1993.

- 52)** MANUAL DE ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA INFANTIL. Ministerio de Salud Chile, 1978. Impresora ANDREA.
- 53)** Apuntes del Curso de Capacitación “Patología Quirúrgica Infantil en la Atención Primaria”, organizado y realizado por el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital E. González Cortés, Agosto de 1993.
- 54)** <http://www.cd.gov/Choose Your Cover/uvrays.htm>.
- 55)** Dr. Alex Arroyo Meneses; El Ozono.
- 56)** Folleto del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría, Alianza de SMIS, y la Asociación de Programas del SMIS y de la Muerte Infantil.
- 57)** Accidentes en el Hogar. Cartilla ilustrada publicada por Unicef, Santiago de Chile.
- 58)** PREVENCIÓN DE RIESGOS ESCOLARES EN LA ENSEÑANZA PARVULARIA. Asociación Chilena de Seguridad y Ministerio de Educación; Foto-Offset Hombauer, 1986.
- 59)** Manual de Accidentes en Párvulos y su Prevención en la Junta Nacional de Jardines Infantiles, 1992.
- 60)** Sumersión. Jorge Toro, Leonor Astroza, Verónica Child; División Programas de Salud. Ministerio de Salud, 1994.
- 61)** Dr. Jaime Cordero. Jefe Unidad Cuidados Intensivos Hospital Calvo Mackenna y Clínica Las Condes. Reportaje revista Ya El Mercurio. 2000.
- 62)** Normas de Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) para ser usadas en Atención Primaria – Árboles de Decisión Sindromáticos-. Comité Técnico de Enfermedades Respiratorias Infantiles, Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Chile, 1992.
- 63)** Bases Técnicas para las Recomendaciones de la OMS sobre el Tratamiento de la Neumonía en Niños en el Primer Nivel de Atención. OPS. /HOMS., HPM/ARI/01-92, enero de 1992.