DOCUMENTO BASE SEMIOLOGIA PEDIATRICA AMBULATORIA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [http://escuela.med.puc.cl/publ/images/CursosOff.gif](http://escuela.med.puc.cl/cursos/listaCursos.html) | [http://escuela.med.puc.cl/publ/images/DeptosOn.gif](http://escuela.med.puc.cl/deptos/listaDeptos.html) | [http://escuela.med.puc.cl/publ/images/PublicacionesOff.gif](http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/Supervic.html) | [http://escuela.med.puc.cl/publ/images/AlumnosOff.gif](http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/Supervic.html) | [http://escuela.med.puc.cl/publ/images/ReferenciaOff.gif](http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/Supervic.html) | [http://escuela.med.puc.cl/publ/images/PostgradoOff.gif](http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/Supervic.html) | [http://escuela.med.puc.cl/publ/images/ActividadesOff.gif](http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/Supervic.html) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/imagenes/SupervisionSalud.gif |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La supervisión de salud constituye el eje principal y una herramienta fundamental en el seguimiento del crecimiento y desarrollo de un niño en edad pediátrica. Esta instancia ha ido cambiando su enfoque a lo largo de los años, viéndose hoy al niño como parte integral de una familia y un medio ambiente que lo rodean, y que ejercerán necesariamente una poderosa interacción con él y modelarán la expresión de su potencial genético. La supervisión de salud completa y amplia, centrada en la familia y basada en la comunidad requiere que el niño o adolescente sea visto en el contexto de su familia y comunidad y que el cuidado de su salud se realice integrando aspectos de salud, educacionales y sociales.  Las visitas de supervisión de Salud permiten al médico vigilar la salud física, el desarrollo y la relación padres-hijo. Ofrece una excelente oportunidad para facilitar la competencia, confianza y participación activa de niños, adolescentes y sus familias. En forma ideal, permiten optimizar el funcionamiento, mejorar el bienestar, aclarar equivocaciones y promover la realización de los potenciales de la familia. Además, se ha observado que muchos factores de riesgo involucrados en el desarrollo de futuras enfermedades crónicas del adulto están presentes desde edades tempranas y pueden ser modificados con mayor facilidad en los niños que en los adultos.  Al realizarse la supervisión de salud en un espacio de tiempo limitado, el pediatra enfrenta el desafío de formular un diagnóstico biopsicosocial del niño y su familia lo más certero posible y exponerlo de modo tal a sus padres o cuidadores que satisfaga las expectativas que ellos traen al consultar. Es fundamental, por lo tanto, adiestrarse en la obtención de una adecuada anamnesis, con preguntas abiertas, pero a su vez con un propósito y dirección claros, que nos permitan construir una impresión clínica lo más cercana a la realidad. Crear una relación médico-paciente óptima es fundamental para lograr motivar a los padres a participar en forma activa en el adecuado cuidado su hijo. Esta motivación cobra importancia al ser ellos los que supervisarán en forma directa la evolución del crecimiento y desarrollo del niño, en los períodos sanos y de morbilidad intercurrente, siendo muchas veces los primeros en detectar un problema de salud. Para lograr esta participación activa de la familia en el cuidado de salud es necesario: reforzarla en sus fortalezas, apoyarla en sus debilidades, colaborando a la superación de éstas, y ayudarla a orientar sus percepciones del niño en una dirección positiva, disminuyendo ansiedades y sentimientos de culpa irracionales. En este aspecto cobra especial importancia la educación que pueda realizar el médico con respecto a tópicos de salud y enfermedad, entregándoles a los padres herramientas básicas que les permitan evaluar al niño y adoptar conductas acordes a cada situación. Mediante esta educación, se pretenderá lograr que los padres adquieran confianza en el cuidado de su hijo, evitando consultas innecesarias a los sistemas de salud.  **Objetivos de la supervisión de salud**  En relación con la consulta de supervisión de salud existen tres objetivos básicos:  1. Prevención de enfermedad   |  | | --- | | * Inmunizaciones * Educación en salud |   2. Detección y tratamiento oportuno de enfermedad   |  | | --- | | * Anamnesis * Examen físico * Screening (tamizaje) |   3. Guía en aspectos psicosociales de la crianza del niño  **Prevención de enfermedad**  Este primer objetivo se cumple principalmente mediante la inmunización contra determinadas enfermedades transmisibles y a través de educación en salud, inicialmente a los padres y luego al niño cuando alcanza la capacidad de comprenderla. Esta educación se refiere a aspectos de alimentación, aseo dental, estilos de vida saludables y prevención de accidentes.  **Detección y tratamiento oportuno de enfermedades**  Este objetivo se basa en la presunción de que una intervención precoz en enfermedades identificadas resulta en mayores índices de curación y disminución de discapacidad. Esto se logra principalmente a través de la integración de la historia clínica y del examen físico, que nos indicarán el grado de crecimiento y desarrollo del niño comparado con normas sugeridas, pudiendo así identificarse al niño sano y a aquél con alguna patología subyacente. Estas actividades se transforman en herramientas de tamizaje tan valiosas como los exámenes de laboratorio para algunas patologías específicas en niños asintomáticos y aparentemente normales.  **Guía en aspectos psicosociales de la crianza del niño**  Esta guía la realiza el pediatra a través de consejos, guías anticipatorias y validación de los padres en sus dudas y en su labor educativa del niño. La visita de supervisión de salud ofrece la oportunidad de identificar problemas reales y potenciales en el ajuste psicosocial de la familia, pudiendo prevenir trastornos potenciales, tratar disfunciones en forma precoz y realizar una derivación oportuna de las familias con problemas de interacción graves que sobrepasen el alcance terapéutico de la atención primaria.  **Periodicidad de la supervisión de salud**  Las recomendaciones generales con respecto a la cantidad de supervisiones de salud consideran principalmente a niños sin problemas importantes de salud, que crecen y se desarrollan de modo satisfactorio, con padres competentes. Por lo tanto, y considerando que cada niño y familia son únicos, pueden ser necesarias visitas adicionales en los distintos períodos. En el Servicio de Pediatría Ambulatoria de la Pontificia Universidad Católica de Chile las recomendaciones son:   * RN a 6 meses: Control a los 15 días, al mes de vida y luego en forma mensual * 6 a 12 meses: Control cada dos meses * 12 a 24 meses: Control cada tres meses * 2 a 6 años: Control cada 6 meses * 6 a 15 años: Control anual   **Esquema general de una supervision de salud**  La supervisión de salud posee un esquema general, con variaciones en el énfasis en la anamnesis, examen físico e indicaciones según las distintas edades del niño. En términos generales, existen dos tipos de consultas: la de la familia que consulta por primera vez y la de aquélla que está asistiendo en forma regular. En el primer caso, será de gran importancia poder configurar la historia del niño, con antecedentes remotos y actuales, personales y familiares y de su medio ambiente para poder establecer un correcto diagnóstico de salud.  **1. Anamnesis**  **Datos generales del niño**   * Nombre, Sexo * Tipo de previsión * Domicilio de la familia, teléfono * Relación del informante con el niño   **Antecedentes prenatales y perinatales**   * Control del embarazo * Fecha de nacimiento, edad gestacional * Hábitos maternos durante la gestación * Peso, talla, circunferencia craneana * Ingesta de medicamentos * Apgar * Evolución del embarazo * Egreso: diagnóstico, fecha, peso, BCG. * Lugar y tipo de parto * Lactancia materna y eventuales problemas   **Antecedentes familiares**   * Nombre y edad de los padres * Actividad actual y su horario * Peso y talla de cada uno * Tipo de vínculo (casados, separados, convivientes, sin lazo afectivo) * Nivel educacional * Antecedentes mórbidos familiares   **Alimentación**   * Alimentación recibida durante los primeros meses de vida, con especial énfasis en la duración de la lactancia materna y causas de eventuales fracasos. * Suplemento vitamínico y de fierro * Alimentación actual: detallar horarios y porciones de alimentos   **Desarrollo psicomotor**  Se debe intentar establecer la edad de aparición de los principales logros a nivel de: área motora gruesa, motora fina, lenguaje y sociabilidad. Es importante tener presente que, a mayor edad del niño, menos detalles recuerdan los padres, reteniendo probablemente sólo los más trascendentes para ellos, como la edad de inicio de la marcha y control de esfínteres.  **Inmunizaciones**  Hay que asegurarse que el calendario de vacunas está completo y, de lo contrario, indicar aquéllas atrasadas.  **Antecedentes mórbidos del niño**  Registrar las principales patologías previas del niño, especialmente las que hayan determinado hospitalización, secuelas, estudios prolongados o disfunciones familiares. Una vez recolectados y consignados en la ficha todos estos antecedentes, se puede, en los controles sucesivos, consignar sólo antecedentes nuevos referentes a modificaciones en la estructura familiar, hábitos del niño (sueño, hábito intestinal), interacciones padres-hijo, morbilidad intercurrente desde el último control a la fecha, alimentación actual y logros o retrasos del desarrollo psicomotor desde el control anterior.  **2. Examen Físico**  El examen comienza desde el ingreso a la consulta, debiendo observarse la postura corporal, la interacción de los padres entre sí y con su hijo, la manera de cargar, consolar y controlar al niño. Se debe contar con una temperatura ambiental adecuada que permita desvestir al niño. El abordaje del examen físico propiamente tal debe ser gentil, explicándole al niño con palabras claras y acordes a su edad lo que se le va a hacer. Se le pide a la madre o padre que lo desvistan y luego permanezcan junto a él. No es necesario sacar toda la ropa de una vez. Recordar el lavado de manos, antes y después de realizar el examen. Se debe procurar tener un contacto visual con el niño, una aproximación tranquila y relajada y manos tibias. Dentro del examen físico general se consignan los signos vitales, especialmente en una consulta con morbilidad concomitante, estado de alerta y actividad, color de la piel y mucosas, perfusión e hidratación. Para realizar un examen segmentario completo se deberá, dependiendo de la edad del niño y disposición hacia el examinador, recurrir a algunas estrategias como distraerlo con juguetes o dibujos en los muros, con sonidos, y en algunos casos solicitándole a la madre que lo sostenga en sus brazos o regazo. Igualmente, se deberá desarrollar destrezas para poder examinar a un niño llorando, aprovechando los momentos de la inspiración respiratoria para auscultar, palpar, etc. A pesar de presentar el examen físico de un niño en ocasiones algunas dificultades, principalmente por llanto agravado en algunas oportunidades por pataletas, no deberían existir obstáculos infranqueables para poder realizarlo siempre y en forma completa debiendo ajustarse el orden del examen físico al niño y a las circunstancias.  Se recomienda comenzar el examen físico por los segmentos más accesibles, que provoquen menos incomodidad al niño y en el caso de presencia de dolor, por las zonas menos sensibles. En aquellos niños que por su edad aún no cooperan lo suficiente con el examen faríngeo, se recomienda realizar esto al final, por representar el bajalenguas un elemento hostil a cualquier edad.  Por último se realizan las mediciones antropométricas:  **Peso** Se debe pesar al niño, en lo posible, desnudo, condición obligatoria en los lactantes menores.  **Talla** Se determina considerando la edad del niño:   * < 2 años: acostado en el podómetro * > 2 años: de pie.   Los talones deben estar apoyados contra el tope inferior del estadiómetro y la vista fija hacia adelante, de modo que una línea imaginaria que pase por el ángulo entre los párpados y el meato auditivo incida en la pared en un ángulo de 90 grados.  **Circunferencia craneana**  Se utiliza una cinta de medir, para mayor exactitud de metal, tomando como puntos de referencia el occipucio y el reborde supraciliar.  Posteriormente, se registran todos los datos en la ficha ubicando las mediciones antropométricas en las curvas NCHS de cada niño. Se detallan los percentiles o desviaciones estándar de la ubicación de los puntos, calculando el índice peso talla (IPT) para determinar el estado nutritivo del niño. Cabe destacar la importancia de catalogar el estado de normalidad o anormalidad a la luz de la curva de crecimiento que se va creando al unir los puntos obtenidos en los sucesivos controles para detectar en forma oportuna un deterioro, detención o aceleración del incremento pondo-estatural y realizar las intervenciones necesarias.  **Diagnósticos**  Una vez obtenidos los antecedentes anamnésticos y el examen físico, ya se pueden configurar éstos en un diagnóstico de salud.   * Diagnóstico nutricional: Durante el primer mes de vida se registra el cálculo del incremento ponderal promedio por día. En edades posteriores se considera el índice peso-talla para clasificar el niño en las categorías de: eutrofia, sobrepeso, obesidad o desnutrición. Además, es importante considerar si está o no con lactancia materna exclusiva. * Diagnóstico de desarrollo psicomotor: normal o alterado según la edad, indicando el tipo de alteración y el área afectada. * Diagnóstico de morbilidad: cuando corresponda; de lo contrario consignar "sano". * Diagnóstico contextual familiar: disfunciones, eventos vitales importantes, etc.   **Indicaciones**  Las indicaciones deben explicarse en forma clara y sencilla, y ser entregadas a los padres en forma escrita, con letra legible y redactadas de acuerdo al nivel de comprensión de ellos.  1. **Alimentación y suplementación vitamínica y de fierro**: Se realiza la recomendación según la edad. Siempre tener presente el beneficio de la lactancia materna. En el caso de lactancia artificial se debe especificar el porcentaje de concentración deseado, los distintos componentes y las medidas correspondientes. Explicar la necesidad de administrar vitamina D (en dosis diarias, en forma de gotas), durante los seis primeros meses, y fierro a partir del 6º mes, indicando la cantidad de gotas a administrar, la forma y su frecuencia.  2. **Interacción padres-hijo:** Se recomiendan formas en que los padres pueden interactuar con su hijo, dependiendo de la edad y se indica la manera de estimular el desarrollo psicomotor.  3. **Guía anticipatoria**: Se aconseja a los padres sobre cómo actuar ante situaciones posibles a presentarse en el período que resta hasta el próximo control.  Prevención de accidentes: Indicar las principales medidas de seguridad en el hogar y en el medio que rodea al niño según la edad.  Búsqueda de ayuda médica: Se indica de manera muy general cuáles debieran ser considerados síntomas o signos de alarma que ameriten la consulta espontánea por parte de los padres. Es tarea importante del médico orientar a los padres hacia una valoración adecuada de distintos síntomas, para evitar así en ellos una excesiva angustia y consultas innecesarias a los servicios de urgencia.  Cuidados del niño: Se indican los principales cuidados del niño, dependiendo de la edad, ayudando a los padres a adquirir confianza y destrezas en el manejo diario con su hijo.  4. **Recomendaciones para los padres**: Se entregan consejos acerca del cuidado de la salud de los propios padres en forma individual y como pareja.  5. **Inmunizaciones**: Considerar el plan nacional de inmunizaciones, indicando en casos individuales otras vacunas complementarias.  6. **Medicamentos**: En el caso de necesitar alguna medicación especial, se detalla en forma clara el nombre, dosis, frecuencia y forma de administración.  7. **Exámenes de screening**: Serán necesarios en algunas edades determinadas.  8. **Próximo control**: Se planifica con los padres la próxima visita, dependiendo de la edad del niño y de su estado de salud.  **Actividades específicas de la Supervisión de Salud en determinadas edades**  Existen determinadas edades dentro del seguimiento de un niño en las que existen recomendaciones especiales referentes a exámenes de tamizaje, ya sea clínicos o de laboratorio, y al calendario de inmunizaciones.  RN: Vacuna BCG. Exámenes de TSH neonatal, PKU y VDRL, cuyo resultado se solicita en el control de los 15 días. Se realiza examen de rojo pupilar desde el primer control (15 días) y durante todo el primer año de vida.  2 meses: Vacuna DPT-Polio-Hib  3 meses: Radiografía de pelvis para descartar displasia de cadera en lactantes asintomáticos hasta la fecha.  6 meses: Vacuna DPT-Polio-Hib. Test de Hirschberg (evalúa alineamiento ocular).  12 meses: Vacuna trivírica. Hemograma para detectar anemia en población de riesgo: lactantes con antecedente de haber sido recién nacidos de pretérmino, recién nacidos pequeños para la edad gestacional, niños con enfermedades crónicas o que no han recibido fierro en dosis profiláctica entre los 6 y 12 meses. Control de presión arterial.  18 meses: Vacuna DPT-Polio  4 años: Vacuna DPT-Polio. Control de presión arterial.  5 años: Control de presión arterial. Screening de audición con audioscopia.  5 años 6 meses: Evaluación de agudeza visual con Test de Snellen.  6 años: Control de presión arterial. Vacuna BCG y trivírica en 1er año básico.  8 años: Control de presión arterial. Evaluación de agudeza visual con Test de Snellen. Consignarse si ha recibido vacuna Mixta en 2º año básico.  **Bibliografía**   * Green M. Bright Futures. National Center for Education in Maternal and Child Health 1994. * Berríos X., Jadue L. Prevención primaria de enfermedades crónicas del adulto: intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. Rev. Chil. Pediatr. 1993; 64(6): 397-402. * Cusminsky M. Conceptos básicos de la supervisión del niño sano. En: Meneghello J. Pediatría. 5a Edición, Editorial Médica Panamericana 1997, p.128-134. * Green M. No child is an island. Pediatr Clin North Am 1995 Feb; 42(1): 79-87. * Hoekelman RA. Child Health Supervisión. En: Hoekelman R. Primary Pediatric Care Third Ed. Mosby-Year Book 1997, p.26-30. * Téllez A. Modelos de atención en Pediatría. En: Meneghello J. Pediatría. 5a Edición, Editorial Médica Panamericana 1997, p. 125-127. * Sturner RA. The child health supervision visit as an opportunity to address parenting issues during infancy. Pediatr Ann 1998 Jan; 27(1): 44-50. * Barness LA. Semiología en clínica pediátrica: historia clínica y examen físico. En: Meneghello J. Pediatría. 5a Edición, Editorial Médica Panamericana 1997, p.134-146. |