

ACTUALIZACIÓN

Manual de Implementación

Módulo 1: Control Integral de Salud

PROGRAMA NACIONAL
DE SALUD ESCOLAR (PROSANE)

Marzo 2018

AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio MACRI

Ministro de Salud

Prof. Dr. Adolfo RUBINSTEIN

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario KALER

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel ESPINOSA

Directora Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

Dra. Diana FARIÑA

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Escolar

Dra. Gabriela CODARINI

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	3
INTRODUCCIÓN	4
EL CONTROL INTEGRAL DE SALUD EN LA ESCUELA	7
ASPECTOS NORMATIVOS	9
EL DERECHO A LA SALUD	9
EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	9
EL ROL DE LOS PROGENITORES Y OTRAS PERSONAS RESPONSABLES DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE	10
LA INSTANCIA PREVIA A LA LLEGADA DE LOS EQUIPOS DE SALUD A LA ESCUELA	11
LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL MARCO DE PROTECCION DE DERECHOS	12
ANTECEDENTES DE SALUD	13
ANTECEDENTES PERSONALES	13
ANTECEDENTES FAMILIARES	14
EXAMEN FÍSICO	16
EXAMEN DE PIEL Y FANERAS	17
EXAMEN DE PARTES BLANDAS	19
EXAMEN CARDIOVASCULAR	19
EXAMEN RESPIRATORIO	20
EXAMEN ABDOMINAL	21
EXAMEN UROGENITAL	21
EXAMEN OSTEOARTICULAR	22
EXAMEN NEUROLÓGICO	23
EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	24
EVALUACIÓN DE LA PRESION ARTERIAL	27
EVALUACIÓN VISUAL	31
EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA	33
Evaluación auditiva	33
Evaluación del lenguaje, habla y comunicación	35
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA	37

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	40
ANEXOS -----	44
ANEXO 1. Planilla de CIS-----	44
ANEXO 2. Participantes del grupo de trabajo de salud escolar -----	46
ANEXO 3. Dispositivo de valoración del lenguaje, habla y comunicación -----	47

PRESENTACIÓN

El Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) se desarrolla como una “Política Integrada de cuidado para niños, niñas y adolescentes” entre los Ministerios de Salud y de Educación y Deportes de la Nación; y se enmarca en la Ley N° 26.061¹ de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Su objetivo principal es delinear, desarrollar y fortalecer políticas integradas de cuidado permitiendo dar respuesta activa a las necesidades de atención de la población en edad escolar, dando impulso a acciones de promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades.

El programa se implementa en las jurisdicciones del territorio nacional en los niveles inicial, primario y secundario de las escuelas públicas y privadas, priorizando la población de las escuelas rurales, las de modalidad intercultural bilingüe, escuelas especiales y aquellas con indicadores socio-sanitarios de riesgo.

PROSANE es una estrategia de Atención Primaria de la Salud donde los equipos del primer nivel de atención definen la conformación de las redes socio-sanitarias para la resolución y seguimiento de los problemas de salud detectados, al mismo tiempo que fortalecen el vínculo con las escuelas. Mediante la planificación anual, cada jurisdicción organiza la mejor estrategia para garantizar la cobertura de la población escolar y la realización del Control Integral de Salud (C.I.S.) tanto en las escuelas como en los centros de salud.

Son objetivos de PROSANE:

- Identificar el estado de salud de los niños, niñas y adolescentes mediante un control integral de salud, contemplando el seguimiento y la resolución de las problemáticas detectadas.
- Propiciar la accesibilidad de la población objetivo al Primer Nivel de Atención y la articulación con el Segundo y Tercer Nivel.
- Coordinar acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación y Deportes para fortalecer la salud integral de los niños, niñas y adolescentes a nivel nacional, provincial y local.
- Propiciar la conformación y fortalecimiento de mesas de trabajo intersectorial a nivel local, destinadas a impulsar las políticas de cuidado de la salud.
- Impulsar y desarrollar acciones de promoción y protección de la salud con la comunidad educativa para favorecer el aprendizaje y desarrollo humano integral, el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niños, niñas y adolescentes y demás miembros de la comunidad.

INTRODUCCIÓN

La mayor parte de la población en edad escolar, por diversas razones, no accede a un control integral de salud anual. Durante esta etapa disminuye la frecuencia de patologías agudas más características de la edad preescolar y por lo tanto, la consecuente demanda al sistema de salud. Por tal motivo, es habitual que esta población sea percibida tanto por las familias como por la comunidad en general, como saludable, poco vulnerable o susceptible de padecer patologías. Como consecuencia se dejan de realizar las evaluaciones periódicas habituales de la primera infancia a pesar de que existe una consensuada recomendación al respecto.

Otro aspecto a destacar es que los problemas de salud más prevalentes en este grupo no constituyen motivos frecuentes de demanda espontánea, pero sí pueden identificarse a través de un **Control Integral de Salud (CIS)**. Según los datos obtenidos a partir de la implementación del programa en las escuelas, es habitual encontrar esquemas de inmunización incompletos, problemas visuales, fonoaudiológicos, odontológicos, signos en el examen físico y síntomas de enfermedades crónicas que no han sido detectados, que se encuentran sin adecuado seguimiento o que requieran rehabilitación y/o tratamiento. También se detectan factores de riesgo que surgen a partir de los antecedentes personales o familiares y que pueden ser significativos para la salud futura del niño, niña y adolescente. Los problemas de salud dificultan el aprendizaje y el desarrollo de la vida cotidiana con un importante impacto a corto, mediano y largo plazo.

Por todo lo expuesto anteriormente, PROSANE busca articular y sumar los esfuerzos de los diferentes actores con el objetivo de promover la salud, prevenir y detectar en forma temprana todo aquello que se interponga en el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Una de las acciones principales de esta estrategia es propiciar el acceso de toda la población en edad escolar al control integral de salud, tanto en los centros de atención primaria como en las escuelas y promover la continuidad de los controles periódicos.

Dada la importancia del Control Integral de Salud (CIS) en esta población, se ha trabajado profundamente en sus contenidos de manera tal que se consolide como una estrategia de atención completa y de calidad. Este control representa una importante oportunidad y al mismo tiempo constituye una valiosa fuente de información que permite aproximarnos a un diagnóstico de situación acerca de la salud de la población en edad escolar.

Con el objetivo de revisar y actualizar contenidos, se conformó un grupo de trabajo en salud escolar que estuvo integrado por reconocidos profesionales pertenecientes a Sociedades Científicas, Universidades, Hospitales, Programas del Ministerio de Salud de la Nación, áreas del Ministerio de Educación y Deportes de la Nación y referentes de PROSANE a nivel provincial. Los profesionales participantes se detallan en el Anexo 2.

Este grupo, trabajó en la actualización de diferentes temáticas:

- Derechos de niños, niñas y adolescentes
- Examen Físico
- Epidemiología
- Salud visual
- Salud bucal
- Salud fonoaudiológica
- Inmunizaciones
- Nutrición y hábitos de vida saludables.

Como producto de la labor realizada se actualizaron los contenidos del CIS de acuerdo a los objetivos sanitarios del programa y acorde a la situación de salud de nuestro país. Asimismo, se focalizó en las dificultades que surgieron a lo largo de estos años durante el desarrollo del programa en las jurisdicciones. También se definieron lineamientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud para trabajar en forma conjunta con educación.

Por último, se elaboraron distintos materiales técnicos para ser utilizados en el desarrollo del programa en las jurisdicciones. Estos materiales incluyen:

- ✓ Actualización de los contenidos del control integral de salud.
- ✓ Nueva Planilla de CIS.
- ✓ Instructivo para completar la planilla de CIS con ejemplos prácticos.
- ✓ Material audiovisual destinado a los equipos de salud que abordan de forma sencilla y reproducible distintas temáticas (examen físico en la escuela, evaluación de la presión arterial en escolares, evaluación visual, evaluación auditiva, evaluación del lenguaje, habla y comunicación y evaluación odontológica).

Esta publicación está destinada a todos los equipos del primer nivel de atención que desarrollan las acciones del PROSANE en todo el país. Los equipos están conformados por médicos, odontólogos, agentes sanitarios, enfermeros, fonoaudiólogos, psicólogos, trabajadores sociales y otros; y son quienes tienen a cargo las acciones de control y seguimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

A continuación, se desarrollará el primero de una serie de módulos de actualización del manual de implementación. Este módulo trata sobre **los contenidos del control integral de salud** que proponemos realizar en el contexto del programa junto a la nueva planilla de CIS (Anexo 1).

El propósito de la actualización de los contenidos del CIS, es dar a conocer las modificaciones en algunas de las técnicas de evaluación que se utilizaron hasta el momento, el establecimiento de nuevos puntos de corte que definen la necesidad de seguimiento y la puesta en común del desarrollo del examen físico y odontológico. Para algunos aspectos del CIS simplemente se buscó repasar la metodología correcta de realizarlos.

Otro punto importante que se actualizó se relaciona con el marco jurídico vigente, en tanto implica algunos cambios en el abordaje de las interacciones con niños, niñas y adolescentes.

- ✓ En la primera parte abordaremos los aspectos propios de la realización del CIS en la escuela, escenario privilegiado para favorecer la accesibilidad.
- ✓ Luego trabajaremos los cambios e implicancias de los aspectos normativos en el marco del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación.
- ✓ A continuación se tratarán los temas relacionados con el examen físico y los antecedentes personales y familiares.
- ✓ Finalmente, se desarrollarán las actualizaciones referentes a la evaluación visual, fonoaudiológica y odontológica.

Confiamos en que esta actualización se convierta en una herramienta de consulta continua para la tarea que desarrollan los equipos. Esperamos que la lectura de este material propicie la construcción de un escenario de buenas prácticas y asegure la validez y la confiabilidad de los datos obtenidos.

EL CONTROL INTEGRAL DE SALUD EN LA ESCUELA

La Escuela es una institución clave en la vida de los niños, niñas y adolescentes que concurren a ella diariamente y desarrollan, a lo largo del año, un vínculo muy significativo con todos los adultos de la institución, y este vínculo se constituye en un canal de comunicación comunitario que permite un acercamiento único e irrepetible a cada una de las familias². La elección de la escuela como ámbito de realización del control de salud intenta no sólo universalizar el acceso al mismo, sino también conservar para la institución un lugar de articulación con el conjunto de referentes sociales y asistenciales.

Es fundamental establecer una instancia previa de intercambio entre el equipo de salud y la escuela para organizar las actividades en forma conjunta y lograr que la mayor cantidad de niños acceda al CIS. Además, se recomienda realizar reuniones con las familias donde se brinde toda la información y se establezca un espacio de intercambio para despejar dudas e inquietudes. Es necesario que los padres o adultos que ejerzan responsabilidad de cuidado firmen la notificación en la planilla para que se lleve a cabo el control de salud en la escuela y completen los datos y antecedentes solicitados. Contar con la información acerca de las patologías crónicas del niño/a o adolescente y los antecedentes familiares de enfermedades hereditarias es fundamental ya que tales antecedentes pueden condicionar su salud y/o definirlos dentro de una población de riesgo.

Se debe adecuar el ámbito donde se realiza el examen clínico, a fin de resguardar la privacidad de los niños, niñas y adolescentes. El encuentro con el equipo de salud debe ser cordial y es muy importante explicar en qué consiste el control, logrando así una buena comunicación². El médico del equipo procederá a realizar el examen físico completo y exhaustivo buscando activamente signos de riesgo. En la nueva planilla de control integral de salud se detallan aquellos signos que no deben dejar de evaluarse para garantizar la calidad del control. Asimismo deben registrarse: el peso, la talla, el índice de masa corporal y la presión arterial con sus respectivos percentilos. También se controlará el cumplimiento del calendario nacional de inmunizaciones, se realizará una evaluación visual, fonoaudiológica (principalmente en la edad preescolar o en primer grado) y una evaluación odontológica completa con enseñanza de la técnica de cepillado y topicación con flúor.

A modo de resumen, el CIS de PROSANE incluye:

- 1- Los antecedentes de salud, con el objetivo de identificar factores de riesgo de enfermedades crónicas y hereditarias.
- 2- Un examen físico completo y de calidad realizado por el profesional correspondiente (médico pediatra, hebiatra, médico generalista o de familia).
- 3- Una evaluación odontológica que incluye la enseñanza de la técnica de cepillado y la topicación con flúor.
- 4- Un tamizaje auditivo realizado por un fonoaudiólogo/a, priorizando aquellos niños/as que ingresan a primer grado y aquellos con factores de riesgo de hipoacusia.
- 5- Una evaluación sencilla y completa del lenguaje, el habla y la comunicación, a cargo del mismo equipo de salud que concurre a la escuela sin requerimiento de personal especializado. También puede ser realizado por los docentes.
- 6- Una evaluación oftalmológica con control de agudeza visual a cargo del equipo de salud, miembros del equipo docente, agentes sanitarios o personal entrenado en las capacitaciones.
- 7- El control del Calendario Nacional de Inmunizaciones y la aplicación de las dosis faltantes por el enfermero/a del equipo de salud. El contenido del carné será evaluado siguiendo las últimas disposiciones del Calendario Nacional.
Quienes no estén vacunados previamente o presentan vacunas incompletas, se evaluarán según cada caso en particular a fin de completar el esquema en el menor tiempo posible teniendo en cuenta las normas vigentes.

Más adelante se desarrollaran en detalle todos los contenidos del CIS.

En el marco del PROSANE, luego de la realización del control integral de salud, se entregará la “constancia” que se encuentra al final de la nueva planilla del CIS. La misma acredita el acceso a un control de salud completo y busca ser una herramienta más de la estrategia de PROSANE, cuyo objetivo es instalar el cuidado de la salud como un tema primordial. De no mediar ninguna observación médica que determine lo contrario, esta constancia tiene validez por 12 meses a partir del momento de emitida, promoviendo de esta manera la concurrencia en forma anual al control integral de salud.

ASPECTOS NORMATIVOS

UNA NUEVA MIRADA PARA FORTALECER EL ACCESO A LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

EL DERECHO A LA SALUD

En Argentina contamos con un amplio marco jurídico que garantiza el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes. El derecho a la salud se encuentra reconocido en la Convención de los Derechos del Niño³ y es tomado por la Ley 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes¹. Esta ley, en su artículo 14, hace mención a la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la salud; establece que “las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”.

En este camino de protección integral de derechos, es donde PROSANE se enmarca con el objetivo de continuar reafirmando su compromiso en el cuidado, la promoción y protección de la salud de niños, niñas y adolescentes conjuntamente con la escuela y la familia.

En este sentido, PROSANE convocó a una comisión de protección integral de derechos a fin de adecuar las acciones que se llevan adelante desde el programa. Guiados por la normativa mencionada, se detallarán a continuación algunos tópicos que deberán ser tenidos en cuenta en el accionar cotidiano de los equipos de salud y la comunidad educativa.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se define el consentimiento informado como la declaración de la voluntad de los niños, niñas y adolescentes respecto a la ejecución o no del procedimiento o terapia médica, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada^{4, 5, 6}.

En el marco del paradigma de Protección Integral de Derechos, el consentimiento informado para la atención y los tratamientos médicos de niños, niñas y adolescentes, cobra una nueva dimensión. En el viejo paradigma tutelar los progenitores o representantes eran los encargados de consentir, sustituyendo la voluntad del niño. El nuevo paradigma impone considerarlos como titulares de derecho garantizando su participación directa en la toma de decisiones. En virtud de las normas contenidas en la Ley N° 26.994⁵ que aprobó el actual Código Civil y Comercial de la Nación y la Ley N° 26.529⁶ sobre Derechos del Paciente, “*todos los niños, niñas y adolescentes deben prestar su consentimiento para toda actuación sanitaria*”, entre las que se incluye el control integral de salud tanto en la escuela como en el centro de salud.

El consentimiento informado, por regla general, será verbal y solo deberá realizarse por escrito en los casos observados en el artículo 7 de la ley 26.529.

Se constituye en una herramienta que puede considerarse central al momento de establecer una práctica sanitaria que contemple el ejercicio de los derechos, en tanto respeta su participación en la toma de decisiones.

EL ROL DE LOS PROGENITORES Y OTRAS PERSONAS RESPONSABLES DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

Los cambios en los aspectos normativos implican una resignificación de la relación de los progenitores y otras personas responsables de los niños, niñas y adolescentes, así como también implica la incorporación del principio de autonomía progresiva.

“La responsabilidad parental es una institución dinámica, que va cambiando en función de la consolidación de la autonomía (según las características psicofísicas, aptitudes y desarrollo madurativo) de los niños y adolescentes de forma progresiva. Es decir que, a mayor autonomía (capacidad de discernimiento), menor es la responsabilidad de acompañamiento y dirección que tendrán quienes los estén acompañando en el ejercicio de sus derechos”⁴. Los adultos pasan a tener un rol de guía para consolidar las capacidades individuales de los niños, niñas y adolescentes y para acompañar sus decisiones con la información adecuada.

Consideramos necesario hacer algunas aclaraciones en cuanto a la edad y la toma de decisiones atinentes al cuidado de la salud

A partir de los 16 años el adolescente es considerado como un adulto para todas las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo, por lo tanto puede consentir de manera autónoma, sin acompañamiento^A, todas las prácticas sanitarias.

Entre los 13 y los 16 años, podrán consentir de manera autónoma, sin acompañamiento, todas las prácticas sanitarias, que no pongan en riesgo su salud o su vida. Con respecto al control de salud que se lleva a cabo tanto en la escuela como en el centro de salud, se considera un procedimiento no invasivo y por lo tanto es suficiente el consentimiento del adolescente.

Los menores de 13 años prestan su consentimiento con asistencia o acompañamiento de sus progenitores o de los adultos que ejerzan responsabilidad de cuidado. (CCyC de la Nación y Res. 65/2015 Ministerio de Salud de la Nación).

^A Cuando se utiliza el término ò ACOMPAÑAMIENTOö, no se hace referencia a que el adulto deba estar presente en el CIS de las niñas, niños o adolescentes, sino que lo guíe y acompañe en el ejercicio de sus derechos, apoyándolo en la toma de decisiones.

Es esperable que todos concurren al control integral de salud con un adulto de su confianza, familiar o docente. Se debe alentar la participación de las personas que el niño o adolescente quiera convocar en cuanto a la atención y cuidado de su salud. Sin embargo, no es imprescindible la presencia de los progenitores o adultos responsables para realizar el control de salud en la escuela teniendo en cuenta que los mismos ya han sido notificados a través de la información que se encuentra al inicio de la planilla del CIS.

LA INSTANCIA PREVIA A LA LLEGADA DE LOS EQUIPOS DE SALUD A LA ESCUELA

Los marcos normativos enunciados deben tenerse en cuenta en el desarrollo del PROSANE en todas sus etapas. En ese sentido es fundamental revisar y adecuar algunos aspectos relacionados con la instancia previa a la llegada a la escuela, donde los equipos de salud junto a directivos, docentes y equipos de orientación escolar comunican a los niños, niñas y adolescentes y sus familias acerca del control integral de salud que se llevará a cabo. Es fundamental que puedan comprender con claridad en qué consiste la evaluación, generando un espacio de diálogo para evacuar dudas y temores.

Una vez que la familia cuente con la información adecuada acompañará el proceso de consentimiento de los niños y adolescentes firmando la notificación que se encuentra al inicio de la planilla del CIS para realizar el control de salud en la escuela. Por lo tanto, se trata de acompañar y no de sustituir la voluntad de los niños y adolescentes. En los casos en los que no se cuenta con la notificación firmada y el adolescente con 13 años cumplidos quiera acceder al control integral de salud, puede prestar su consentimiento verbal siendo esto suficiente para la realización del mismo. Si se trata de un menor de 13 años, se debe tener en cuenta cada caso en particular, aprovechando la oportunidad para evaluar posibles vulneraciones de derechos y decidir acorde al interés superior del niño.

La protección y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes deben ser asumidos como el valor primordial a alcanzar a lo largo de todo el proceso. En consonancia, el trabajo y la capacitación de todo el equipo de salud deben estar orientados a minimizar aquellas situaciones en las cuales los niños, niñas y adolescentes puedan sentirse inseguros, incómodos o vulnerables. El control de salud nunca debe ser efectuado forzando la voluntad de los niños, niñas y adolescentes. En el caso de que alguno no quiera ser revisado, el equipo de salud junto a la escuela deberán estar atentos para significar de manera adecuada el motivo de tal situación y valorar si hay alguna otra circunstancia a tener en cuenta. Si garantizamos lo anteriormente dicho, se maximizan las oportunidades de colaboración haciendo efectivo el control de salud y la obtención de resultados válidos, confiables y de calidad; implicando esto tanto un valor individual como poblacional.

LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL MARCO DE PROTECCION DE DERECHOS

El marco jurídico que venimos mencionando establece principios rectores que regulan las prácticas sanitarias en pos de la protección de derechos. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la privacidad, a recibir un trato digno, a ser cuidados, a opinar y a ser escuchados. Por eso, es importante que todo el equipo de salud respete estos derechos, construyendo el mejor escenario de buenas prácticas.

Es fundamental que la información acerca del control integral de salud se brinde con un lenguaje claro y sencillo, explicando en qué consiste, por qué es necesario realizarlo y fomentando el diálogo para despejar dudas y temores.

Durante el control integral de salud se debe priorizar el cuidado, la protección y el respeto. Se debe realizar en un ambiente tranquilo, limpio, ordenado y que garantice la privacidad. Es importante evitar interrupciones innecesarias. El equipo de salud debe tener un trato calmo, acogedor, amable, que contemple los tiempos de cada niño/a y adolescente brindando los apoyos adecuados según las particularidades de cada caso (edad, grado de madurez y desarrollo, discapacidad, dificultades idiomáticas, diversidad sexual, etc.). Favorecer estos espacios destinados a la comunicación permite ampliar la observación y con ello la sutileza de ciertos aspectos que hacen a la protección integral. En caso de adolescentes, si él o ella lo desean, es de buena práctica mantener parte de la consulta a solas sin acompañamiento de un adulto.

Toda la información relevada debe ser protegida, asegurando el derecho a la confidencialidad, dado que se trata de datos sensibles. Se debe evitar la divulgación de información no pertinente, vulnerando los derechos de los involucrados con el consecuente riesgo de patologización, medicalización y/o estigmatización.

ANTECEDENTES DE SALUD DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE Y DE LA FAMILIA

Algunos de los cambios que se incorporaron en la nueva planilla del CIS fueron los antecedentes personales y familiares del niño/a o adolescente, con la finalidad de contar con información acerca de aspectos significativos que pudieran tener impacto en la salud, el crecimiento y desarrollo.

Dado que la planilla se envía a la familia a fin de que la misma complete los datos correspondientes, previo al control integral de salud en la escuela, se incorporaron preguntas sencillas, auto-administradas y puntuales para facilitar el registro de los datos. Las mismas preguntas pueden ser formuladas por el equipo de salud en caso de que el niño/a o adolescente se encuentre acompañado por un adulto.

A continuación se detallan aquellos aspectos que requieren definiciones o aclaraciones, pero es importante destacar que todos los antecedentes que figuran en la planilla deben estar completos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Se incorporaron preguntas sobre condiciones o enfermedades relevantes de los niños, niñas y adolescentes que orientan al equipo de salud al momento de realizar el CIS.

- **Antecedente de prematuréz:**
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera prematuro a todo recién nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación.

- **Antecedente de Bajo Peso al nacer:**
Se define bajo peso al nacer, al peso inferior a 2.500 gramos (2.499 gramos inclusive), en un recién nacido de término (OMS).

- **Presenta o tiene diagnóstico de:**
 - Cardiopatías congénitas o adquiridas**
 - Convulsiones a repetición o epilepsia**
 - Infecciones urinarias recurrentes**
 - Diarreas a repetición**
 - Asma**
 - Hipertensión arterial**
 - Diabetes**
 - Otitis media recurrente**

Estas preguntas indagan acerca de los antecedentes de enfermedades crónicas diagnosticadas o signos de enfermedades crónicas no diagnosticadas. Estos datos pueden orientar al equipo de salud al momento de la evaluación, identificando a aquellos niños/as y adolescentes sin diagnóstico y/ o seguimiento adecuado.

- **Presenta antecedentes de:**

- **Síncope o pre-síncope**

- **Mareos**

- **Precordialgia**

- **Palpitaciones**

- **Disnea de esfuerzo durante o después del ejercicio**

Estos datos podrían corresponder a factores de riesgo cardiovascular que deben ser tenidos en cuenta por el equipo de salud para su estudio ^{7, 8,9}.

- **Presenta antecedentes de traumatismos o accidentes recurrentes que hayan requerido internación:**

Estos antecedentes son considerados factores de riesgo, debiendo profundizarse la anamnesis con el fin de detectar posibles situaciones de maltrato en cualquiera de sus formas (violencia física, negligencia, etc.)¹⁰.

- **Además, se incluyeron preguntas disparadoras y abiertas:**

- **¿Hay algo de la salud de su del niño/a o adolescente que le preocupa?**

- La inclusión de la pregunta tiene la finalidad de brindar a la familia un espacio no estructurado, para detallar algún aspecto no contemplado en la planilla que genera preocupación. Es una herramienta importante para que el equipo de salud y la escuela puedan profundizar con la familia y brindar la orientación correspondiente.

- **¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carné de vacunas?**

- Esta pregunta orienta al equipo de salud sobre la regularidad de los controles de salud recibidos por el niño, niña o adolescente. También permite orientarnos acerca de las dificultades en el acceso al control de salud anual recomendado para este grupo etario.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Este apartado indaga acerca de la los antecedentes de salud del padre/madre y/o hermanos/as. Presenta un espacio abierto, no estructurado para que la familia complete todos los antecedentes que considere de importancia.

También se incluye una pregunta focalizada en las enfermedades cardiovasculares heredo-familiares. La presencia de antecedentes de muerte súbita y de ciertas enfermedades

cardiovasculares en los familiares de primer grado, constituyen factores de riesgo que requieren derivación para su evaluación y realización de los estudios complementarios correspondientes.

Entre los antecedentes, se debe prestar especial atención a las miocardiopatías, las arritmias y el Síndrome de Marfán. También se ha incorporado el antecedente de muerte súbita en familiares directos menores de 50 años ya que se ha demostrado que el riesgo de enfermedades cardiovasculares es mayor en los familiares de personas con muerte súbita cardíaca. Por ello, se propuso un enfoque hereditario de esta enfermedad, planteando la importancia de la detección sistemática de familias de alto riesgo^{9, 11}.

EXAMEN FÍSICO

Tal como nos referimos al hablar del control integral de salud, el examen físico realizado en el marco del PROSANE, no debe diferir del que se realiza de rutina a los niños, niñas y adolescentes. El examen físico debe ser siempre exhaustivo y completo, tanto si se realiza en el Centro de Salud como en el ámbito escolar.

En el caso de que se realice en la escuela, se debe hacer énfasis en la preparación de un ambiente que garantice privacidad y confort, para que los niños, niñas y adolescentes se sientan cómodos y relajados. Además, el ambiente debe contar con suficiente espacio que permita la observación de la marcha. También se debe disponer de una camilla o colchoneta que permita la evaluación en posición sentada y en decúbito dorsal. Asimismo, es importante dejar al descubierto la mayor superficie corporal posible para una adecuada inspección.

La propuesta de PROSANE es realizar un examen físico orientado a la detección de signos objetivos que podrían corresponder a distintas patologías, facilitando la toma de decisiones en terreno para su resolución.

En la planilla se han incorporado algunos signos en particular a modo de recordatorio. Estos aspectos no deben interpretarse como los únicos a evaluar, sino simplemente como una ayuda memoria para facilitar la tarea.

Los signos incluidos en la planilla apuntan a la detección de posibles patologías que cumplen los siguientes criterios:

- La magnitud o frecuencia
- La gravedad
- La posibilidad de intervención a través de prevención primaria, secundaria y de las eventuales secuelas.
- El impacto social que producen
- El impacto individual que producen

Si bien la magnitud de las patologías y su gravedad son los criterios más comúnmente conocidos, hemos tenido en cuenta signos de patologías poco frecuentes, pero de gran impacto social e individual, o con altas posibilidades de intervención tras su detección.

Según los últimos datos relevados por PROSANE, aproximadamente el 30% de los niños, niñas y adolescentes no tuvieron un control integral de salud en el último año. Por lo tanto, la estrategia del programa en las escuelas constituye una oportunidad única de acceso a dicho control permitiendo establecer lazos con el centro de salud de referencia.

A modo de ejemplo, según los datos del año 2014, de los 183.040 niños, niñas y adolescentes de 5 a 13 años evaluados en el país, se detectaron los siguientes hallazgos clínicos:

- 2.874 niños, niñas y adolescentes con maniobra de ADAMS positiva
- 397 niños y adolescentes con testículo/s no descendido/s
- 180 niños, niñas y adolescentes con hernias
- 39 niños, niñas y adolescentes con masa abdominal palpable
- 41 niños, niñas y adolescentes con lesiones visibles compatibles con maltrato

Si bien algunos de los signos enumerados son poco frecuentes, presentan un alto impacto individual y social, ya sea por la posibilidad de corresponder a una patología grave (como la masa abdominal palpable), la necesidad de intervención inmediata (como el hallazgo de testículos no descendidos) o el gran impacto que representa encontrar niños/as y adolescentes con signos visibles de maltrato.

Comenzaremos con los aspectos que conforman los “Hallazgos clínicos” de la planilla de Control Integral de Salud de PROSANE.

EXAMEN DE PIEL Y FANERAS

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos:

1. Nevos con criterio de derivación
2. Escabiosis
3. Piodermatitis
4. Pediculosis
5. Lesiones compatibles con maltrato (L.C.M.)
6. Otros hallazgos

Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- **Nevos**

El objetivo es identificar los signos de alarma utilizando el algoritmo ABCDE^{12, 13,14}.

Los nevos comunes (lunares normales) presentan aspecto regular, con orden entre los variados elementos semiológicos y son evolutivamente estables.

Por el contrario, los nevos displásicos y los melanomas presentan aspecto **irregular**, con intenso **desorden** entre sus componentes dermatológicos objetivos:

A: asimétricos

B: bordes irregulares

C: colores variados

D: diámetro de más de 5 mm y/o presencia de **síntomas subjetivos** (prurito, ardor, dolor)

E: evolutivamente **inestables**, pudiendo también ser interpretada como elevación de algunos sectores del nevo.

- **Pediculosis y escabiosis:**

Las acciones deben enfocarse principalmente en el control y la prevención de estas enfermedades ya que presentan una elevada frecuencia y pueden ocasionar complicaciones infecciosas.

- **Piodermitis:**

Este apartado incluye los hallazgos compatibles con impétigo y piodermitis del cuero cabelludo entre otras lesiones.

Es importante detectarlas por la probable evolución desfavorable que pueden presentar en caso de no recibir el tratamiento adecuado.

- **Lesiones Compatibles con Maltrato (LCM):**^{10,15}

Durante el examen físico se deben buscar signos cutáneos que pueden estar asociados a maltrato, tales como:

- Hematomas en zonas no expuestas o infrecuentes (mejillas, axila, cuello, ingle, etc.)
- Marcas circunferenciales en muñecas, tobillos y cuello
- Quemaduras con patrón de guante o media o por cigarrillo
- Alopecia traumática
- Lesiones con impronta de mordida humana
- Lesiones múltiples en diferentes estadios de cicatrización entre otros signos.

Los antecedentes de internación por traumatismos y/o accidentes frecuentes, así como también la referencia de alguna preocupación por parte del equipo docente o la familia, pueden ser de ayuda para contextualizar los hallazgos del examen físico.

- **Otras manifestaciones cutáneas:**

En este espacio se detallarán todos aquellos hallazgos que no se contemplan en los puntos anteriores y puedan ser de impacto en la salud del niño/a y adolescente.

EXAMEN DE PARTES BLANDAS

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos:

1. Adenomegalia localizada
2. Adenomegalias generalizadas
3. Otros hallazgos

- **Adenomegalias:** ^{16,17}

La existencia de adenomegalias puede representar una amplia variedad de etiologías y si bien la mayoría de los casos corresponden a causas infecciosas benignas y transitorias, algunas veces pueden ser la manifestación inicial de una patología más compleja.

En un control de salud es importante identificar aquellas adenomegalias, tanto localizadas como generalizadas, que pudieran estar asociadas a patologías potencialmente graves (tuberculosis, enfermedades oncohematológicas entre otras) para referir a los niños, niñas y adolescentes a una posterior y oportuna consulta diagnóstica.

En el caso de las adenomegalias localizadas se tendrán en cuenta las de ubicación supraclavicular y cervical inferior, ya que pueden ser el lugar de inicio de una neoplasia de estirpe linfática o ser asiento de metástasis provenientes de otras estructuras linfáticas o viscerales.

También se tendrán en cuenta las características de las adenomegalias como el tamaño, la adhesión a planos superficiales o profundos, la supuración o fluctuación, la conformación de una maraña o pegote de nódulos linfáticos, la consistencia, la presencia de dolor, los signos de flogosis y el compromiso de dos o más grupos ganglionares entre otros.

- **Otras manifestaciones de tejidos blandos:**

En este espacio se detallarán todos aquellos hallazgos que no se contemplan en los puntos anteriores y puedan ser de impacto en la salud del niño.

El hallazgo de alguno de los signos detallados corresponde a un criterio de derivación para su estudio y seguimiento en el centro de salud más cercano.

EXAMEN CARDIOVASCULAR

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos:

1. Presión arterial elevada
2. Ausencia o alteración del pulso humeral, radial o femoral
3. Soplo
4. Arritmia
5. Otros hallazgos

El examen cardiovascular debe ser exhaustivo. En primer lugar es importante evaluar el aspecto general en busca de estigmas genéticos que pueden asociarse a cardiopatías (Ej. Síndrome de Marfán, Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Hiperlaxitud articular etc.). Luego se continuará con el examen cardiovascular propiamente dicho que incluye los siguientes aspectos:

- **Palpación de los pulsos radial y/o humeral y femoral:**
Deben palparse por separado y en forma comparativa, buscando asimetrías o ausencias que puedan ser signos orientadores de patología vascular o cardiopatía congénita.
- **Auscultación en las zonas del precordio, axila y dorso:**
Realizar la auscultación con variación postural, buscando identificar las características del primer y segundo ruido, así como la aparición de ruidos agregados anormales y de soplos cardíacos.
- **Evaluación de la frecuencia cardíaca y del ritmo:**
Se debe valorar la frecuencia cardíaca y evaluar la presencia de arritmias.
- **Toma de Presión Arterial:**
Se deben realizar tres tomas de presión arterial con la técnica adecuada, tal como se describe en la sección correspondiente.

Constituyen criterios de derivación la presencia de soplo, asimetría o ausencia de pulso, arritmia, presión arterial sistólica o diastólica con percentilo mayor o igual a 90 (promedio de 3 determinaciones) según sexo, edad y percentilo de talla^{7, 8,9}. Para los adolescentes de ambos sexos a partir de los 16 años, constituye criterio de derivación un promedio de PA \geq 130/ 85 mmHg.

EXAMEN RESPIRATORIO

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos:

1. Hallazgos auscultatorios
2. Respiración bucal
3. Otros

Se deben considerar:

- Hallazgos relevantes como asimetrías auscultatorias, ruidos respiratorios patológicos agregados (roncus, sibilancias, estertores, etc.), entre otros.
- Signos asociados a la respiración bucal crónica como los rasgos de la facies adenoidea y los cambios bucales.
 - Los rasgos de la facies adenoidea incluyen: cara estrecha y larga, hipodesarrollo de los huesos propios de la nariz, ojeras profundas, boca abierta, labio superior corto e incompetente, labio inferior grueso y evertido.

- Los cambios bucales más frecuentes son: las alteraciones en la mordida, el maxilar superior más profundo y estrecho, entre otros.

EXAMEN ABDOMINAL

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos:

1. Hepatomegalia
2. Masa palpable
3. Hernias
4. Esplenomegalia
5. Otros

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La inspección nos informa acerca de asimetrías, peristaltismo, lesiones de piel y masas.
- La palpación siempre se debe hacer en decúbito dorsal. A través de la palpación determinamos la presencia de tumoraciones o visceromegalias, la existencia o no de dolor localizado, entre otros hallazgos.

EXAMEN UROGENITAL

La evaluación genital completa debe formar parte del examen físico, respetando la privacidad, aceptación y consentimiento de los niños, niñas y adolescentes. Es una responsabilidad de todos explicar la importancia que tiene el examen integral. Se debe informar con claridad de qué se trata y por qué se realiza, dando espacio a preguntas e inquietudes. De esta manera se puede evaluar un aspecto del examen físico que con frecuencia queda inconcluso perdiendo oportunidades valiosas para detectar problemas de salud importantes.

Desde PROSANE hemos tratado de priorizar aquellos signos que requieren una derivación para diagnóstico y tratamiento.

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos:

En el examen de los niños:

1. Signos de pubertad precoz (en niños menores de 9 años)
2. Testículo/s no descendido/s
3. Hernia
4. Asimetría testicular
5. Varicocele
6. Fimosis
7. Otros

En el examen de las niñas:

1. Signos de pubertad precoz (en niñas menores de 8 años)
2. Otros

En el caso de los niños menores de 9 años, la presencia de signos de pubertad precoz como el aumento testicular, el desarrollo del escroto y el pene, la aparición de vello pubiano, axilar y facial, entre otros, deben ser considerados motivos de derivación.

También se ha incluido la evaluación de la presencia de ambos testículos en el escroto, la simetría en cuanto a su tamaño y consistencia, la presencia de varicocele, hernias y fimosis entre otros.

Durante el año 2014 se registraron 397 niños y adolescentes con testículo/s no descendido/s, es decir que no fueron revisados con anterioridad o bien no accedieron a un examen integral de salud periódico. Es de destacar que como son niños y adolescentes en edad escolar, se trata de por sí de un diagnóstico tardío, con las consecuencias que conlleva. Por este motivo resaltamos la importancia de no dejar de realizar el examen urogenital durante el control integral de salud en la escuela.

En las niñas menores de 8 años el comienzo del desarrollo de la glándula mamaria (unilateral o bilateral) o la presencia de vello pubiano, podrían ser signos representativos de pubertad precoz, por lo cual este hallazgo implica la necesidad de derivación para un estudio más exhaustivo.

Es importante destacar que esta evaluación es sencilla de realizar durante el CIS en la escuela^{18,19,20}.

La autoevaluación a partir de la cual los niños/as y adolescentes identifican su propio estadio de Tanner, demostró no ser confiable principalmente en los que recién comienzan su desarrollo puberal. Por este motivo no se recomienda su uso para la detección de pubertad precoz²¹.

EXAMEN OSTEOARTICULAR

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos:

1. Maniobra de Adams positiva
2. Alteraciones de la marcha
3. Otros

Debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Es muy importante detectar precozmente desviaciones del desarrollo normal de la columna para favorecer la corrección y evitar su progresión. Para ello se realiza la inspección lateral y antero-posterior de la columna y la maniobra de Adams.

- El tipo de marcha constituye un dato semiológico de mucha importancia. La marcha puede verse afectada por varias causas: dolor, debilidad muscular, lesiones articulares, trastornos neuromusculares o músculo-esqueléticos, etc²².
- Otros: Aquí se completará con otros hallazgos no observados en 1 y 2. En este punto según los datos reportados por PROSASNE durante el año 2014, se derivaron 9.392 niños/as y adolescentes (5,1% de todos los evaluados) con diagnóstico de pie plano. De acuerdo a la bibliografía se considera que el pie plano flexible es una entidad benigna que no requiere tratamiento, excepto los casos que sean sintomáticos, asimétricos o tengan indicaciones específicas. El pie plano rígido puede corresponder a una afección ósea, constituyendo un criterio de derivación. Se deben tener en cuenta estos aspectos para una adecuada orientación.

EXAMEN NEUROLÓGICO

Se han incluido aquellos signos que puedan corresponder a alguna patología neurológica:

- 1- Paresias o signos focales
- 2- Movimientos anormales

Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- La evaluación de la marcha en busca de signos neurológicos es muy importante. Se debe observar la coordinación, la simetría y la precisión de los movimientos. También se debe observar la ritmicidad, el balanceo de los brazos y el equilibrio que involucran las distintas estructuras del sistema nervioso central y periférico²³.
- El hallazgo de movimientos anormales, paresias y signos focales, entre otros, constituyen criterios de derivación para diagnóstico y tratamiento.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

La antropometría es una herramienta fundamental para evaluar el crecimiento de los niños, niñas y adolescentes en el primer nivel de atención y constituye un indicador que resume diversas condiciones relacionadas con la salud y con la nutrición en el pasado y en el presente, así como también es útil para predecir riesgos futuros.

La evaluación del crecimiento, a través de categorizaciones nutricionales, permite la identificación de individuos y poblaciones que necesitan la implementación de alguna intervención y al mismo tiempo, evaluar su impacto^{24, 25}.

Si bien los métodos antropométricos constituyen la mejor herramienta de tamizaje, el diagnóstico de desnutrición, sobrepeso y obesidad requiere de la confirmación clínica. No obstante, los objetivos de la evaluación antropométrica en el contexto del CIS son la detección de casos individuales para su estudio, seguimiento y tratamiento correspondiente y la evaluación de la situación nutricional de la población en edad escolar.

Variables, índices y tablas

Las mediciones básicas consideradas son el peso y la talla. Las técnicas de medición pueden ser consultadas en los libros de referencia correspondiente. Es muy importante interpretar los datos antropométricos junto al resto de la información clínica obtenida.

A partir del peso y la talla se construyen 3 indicadores básicos:

- El peso para la edad y sexo
- La talla para la edad y sexo
- El Índice de Masa Corporal para la edad y sexo

Los indicadores que utilizaremos para realizar la categorización nutricional son la talla para la edad y sexo y el Índice de Masa corporal para la edad y sexo.

La talla para la edad y sexo

Este indicador refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica. Su déficit se relaciona con alteraciones acumulativas a largo plazo en el estado de salud o de nutrición.

Para la evaluación e interpretación antropométrica se definió la utilización de los gráficos de percentilos para Longitud/ Estatura según edad y sexo de 0 a 19 años. A partir del año 2007, el Ministerio de Salud de la Nación, adoptó las nuevas curvas de crecimiento elaboradas con datos de diferentes fuentes de acuerdo a los distintos grupos etarios^{24, 25}:

- Desde el nacimiento hasta los 5 años los datos provienen del estudio multicéntrico de la OMS sobre el patrón de crecimiento 2006
- Entre los 5 y los 6 años los datos provienen del patrón de crecimiento de la OMS y del National Center for Health Statistics (NCHS).
- A partir de los 6 años los datos provienen de las tablas de Lejarraga H y Orfila G.

El Índice de Masa Corporal para la edad y sexo

Este índice se obtiene de la combinación de las medidas de peso y talla según edad y sexo y se utiliza como un indicador de malnutrición, tanto de déficit como de exceso.

Para la evaluación e interpretación antropométrica se definió la utilización de los gráficos de percentilos de Índice de Masa Corporal (IMC) según edad y sexo de 0 a 19 años. El gráfico se realizó en base a las curvas elaboradas a partir del Patrón de crecimiento de la OMS. Dichas curvas fueron elaboradas tomando en consideración dos estudios:

- Desde el nacimiento a los 5 años los datos corresponden al estudio Multicéntrico del patrón del crecimiento de 2006.
- Desde los 5 hasta los 19 años corresponden al reprocesamiento de datos anteriores del NCHS (National Center for Health Statistics) realizado en el año 2007.

Las curvas de IMC se presentan tanto en percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 85,97) como en puntaje Z (-3,-2,-1-0-+1,+2,+3).

Interpretación de los datos antropométricos y criterios de derivación

Una vez realizado el control del peso y la talla, se calculará el índice de masa corporal.

Para realizar la categorización nutricional se comparan todos los valores obtenidos con las tablas de referencia para edad y sexo, para ubicar el percentilo o puntaje Z en el que se encuentra el niño/a o adolescente.

Las categorizaciones nutricionales son las siguientes:

Categorización nutricional	Índices antropométricos		Criterio de derivación
	IMC para la edad y sexo	Talla para la edad y sexo	
Emaciación	Percentilo menor a 3 Puntaje Z menor a -2,00		SI
Riesgo de bajo peso	Percentilo entre 3 y 9 Puntaje Z entre -2,00 y -1,01		SI
Peso normal	Percentilo entre 10 y 84 Puntaje Z entre -1,00 y +0,99		NO
Sobrepeso	Percentilo entre 85 y 97 Puntaje Z entre +1,00 y +2,00		SI
Obesidad	Percentilo mayor a 97 Puntaje Z mayor a +2,00		SI
Baja talla		Percentilo menor a 3 Puntaje Z menor a -2,00	SI
Talla normal		Percentilo igual o mayor a 3 Puntaje Z igual o mayor a -2,00	NO

Por lo tanto, los criterios de derivación para el diagnóstico y tratamiento son:

1. Emaciación

2. Riesgo de bajo peso

Quando el propósito de la evaluación es detectar a un niño o adolescente de riesgo para su seguimiento y eventual apoyo nutricional, se recomienda utilizar como límite el percentilo 10 de peso en los menores de 1 año de edad y el percentilo 10 de IMC para mayores de 1 año.

3. Sobrepeso

4. Obesidad

5. Baja talla

Debe tenerse en cuenta que las alteraciones de talla se producen en forma lenta y es importante detectarlas en los primeros años de vida para su diagnóstico y tratamiento temprano.

EVALUACIÓN DE LA PRESION ARTERIAL

El control de la presión arterial en la infancia y adolescencia

Hasta hace poco tiempo, la hipertensión arterial (HTA) era considerada poco frecuente en niños/as y adolescentes. Sin embargo muchos estudios realizados, sobre todo en esta última década, han mostrado un aumento de la prevalencia, la cual se asocia a un notable incremento del sobrepeso y la obesidad en esta población. En la actualidad, se conoce que la HTA puede presentarse en etapas tempranas de la vida, así como también los factores de riesgo asociados.

En Argentina la prevalencia de HTA en la edad adulta oscila entre un 29% a 40 %, mientras que en la población pediátrica es de 3 a 5 %, incrementándose en la adolescencia al 13%²⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud, la HTA es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades que provocan un tercio de la morbilidad mundial. La HTA en edades tempranas de la vida constituye el mayor valor predictivo de desarrollo de HTA en la edad adulta. Por lo tanto, es fundamental realizar la evaluación de la presión arterial dentro del control de salud, a partir de los 3 años de edad y en forma anual a fin de implementar medidas de prevención y cambios de hábitos que puedan disminuir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la adultez²⁷.

Medición de la presión arterial (PA): aspectos técnicos

Los niveles de presión arterial fluctúan considerablemente durante las 24 horas del día, teniendo también variaciones estacionales. La PA está relacionada con los niveles de actividad psíquica y física, el sueño y el despertar, así como factores ambientales, emocionales y psicosociales que no hacen más que reflejar la capacidad de respuesta de una persona al medio ambiente externo e interno. Por lo tanto, una sola medición en el día está lejos de reflejar la verdadera PA.

En la práctica se utiliza la medición indirecta de la PA, dada la sencillez de la técnica y el fácil acceso. El valor obtenido se utiliza para establecer el diagnóstico de hipertensión arterial.

La medición indirecta de la PA es segura, indolora y provee información confiable y objetiva cuando se realiza correctamente^{28, 29, 30, 31}.

La clasificación de la presión arterial en pediatría se basa en los percentilos de PA según sexo, talla y edad, publicados en el cuarto reporte de la TaskForce (U.S. Preventive Service)²⁸. La última actualización de la Sociedad Europea de HTA³² modificó la clasificación de la PA en adolescentes de ambos sexos a partir de los 16 años. Actualmente, se toma como referencia los puntos de corte del adulto. Estos cortes se relacionan al riesgo cardiovascular asociado al valor de la PA.

Se recomienda efectuar la medición de la presión arterial como parte del control de salud a todos los niños y niñas a partir de los 3 años²⁸ y en los menores de 3 años con sospecha o diagnóstico de enfermedades asociadas a HTA.

A continuación, se detalla el protocolo de medición indirecta de la PA a fin de obtener mediciones exactas, representativas y reproducibles con una mínima influencia de los factores que podrían afectarla y con una escasa variabilidad.

Para tal fin son necesarios los siguientes elementos: un estetoscopio, un tensiómetro y la tabla de percentilos de la presión arterial.

Hay dos tipos de tensiómetros: los tensiómetros **aneroides** y los **digitales automáticos**.

Los tensiómetros aneroides utilizan un circuito de aire con pera de inflado y el elemento de medición reglado es el manómetro. Requieren ser calibrados cada 6 meses.

Los tensiómetros digitales automáticos poseen un compresor de aire eléctrico en lugar de la pera neumática y la medición se muestra en forma digital. No son recomendables los equipos que toman la presión arterial en la muñeca y en el dedo.

Ambos equipos deben estar validados por la Academia Británica de Hipertensión Arterial y por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Es esencial la elección del tamaño adecuado del mango. La cámara o vejiga inflable debe cubrir 2/3 del largo del brazo desde el hombro al olecranon²⁸ y por lo menos el 80 % de la circunferencia. Si no se dispone del mango apropiado se recomienda usar uno más grande. Mangos pequeños dan cifras arteriales más altas y los inadecuadamente grandes subestiman el valor verdadero de la PA. El tamaño del mango se mide a partir de la cámara inflable (no de la tela). Existen 6 tamaños de mangos: recién nacido, lactante, chico, adulto, adulto largo (para pacientes obesos) y mango para muslo.

En la actualidad no todos los tamaños de mangos de encuentran disponibles en el comercio. Los tamaños de mangos recomendados según las edades se enumeran en la Tabla 3.

Tabla 3. Tamaño de los mangos recomendados según la edad

Edad	Ancho	Largo
0 - 6 m	2,5 - 4 cm.	5 - 9 cm.
6 m - 5 a	7,5 - 9 cm.	17 - 19 cm.
5 a - 15 a	12 - 14 cm.	22- 26 cm.

El niño/a o adolescente debe estar sentado en ambiente confortable con su brazo derecho apoyado sobre la camilla o mesa y el mango a la altura del corazón. Cabe destacar que se debe guardar reposo previo de 2 - 5 minutos.

Los pasos correctos de la toma de la presión arterial son los siguientes:

- Colocar el manómetro a la altura de los ojos del observador.
- Insuflar el mango en forma rápida hasta 20 o 30 mmHg por encima de la presión necesaria para ocluir totalmente la arteria braquial.
- Desinsuflar lentamente de 2 a 3 mmHg por segundo y mientras se ausculta la arteria braquial. En pacientes con arritmias se hará un descenso más lento.
- La PA sistólica corresponde al primer ruido audible (Korotkov 1).
- La PA diastólica corresponde al valor obtenido cuando el sonido desaparece en su totalidad (K5).

Deben realizarse por lo menos 3 tomas, separadas por 1 o 2 minutos cada toma.

El valor de PA final será el resultado del promedio de las lecturas realizadas. Este valor se debe comparar con la tabla de percentilos de la Presión Arterial Sistólica (PAS) y de la Presión Arterial Diastólica (PAD) correspondiente a la edad, sexo y percentilo de talla. Las tablas de percentilos que se utilizan son las correspondientes al cuarto reporte de la TaskForce (U.S. Preventive Service). Para los adolescentes con 16 años cumplidos los valores se comparan con los cortes establecidos para adultos.

Clasificación de la PA

Para clasificar la PA se debe establecer el promedio de los 3 valores de presión arterial sistólica y/o diastólica.

Tabla 4. Clasificación de la PA según la edad

Clasificación de la PA	Niños, niñas y adolescentes menores de 16 años	Adolescentes a partir de los 16 años
PA normal	PA sistólica y/o diastólica menor al PC 90 para la edad, sexo y percentilo de talla (PA < PC 90).	PA sistólica y/o diastólica menor a 130/85 mmHg. (PA <130/85 mmHg).
PA normal-alta (valores pre-hipertensivos)	PA sistólica y/o diastólica mayor o igual al PC 90 y menor al PC 95 para la edad, sexo y percentilo de talla en niños/as (PA ≥ P90 y < P95).	PA sistólica y/o diastólica entre: 130-139/ 85-90 mmHg (PA ≥130/ 85 mmHg.)
Hipertensión arterial (valores hipertensivos)	PA sistólica y/o diastólica mayor o igual al PC 95 para edad, sexo y percentilo de talla (PA ≥ P95)	PA sistólica y/o diastólica mayor o igual a 140/90 mmHg. (PA ≥ 140/90 mmHg).

Criterios de derivación para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento:

- Niños, niñas y adolescentes menores 16 años con valores de PAS o PAD igual o mayor al percentilo 90 para edad, sexo y percentilo de talla.
- Adolescentes a partir de los 16 años con un valor promedio de PA igual o mayor a 130/ 85 mmHg.

El desarrollo de la visión se produce en un 80 % hasta los 2 años y se completa alrededor de los 8 a 9 años de edad. Los problemas visuales deben ser detectados y tratados lo más tempranamente posible, a fin de garantizar una buena visión en ambos ojos. Las patologías visuales no tratadas, pueden interferir con el desempeño escolar y las actividades cotidianas. Por ello, el examen visual debe incluirse en el control integral de salud anual³³.

En el contexto de PROSANE, se incluye la evaluación de los siguientes aspectos:

- La posición de la cabeza
- Los componentes externos del ojo
- La alineación de los ojos
- La motilidad ocular
- La agudeza visual con el cartel de Optotipos de Snellen
- La presencia de signos que podrían corresponder a alteraciones visuales

La evaluación de los aspectos anteriormente enumerados puede ser realizada por el equipo de salud (médicos, enfermeros, agentes sanitarios y otros), así como también por el equipo docente luego de recibir la correspondiente capacitación.

Evaluación de la agudeza visual

Para la evaluación de la agudeza visual se utiliza el cartel de Optotipos de Snellen que se ubica a la altura de la cabeza del niño/a o adolescente y a tres metros de distancia. La luz (artificial o natural) debe ser adecuada para no interferir con la evaluación.

Si el niño, niña o adolescente usa lentes, se tomará la agudeza visual con los mismos.

Los pasos a seguir para una correcta evaluación son:

- Explicar al niño o adolescente en qué consiste la evaluación.
- Comenzar a evaluar siempre el ojo derecho (por convención), ocluyendo el ojo izquierdo con la palma de la mano o con un objeto pequeño.
- Solicitar al niño o adolescente que lea en voz alta las letras señaladas.
- Comenzar por la primera fila (1/10), e ir descendiendo sin saltar filas.
- Registrar la última fila que haya visto correctamente para cada ojo. Este registro se realizará con las fracciones que van de 1/10 a 10/10.
Por ejemplo: si el niño/a o adolescente alcanzó a leer correctamente las letras de la fila 6, se registrará: agudeza visual 6/10.
- Realizar el mismo procedimiento para el ojo izquierdo, ocluyendo el ojo derecho.
- Registrar en la planilla la agudeza visual alcanzada para cada uno de los ojos.

Criterios de derivación:

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos que constituyen criterios de derivación:

- 1. Disminución de la agudeza visual:** La comisión de salud ocular del grupo de trabajo definió como criterio para la derivación un punto de corte de la agudeza visual inferior a 7/10 en uno o ambos ojos, es decir, aquel niño o adolescente que no llegó a ver la séptima línea del cartel de Optotipos de Snellen.
Este criterio de derivación se definió en el contexto de un tamizaje poblacional, tal como el que se realiza en PROSANE y puede diferir del que surge en una evaluación individual³⁴.
- 2. Posición anormal de la cabeza:** Presencia de movimientos anormales, inclinación o rotación de la cabeza hacia un lado para mirar, etc.
- 3. Estrabismo:** Desviación de uno o ambos ojos
- 4. Alteraciones del ojo externo:** Ptosis, coloboma, exoftalmos, etc.
- 5. Alteraciones de la motilidad ocular:** nistagmus
- 6. Signos de alarma que podrían corresponder a alteraciones visuales:** dolor de cabeza, se acerca a objetos lejanos o al pizarrón para verlos, copia mal del pizarrón, sigue la lectura con el dedo, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, disminuye sus actividades en el recreo, refiere ver manchas, etc³⁵.

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA

En esta sección se tratarán dos aspectos: la evaluación auditiva y la evaluación del lenguaje, el habla y la comunicación.

EVALUACIÓN AUDITIVA

A nivel mundial, 360 millones de personas tienen pérdida auditiva, incluyendo 32 millones de niños³⁶. La prevalencia de hipoacusia en preescolares y escolares varía según las distintas series³⁷. En Argentina, no contamos con datos de prevalencia de hipoacusia en niños y adolescentes a nivel nacional, pero se han realizado algunos estudios locales acerca de las causas de disminución auditiva en escolares³⁸.

La detección de hipoacusia está relacionada con la causa que la genera. Las hipoacusias que se manifiestan en el período neonatal son mayormente congénitas y se detectan a través de la pesquisa auditiva neonatal, que está regulada por la Ley N° 25415 de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. Otros tipos de hipoacusia son de aparición posterior y gradual; y se detectan más tardíamente. Las causas son múltiples e incluyen las de origen genético, infeccioso, postraumático, autoinmune y las patologías del oído medio. En la edad escolar la principal causa de hipoacusia corresponde a las infecciones recurrentes del oído medio³⁹.

Algunos déficits auditivos son leves a moderados y pueden pasar inadvertidos si no se realiza una pesquisa. La detección y el diagnóstico son fundamentales para implementar un tratamiento oportuno, ya que muchos de los factores implicados en la aparición de estos trastornos son prevenibles y tratables.

Los trastornos auditivos en la edad escolar, incluidos aquellos déficits leves, pueden interferir en el lenguaje, habla y comunicación como así también en el aprendizaje y la conducta.

Por todo lo expuesto, el tamizaje audiológico de los niños, niñas y adolescentes debe formar parte de la evaluación integral de salud, principalmente en aquellos que ingresan a la escuela primaria. El propósito del tamizaje es identificar a aquellos que presentan una pérdida auditiva para su diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento. La evaluación inicial en la escuela debe ser realizada por profesionales del área de fonoaudiología.

Esta propuesta de tamizaje auditivo, como parte del control integral de salud en la etapa escolar, acuerda con el Desarrollo del Marco Estratégico Regional de la Salud del Oído y la Audición que la OMS/ OPS y los Estados miembros vienen desarrollando en estos últimos años.

Evaluación auditiva: aspectos técnicos

A partir de lo trabajado en la comisión de salud fonoaudiológica, el tamizaje recomendado para los niños, niñas y adolescentes en el ámbito escolar es la realización de una **audiometría de barrido tonal** (audiometría de tonos puros).

La audiometría de barrido tonal consiste en la evaluación de cuatro frecuencias de la vía aérea (500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz). Se seleccionan estas frecuencias ya que corresponden a la zona conversacional, fundamental para la comprensión de la palabra. En cuanto a la intensidad, dadas las particularidades del ámbito escolar que presenta intensidades mayores de sonido, se toma como punto de corte 25 dB.

Para realizar adecuadamente una audiometría en la escuela, se debe seleccionar un espacio alejado del patio y fuera del horario de recreo, a fin de reducir lo máximo posible el ruido ambiente, que idealmente no debería superar los 55 a 60 dB. En caso de contar solo con ambientes con niveles altos de ruido se evaluarán las frecuencias 1000, 2000 y 4000.

Los lineamientos básicos para la práctica de las pruebas auditivas en el ambiente escolar publicados por la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) en 1996, establecen el nivel máximo de ruido permisible para cada uno de los tonos a examinar⁴⁰.

TONO O FRECUENCIA	NIVEL MAXIMO DE RUIDO
500 Hz	41.5 dB
1000 Hz	49.5 dB
2000 Hz	54.5 dB
4000 Hz	62 dB

En el caso de poder realizar una **audiometría tonal completa**, se evaluarán las frecuencias de 125 hz a 8.000 Hz, tanto para la vía aérea (VA) como para la vía ósea (VO). Ésta técnica podrá reemplazar al barrido tonal. Cuando se realiza la audiometría tonal a niños menores de 6 años se debe tomar la VA y la VO entre 250 Hz y 4.000 Hz.

La realización de otoscopia y pruebas de impedanciometría son evaluaciones optativas que pueden acompañar al barrido tonal o audiometría tonal.

Criterios de derivación y seguimiento

Los hallazgos que se deben considerar para solicitar una derivación para diagnóstico, tratamiento y seguimiento son:

- “No pasa” el barrido tonal:
 - No responde a una o más frecuencias a la intensidad establecida correspondiente a 25 dB en uno o en ambos oídos.

- Presenta signos y síntomas que pueden estar asociados a hipoacusia:
 - Dificultad para prestar atención y recordar la información presentada por vía oral.
 - Molestia ante los ruidos fuertes.
 - Dificultad en el dictado.
 - Desempeño escolar bajo.
 - Dificultad para escuchar en ambientes ruidosos.
 - Poca participación en conversaciones.

EVALUACIÓN DEL LENGUAJE, HABLA Y COMUNICACIÓN

El desarrollo de lenguaje es un proceso de esencial importancia. De él dependen no sólo los procesos de comunicación y las habilidades sociales, sino también los procesos de desarrollo del pensamiento, del aprendizaje y de la autorregulación de la conducta.

Los niños, niñas y adolescentes que presentan restricciones comunicativo-lingüísticas deben ser considerados como grupo de riesgo para enfrentar los desafíos escolares y de su vida de relación con el entorno familiar y ampliado. Por este motivo consideramos importante incluir la detección de aquellos signos que puedan corresponder a trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación, a fin de adoptar medidas de intervención, acordes a la organización de cada jurisdicción.

Instrumento de valoración del lenguaje, habla y comunicación.

Como resultado del trabajo realizado por las profesionales de la comisión de Salud Fonoaudiológica, se presenta en el anexo 3 un instrumento de evaluación del lenguaje, habla y comunicación destinado principalmente a niños y niñas que cursan el primer año del nivel primario.

Esta herramienta fue diseñada para ser utilizada en el contexto de PROSANE y permite identificar, de manera rápida y sencilla, a quienes presenten restricciones comunicativo-lingüísticas y

necesiten una derivación para su diagnóstico. El equipo de salud, los docentes y los integrantes de los equipos de orientación escolar de cada institución pueden utilizar este instrumento.

EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA

Tener dientes, encías y bocas saludables son aspectos de la salud que las personas suelen dar por sentado hasta que ya no los tienen. Los expertos señalan que es un hecho lamentable ya que con buenos hábitos y chequeos regulares se podrían prevenir la mayoría de problemas de la salud oral⁵¹.

Las enfermedades bucodentales se pueden prevenir a través de hábitos saludables, tales como el cepillado de los dientes con pasta dental con flúor, los controles regulares anuales, la alimentación saludable (evitando las bebidas gaseosas, los jugos artificiales, los dulces y las golosinas), entre otros⁵¹.

Los problemas de salud bucal fueron los hallazgos más frecuentes en la población en edad escolar. Según los datos del año 2014, el 51,5% de los niños/as y adolescentes evaluados por PROSANE presentaron patología de piezas dentarias, que incluyen la detección de caries, piezas perdidas y obturadas.

Medidas de prevención de las enfermedades odontológicas y promoción de la salud bucal

Desde PROSANE y en función de lo trabajado con el área de odontología se impulsan todas aquellas acciones preventivas y de promoción de la salud bucal de nuestra población escolar, que han demostrado ser efectivas. Se promueve el trabajo conjunto entre la escuela y el centro de salud en los siguientes aspectos que hacen a la prevención y promoción:

- **Realización de talleres** dirigidos a toda la comunidad educativa para trabajar distintos aspectos que hacen a la salud bucal. Se pueden realizar talleres preparados por los niños, niñas y adolescentes promoviendo un rol de agentes promotores de salud en la escuela.
- **Implementar la enseñanza de la técnica de cepillado**, tanto grupal como individual.
- **Construir cepilleros en la escuela:** el objetivo es que cada niño/a y adolescente incorpore el hábito de cepillado diario en la escuela.
- **Realizar topicación con fluoruro de sodio.** El uso tópico de fluoruro de sodio en sus diferentes concentraciones y frecuencias de aplicación constituye una de las principales medidas de prevención masiva de caries dental por su efecto antimicrobiano.
- **Asesoramiento dietético:** sostener hábitos de alimentación saludable genera un impacto positivo en la salud bucal. Una propuesta concreta es fomentar el consumo de agua potable reemplazando los jugos que se consumen en la escuela durante el desayuno, almuerzo o merienda. El control individual de la ingesta de azúcares puede reducir significativamente la aparición de lesiones nuevas.

Examen odontológico en la escuela

El odontólogo/a realizará la evaluación odontológica invitando al niño/a o adolescente a sentarse en una posición cómoda, con la cabeza apoyada. Este procedimiento también puede efectuarse con el niño acostado sobre una colchoneta a una altura adecuada para el trabajo del profesional. Como resultado del trabajo realizado por el PROSANE y el grupo de trabajo en salud bucal, se realizó una nueva propuesta en cuanto a los datos que deben ser relevados y que constituyen criterios de derivación.

En la planilla se incluyó el registro de los siguientes hallazgos:

1. Caries en las piezas temporarias
2. Caries en las piezas permanentes
3. Caries en el primer molar permanente
4. Patología de tejidos blandos
5. Maloclusión
6. Otros

Además de detectar los problemas odontológicos enumerados, es fundamental trabajar en el fortalecimiento de las redes de atención, que puedan dar una respuesta concreta a estas patologías, así como fomentar las medidas de prevención de enfermedad y promoción de la salud bucal en la escuela, en la comunidad y en los centros de salud.

Criterios de derivación odontológica

Los siguientes hallazgos constituyen criterios de derivación:

1. Hallazgos en los tejidos blandos:

- Pérdida de sustancia: erosiones, úlceras traumáticas o no traumáticas y necrosis.
- Agrandamiento u otros hallazgos gingivales.
- Movilidad dentaria fuera del periodo de recambio, principalmente cuando se trata de movilidad de piezas permanentes ya que siempre está asociada a una patología.

2. Hallazgos en los tejidos duros:

- Infecciones:
 - Caries en las piezas dentales temporarias
 - Caries en las piezas dentales permanentes
 - Caries en el primer molar permanente: brinda información en cuanto a la velocidad de deterioro para poder realizar una intervención temprana con la aplicación de selladores.
 - Abscesos localizados.
 - Restos radiculares que puedan provocar úlceras traumáticas.

- Alteración en la oclusión:
 - Pérdida prematura de las piezas dentales temporarias.
 - Retardo en la erupción de las piezas dentales permanentes.
 - Mordidas invertidas.
 - Mordidas abiertas.
 - Apiñamiento dentario.
 - Extrusiones de piezas temporarias que generan contactos prematuros.

3. Otros: se refiere a cualquier otro hallazgo que se considere relevante y no se encuentre enumerado en la planilla.

La presencia de algunos de estos hallazgos odontológicos, tanto en la escuela como en el centro de salud, constituye un criterio de derivación al servicio de odontología del nivel de atención correspondiente, con el objetivo de otorgarle el **Alta Básica Odontológica (ABO)** y dar continuidad a los controles necesarios para llegar a un nivel de resolución integral.

Alta Básica Odontológica (ABO)

Un concepto que se ha incorporado recientemente es el **alta básica odontológica** que comprende la inactivación de caries; la topicación con flúor y la enseñanza de técnica de cepillado.

El objetivo es lograr un acceso amplio a las prácticas preventivas y a un nivel de salud bucal sin focos infecciosos y llegar a otorgar el alta básica odontológica a la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes evaluados, y al mismo tiempo continuar impulsando medidas de prevención de la patología odontológica y promoción de la salud bucal.

El concepto de alta básica odontológica comprende la eliminación de la mayor cantidad de focos infecciosos presentes en la cavidad bucal, el control de la placa bacteriana (tanto el control químico como mecánico) y la eliminación de los sitios retentivos de la placa bacteriana. El objetivo es favorecer que la población de niños y adolescentes accedan ampliamente a las prácticas preventivas y a un nivel de salud bucal sin focos infecciosos.

Estrictamente el ABO incluye las siguientes prácticas, dependiendo de la necesidad de cada caso particular:

- El control químico y mecánico de la placa bacteriana
- El pulido de las obturaciones desbordantes
- La eliminación del cálculo supra gingival
- La colocación de selladores
- La inactivación de las lesiones activas no penetrantes
- El asesoramiento dietético
- La aplicación de fluoruros

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Ley 26.061 Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- (2) Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Escolar. "Manual de implementación". Año 2012.
- (3) Ley 23.849. Convención de los Derechos del Niño.
Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>
- (4) Lineamientos sobre Derechos y Acceso de adolescentes al sistema de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2015.
Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000732cnt-guia-derechos-2016.pdf>
(Última visita: 24/10/16)
- (5) Ley 26.994. Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, capítulo 2, sección 2a, art.26.
Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>
- (6) Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>
- (7) Gaete L., Galindo E., Gil S. M., et al, "Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas". Arch Argent Pediatr. 2014; 112(4). P. 383-390.
- (8) Maron BJ, Thompson PD, Ackerman MJ, et al. "Recommendations and Considerations Related to Preparticipation Screening for Cardiovascular Abnormalities in Competitive Athletes: 2007 Update". Circulation- AHA. 2007; 115: 1643-1655.
- (9) Consenso de Prevención Primaria y Secundaria de Muerte Súbita Sociedad Argentina de Cardiología - Sociedad Uruguaya de Cardiología (con la colaboración del CONAREC). Rev. argent. cardiol. [Internet]. 2012 Abr [citado 2016 Oct 24] ; 80(2): 167-184.
Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000200013&lng=es
- (10) Brieva J. "Maltrato y abuso sexual". En: Guía de atención de Urgencia Pediátrica del Hospital de Niño Ricardo Gutiérrez. Año 2005.
- (11) MattisFlyvholmRanthe, Bo GregersWinkel, Elisabeth Wreford Andersen, BjarkeRisgaard, Jan Wohlfahrt, Henning Bundgaard, StigHaunsø, Mads Melbye, Jacob Tfelt-Hansen, Heather A. Boyd "Risk of cardiovascular disease in family members of young sudden cardiac death victims".EuropeanHeartJournal Feb 2013, 34 (7) 503-511; DOI: 10.1093/eurheartj/ehs350

- (12) Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. "Consenso Nacional Inter-Sociedades Sobre Melanoma Cutáneo". Junio de 2011.
Disponible en: http://www.sar.org.ar/web/docs/publica/consenso_melanoma.pdf(Último acceso: 24/10/16)
- (13) Garbe C1, Peris K, Hauschild A, Saiag P, Middleton M, Spatz A, Grob JJ, Malvey J, Newton-Bishop J, Stratigos A, Pehamberger H, Eggermont A. "Diagnosis and treatment of melanoma: European consensus-based interdisciplinary guideline". Eur J Cancer 2010; 46: 270-283.
- (14) Feinsilber D., Acosta A. C., Rosati O., Kogan N., Schroh R., Corbella C. "Método de codificación de lesiones pigmentarias". Dermatología Argentina, Vol 20, No 2: 94-98 (2014)
- (15) Pau-Charles I., Darwich-Soliva E. y Grimalt R.. "Signos cutáneos del maltrato infantil" Servicio de Dermatología". Actas Dermosifiliogr. 2012; 103(2):94-99
- (16) Donato H., Rosso A., Rossi N., Buys M. C., Rapetti M. C. "Adenomegalias en niños. Normas de diagnóstico y tratamiento". Archivos argentinos de pediatría 2003; 101(3).
- (17) Rocco R. "Adenomegalias".. Programa Nacional de actualización pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría. Capítulo 3, Módulo 1; 2002. P 57-84
- (18) Heinrich, J. J. "Pubertad precoz". Sociedad Argentina de Pediatría. Programa Nacional de actualización pediátrica (PRONAP) Capítulo 2. Módulo 1; 2003. p. 41-73.
- (19) Zeiguer B., Uriarte A. M., Galvano A. "Abordaje y examen ginecológico" En: Nora Zeiguer N., Manual de ginecología infanto juvenil. Capítulo IV. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil; 2005.
- (20) Escobar M. E., Gryngarten M. "Pubarca precoz. Telarca precoz." En: Manual de ginecología infanto juvenil. Capítulo IV. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil; 2005.
- (21) Lejarraga H y col. "Método no invasivo para la evaluación del desarrollo sexual en la adolescencia". Archivos Argentinos de Pediatría 2009; 107(5):423-429.
- (22) Stéfano E. E. "Trastornos de la marcha, enfoque general". En: Programa Nacional de actualización pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría. Capítulo 2: Módulo 4; 2002. p. 29-46.
- (23) Vecchi. C. "La marcha y sus desordenes, una perspectiva neurológica". Programa Nacional de actualización pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría. Capítulo 1: Módulo 4; 2002. P. 9-27.
- (24) Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría, Ministerio de Salud de la Nación, OPS, 2009.
Disponible en: www.msal.gov.ar/images/.../0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional
- (25) Guía para la evaluación del crecimiento físico, Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo, Sociedad Argentina de Pediatría. 2013.
Disponible en: www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013

- (26) Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría: Hipertensión arterial en el niño y el adolescente. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2005 Ago [citado 2016 Oct 26]; 103(4): 348-357.
Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000400012&lng=es
- (27) Gerald S. Berenson, M.D., Sathanur R. Srinivasan, Ph.D., Weihang Bao, Ph.D., William P. Newman, M.D., Richard E. Tracy, M.D., Ph.D., and Wendy A. Wattigney, M.S., "Association between Multiple Cardiovascular Risk Factors and Atherosclerosis in Children and Young Adults". N Engl J Med, 1998; 338:1650-1656. June 4, 1998
- (28) National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in children and adolescents. The Fourth Report on Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2004; 111 (nº 2: 555-576).
Disponible en:
http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/114/Supplement_2/555.full.pdf
- (29) National Heart Lung and Blood Pressure Institute. Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children 1987. Pediatrics 1987; 79: 1-25.
- (30) 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007 Jun;25(6):1105-87.
- (31) Briones, L.; Pompozzi, L; López, M. Revisor: Delgado, N. Hipertensión arterial. En: Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Criterios de Atención. Vol. 1. Bs. As. Fundación Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". 1997: 87 - 91.
Disponible en: http://www.garrahan.gob.ar/images/intranet/guias_atencion/protocolo/hta.pdf
- (32) Lurbe E., Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, Dominiczak A, Erdine S, Hirth A, Invitti C, Litwin M, Mancia G, Pall D, Rascher W, Redon J, Schaefer F, Seeman T, Sinha M, Stabouli S, Webb NJ, Wühl E, Zanchetti A. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. J Hypertens. 2016 Oct; 34(10):1887-920. doi: 10.1097/HJH.0000000000001039.
- (33) Levit J. M. "Organización de un tamizado escolar". Problemas visuales en el aula. OPS. Capítulo 7. 1994: 70-79
- (34) Moreno de Mulet E. Capítulo 37: "Pautas para la determinación de la agudeza visual en la prevención de la salud visual de los niños". En: Dr. Julio Manzitti, et al, coordinadores. Salta: Universidad Católica de Salta (UCASAL) y Consejo Argentino de Oftalmología (CAO). Oftalmología Pediátrica, Módulo 14: primera edición, Buenos Aires, 2010. P. 603-606.
- (35) Levit J. M. "Manifestaciones de la disfunción visual". Problemas visuales en el aula. OPS. Capítulo 5. 1990: 39-47
- (36) Stevens et al, WHO MBD Global estimates on hearing loss, 2012, EJPH.
Disponible en: http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf (última entrada el 6/10/2016).
- (37) Schonhaut Luisa, et al. Problemas auditivos en preescolares, según estudio audiológico y percepción de educadores. Región Metropolitana, 2005. Revista Chilena de Pediatría 77 (3); 247-253, 2006.
Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2817/2711>

- (38) Agüero A., Borria J. J., De Mola M., Asnaghi P., Cansler A., Edelstein S. y Mariano L.. Evaluación audiométrica de escolares bonaerenses. Bol Oficina SanitPanam 119(4), 1995.
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v119n4p292.pdf>
- (39) Chronic suppurative Otitis media: burden of illness and management options, WHO2004.
http://www.who.int/pbd/publications/Chronicsuppurativeotitis_media.pdf
- (40) American Speech- Language-Hearing Association (ASHA) Panel on Audiologic Assessment. Guidelines for Audiologic Screening. Guidelines for Screening for Hearing Impairment—School-Age Children, 5 Through 18 Years
- (41) Clemente Estevan, Rosa Ana. Desarrollo del lenguaje: manual para profesionales de la intervención en ambientes educativos. Barcelona. Editorial Octaedro; 1995.
- (42) Cuxart Francesc. El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos. Ediciones Aljibe. Madrid; 2000.
- (43) Graciano, C. Y Álvarez, A. El Enfoque Fonológico en las alteraciones del habla Infantil. Ed. Dunken; 2009.
- (44) Monfort, M. Juárez Sánchez A. El niño que habla. Ed. Cepe. Madrid ; 2002.
- (45) Monfort, M. Y JuarezSanchez, A. Leer para hablar: la adquisición del lenguaje escrito en niños con alteraciones del desarrollo y/o del lenguaje. Ed. Entha. Madrid; 2004.
- (46) Narbona, J. y Chevie- Muller, C. El lenguaje del niño. Desarrollo normal. Evaluación y Trastornos. Ed. Masson. Barcelona; 1997.
- (47) Beatriz B. de Touzet . Tartamudez: Una Disfluencia con cuerpo y alma. Ed. Paidós Ibérica ; 2002.
- (48) Escala Alfa. Para la evaluación del lenguaje en niños de 3 a 17 años. Jacoba Feldman. María Graciela Torres.
- (49) Test TermanMerril
- (50) Lic. Alicia Camarasa y cols. “Trastornos de la Comunicación y el Lenguaje. Detección Temprana.” Capítulo 3. Módulo 3. Programa Nacional de actualización Pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). 2010.
- (51) Organización Panamericana de la Salud. “La salud bucodental es esencial para la salud general”. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387%3A2013-oral-health-vital-overall-health&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
(Ultimo acceso: 21/10/2016).

ANEXO 1. Planilla de CIS

Planilla N°: _____

N° efector del centro de salud: _____

Fecha de examen: ____ / ____ / ____

EVALUACIÓN INTEGRAL DE SALUD

A continuación les solicitamos que completen la siguiente información que será de utilidad para que los equipos de salud realicen una evaluación completa. Los datos brindados serán tratados con la máxima confidencialidad. En caso de tener alguna duda pueden acercarse a la escuela o al centro de salud.

Tomo conocimiento que el equipo de salud realizará a (nombre y apellido del niño/a o adolescente) _____ un examen clínico y odontológico, y aplicará las vacunas correspondientes para completar el calendario si fuese necesario.
 Nombre y apellido del padre/madre o adulto responsable: _____
 Tipo de documento del padre/madre o adulto responsable: _____ N° de documento: _____ Firma: _____

A partir de los 17 años cumplidos no es necesario la firma de un adulto responsable.

DATOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE Y SU FAMILIA

DATOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Nombre y apellido del niño/a o adolescente: _____

Domicilio: Calle _____ N° _____ Piso _____ Depto. _____ Manzana _____ Casa _____ N° _____ Píera _____
 Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Teléfono fijo: _____ Celular: _____
 Tipo de documento: _____ N° de documento: _____ Sexo: F _____ M _____
 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad (en años): _____

Cobertura de salud

Obra Social (incluye PAMI)

Programas o planes estatales de Salud (asignación universal, plan Sumar, etc.)

Plan privado o Prepaga No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal

Nivel educativo del niño/a o adolescente

Inicial Sala: _____

Primario Grado: _____

Secundario Año: _____

Antecedentes de salud del niño/a o adolescente

¿Nació prematuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Peso de nacimiento (kg.): _____	Sí	No	No sabe
¿Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado diabetes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado presión arterial alta?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene o ha tenido episodios de diarrea frecuente o a repetición?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Causa: _____			
¿Recibe algún tratamiento médico, psicológico, fonocardiológico, etc.?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Cuál? _____			
¿Hay algo de la salud del niño/a o adolescente que le preocupa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Qué le preocupa? _____			
¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carnet de vacunas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hace menos de 1 año <input type="checkbox"/> Hace más de 1 año <input type="checkbox"/> No recuerda			
¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Cuál? _____			
Ambito de la escuela	Sector de gestión	Modalidad educativa	¿Es una escuela Intercultural bilingüe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Común	¿Es una escuela rural con plurigrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Urbana	<input type="checkbox"/> Social/cooperativa	<input type="checkbox"/> Especial		

Control Integral de Salud (cont.)

Programa Nacional de Salud Bucal



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Para ser completado por el médico o odontólogo

Evaluación antropométrica: Se evaluó No se evaluó

Peso (kg): _____ Talla (cm): _____ IMC: _____

Presión arterial: Se evaluó No se evaluó

Presión arterial sistólica (PAS): Menor a 90 PC Mayor o igual a 90 Mayor o igual a 130 mmHg

Presión arterial diastólica (PAD): Menor a 60 PC Mayor o igual a 90 Mayor o igual a 95 mmHg

Agudeza visual: Se evaluó No se evaluó

Uso lentes: SI No

Evaluación de la agudeza visual (con lentes si los usa)

Ojo derecho: 20/20 20/30 20/40 20/50 20/60 20/70 20/80 20/90 20/100

Ojo izquierdo: 20/20 20/30 20/40 20/50 20/60 20/70 20/80 20/90 20/100

Audiometría o barrido tonal: No SI

¿Se realizó audiometría o barrido tonal? Resultado: Pasa No pasa

HALLAZGOS CLÍNICOS

Piel y uñas: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Nevos con ornito de derivación (Asimetría, bordes, color, diámetro, evolución)

Escabiosis Piodermis Pediculosis L.C.M. Otros:

P. blandas: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Adenomegalia localizada Adenomegalias generalizadas Otros:

Cardiovascular: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Presión arterial elevada Ausencia o alteración del pulso humeral, radial o femoral (uni o bilateral)

Soplo Arritmia Otros:

Respiratorio: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Hallazgos auscultatorios Respiración bucal Otros:

Abdominal: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Hepatoomegalia Masa palpable Esplenomegalia Hemias Otros:

Genitourinario (niños): Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Signos de pubertad precoz (en niños menores de 9 años)

Testículo no descendido Hernia Fimosis Asimetría testicular Varicocele Otros:

Genitourinario (niñas): Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Signos de pubertad precoz (en niñas menores de 8 años) Otros:

Osteoarticular: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Maniobra de Adams positiva Alteraciones de la marcha Otros:

Neurológico: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Paresias o signos focales Movimientos anormales Otros:

Salud visual: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Disminución de la agudeza visual Estrabismo Posición anormal de la cabeza Alteraciones del ojo externo Otros:

Salud fono-auditiva: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

"No pasa" Audiometría/barrido tonal Alteraciones en el lenguaje, habla y/o comunicación Otros:

PARA SER COMPLETADO POR EL(A) ODONTÓLOGO(A)

Nombre y apellido del profesional: _____

Fecha del examen: / / Firma y sello: _____

¿Se realizó topografía con fluor durante la consulta? SI No

Salud bucal: Con hallazgos relevantes Sin hallazgos relevantes No se evaluó

Caries en piezas temporarias Caries en piezas permanentes Caries en el 1° molar permanente Patología de tejidos blandos Maloclusión Otros:

DERIVACIONES E INTERCONSULTAS

Centro asistencial al cual se interconsulta o deriva: _____

Odoncología: SI No Motivo: _____

Oftalmología: SI No Motivo: _____

Nutrición: SI No Motivo: _____

Vacunatorio: SI No Motivo: _____

Pediatría: SI No Motivo: _____

Fonoaudiología: SI No Motivo: _____

Cardiología: SI No Motivo: _____

Traumatología: SI No Motivo: _____

Cirugía: SI No Motivo: _____

Urología: SI No Motivo: _____

O.R.L.: SI No Motivo: _____

Dermatología: SI No Motivo: _____

Neurología: SI No Motivo: _____

Trabajo Social: SI No Motivo: _____

Psicología: SI No Motivo: _____

Psicopedagogía: SI No Motivo: _____

Agente Sanitario: SI No Motivo: _____

Otros: SI No Motivo: _____

Dejo constancia que a _____ años de edad se le ha realizado un Control Integral de Salud.

De no mediar interurrencias clínicas que definan lo contrario, esta constancia tiene validez por un año.

Observaciones: _____

Presenta vacunas completas para su edad

Presenta vacunación en curso

Debe completar vacunas

Día Mes Año _____ Firma y sello del médico _____

ANEXO 2. PARTICIPANTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD ESCOLAR

1. PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

- Dra. María Beatriz Greco
- Dra. Nelly Minyersky
- Prof. Lidia Tundidor
- Lic. Nilda Vainstein
- Dra. Silvia Sepliarsky

2. PEDIATRÍA AMBULATORIA

- Dra. Fanny Breitman
- Dra. Ana Houdek
- Dra. Claudia Palladino
- Dr. Daniel Quiroga
- Dra. Silvina Radio
- Dra. Carla Vizzotti
- Dra. Lucrecia Manfredi

3. EPIDEMIOLOGÍA

- Dr. Jorge Deschutter
- Dr. Guillermo Macías
- Dr. Enrique Abeyá Gilardón

4. NUTRICIÓN Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

- Dr. Jonatan Konfino
- Dr. Sebastián Laspiur
- Lic. Elsa Longo
- Dr. Luis A. Pompozzi

5. COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD

- Dra. Noemí Bordoní
- Dra. María Belén César
- Dr. Alejandro Dávila

6. SALUD VISUAL

- Dr. Julio Manzitti
- Dra. Verónica Brollo

7. SALUD FONOAUDIOLÓGICA

AUDIOLOGÍA

- Dra. Margarita Acosta
- Dra. Nora Neustadt
- Prof. Dr. Aldo Yanco

LENGUAJE

- Lic. Liliana Arjona
- Lic. Alicia Camarasa
- Dra. Liliana Haller

ANEXO 3. DISPOSITIVO DE VALORACIÓN DEL LENGUAJE, HABLA Y COMUNICACIÓN.

Este dispositivo ha sido realizado por: Lic. Liliana Arjona, Lic. Alicia Camarasa y la Dra. Liliana Haller

Introducción

El desarrollo del lenguaje es un proceso de esencial importancia. De él dependen los procesos de comunicación y habilidades sociales, así como también los procesos de desarrollo del pensamiento, aprendizaje y autorregulación de la conducta.

Los niños que presentan restricciones comunicativo-lingüísticas deben ser considerados como grupo de riesgo para enfrentar los desafíos escolares. Por este motivo consideramos fundamental incluir, en el marco de PROSANE, la detección de aquellos signos que puedan corresponder a trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación a fin de adoptar medidas de intervención oportunas.

Desarrollo del Lenguaje, Habla y Comunicación

El **lenguaje** es una Función Cerebral Superior y como tal de gran complejidad que adquiere gran importancia en las etapas tempranas del desarrollo, condicionando la vida socioemocional y académica del infante. Se lo define como un código (sistema de reglas convencional) que los humanos utilizamos para compartir ideas y sentimientos con los demás sujetos.

El **lenguaje** incluye los aspectos pragmático, semántico, sintáctico y fonológico:

Aspecto pragmático	Uso social	Intención del mensaje
Aspecto semántico	Contenido	Significado del mensaje
Aspectos sintáctico y fonológico	Formas del lenguaje	Tipo de oración y pronunciación

El **habla** es la manifestación individual del lenguaje. Así, por ejemplo, la pronunciación del fonema /rr/ y/o /ll/ en diferentes regiones de nuestro país adquiere sutiles diferencias, que no interfieren en la inteligibilidad del mensaje.

El **habla** constituye uno de los aspectos del lenguaje que reúne a la fonética y a la fonología. Cuando se alteran alguna de las dos ocasionan pérdida de la inteligibilidad de lo producido oralmente. También se manifiesta a través de la fluidez verbal, la coordinación de la respiración y el uso adecuado de la voz. La alteración de la fluidez del habla se denomina disfluencia o tartamudez.

La **comunicación** es un concepto aún más abarcativo que el lenguaje ya que implica la posibilidad de tener en cuenta al otro como interlocutor y la intencionalidad para comunicar. Comienza su desarrollo antes que el niño manifieste poseer lenguaje. El desarrollo de las habilidades comunicativas es un requisito para el desarrollo del lenguaje.

A continuación se describe el desarrollo del lenguaje, habla y comunicación esperable para los niños/as que comienzan y finalizan la escuela primaria.

Se espera que un niño que ingresa a la escuela primaria (6 años), alcance los siguientes hitos generales en el desarrollo del lenguaje, habla y comunicación:

- Mantener el tópico del tema durante una situación de intercambio, respetar los turnos de habla y que su discurso se ajuste al contexto.
- Comprender una orden de varios pasos y cumplirla.
- Comprender una historia sencilla y ser capaz de responder preguntas sobre la misma formulando frases gramaticalmente adecuadas.
- Narrar un acontecimiento pasado.
- Comprender un absurdo verbal sencillo y ser capaz de explicarlo o justificarlo.
- Definir un objeto según su categoría (mueble, animal, país, etc.).
- Pronunciar correctamente todos los sonidos del habla.

Se espera que un niño que está finalizando la escuela primaria (11 o 12 años), alcance los siguientes hitos generales en el desarrollo del lenguaje, habla y comunicación:

- Comprender sin dificultades textos leídos y/o escuchados y responder correctamente a todas las preguntas sobre el mismo.
- Ser capaz de narrar un cuento inventado por él mismo.
- Leer y comprender un texto correspondiente al grado que está cursando (6°- 7°)
- Explicar oralmente un procedimiento (pasos).
- Comprender, explicar y/o justificar un absurdo verbal.
- Utilizar frases largas y gramaticalmente complejas (con complementos) que incluyan los tiempos verbales básicos.
- Contar con un vocabulario amplio.
- Escribir frases y/o narraciones gramaticalmente adecuadas. Manejar correctamente las reglas ortográficas básicas.

Guía para la valoración del lenguaje, habla y comunicación

La presente propuesta de evaluación de la comunicación y el lenguaje oral es el resultado de un trabajo interdisciplinario a lo largo de varios meses. En su elaboración han intervenido profesionales del área Fonoaudiológica del grupo de Expertos de PROSANE^B, que han brindado sus conocimientos, reflexiones y experiencias con el objeto de ofrecer un instrumento de evaluación diseñado exclusivamente para el Programa.

El objetivo de la evaluación es detectar y seleccionar a aquellos niños/as que presentan indicadores de posibles trastornos del lenguaje, habla y comunicación, de una forma sencilla y rápida durante el control integral de salud del PROSANE. Los niños/as detectados requieren ser derivados a un fonoaudiólogo/a para que realice una evaluación rigurosa y pormenorizada a fin de diagnosticar o descartar restricciones comunicativo-lingüísticas.

Los niños y niñas que presentan restricciones comunicativo-lingüísticas deben ser considerados como un grupo de riesgo para enfrentar los desafíos escolares.

^BLa comisión de fonoaudiología del Comité de expertos está integrada por la Lic. Liliana Arjona, la Lic. Alicia Camarasa y la Dra. Liliana Haller.

Detección de posibles trastornos del lenguaje, habla y comunicación en el PROSANE

El presente instrumento de detección de indicadores fue diseñado para ser utilizado por el médico o el fonoaudiólogo del equipo de salud durante el control en la escuela o en el CAPS correspondiente. También podrá ser utilizado por el equipo docente a cargo del niño/a.

El instrumento consta de 5 ítems que exploran los distintos componentes del lenguaje, habla y comunicación que se detallan en cada punto. Para aplicar el instrumento el examinador invitará al niño/a dialogar a través de preguntas, algunas abiertas y otras dirigidas; y la presentación de consignas sencillas que se detallan a continuación a modo de ejemplos.

Registro abreviado de indicadores de posibles trastornos del habla, lenguaje y comunicación

Marcar con una cruz el casillero que corresponda:

	Interacción entre el examinador (E) y el niño/a (N)	SI	NO
1	Mira a los ojos cuando se le habla		
2	Responde coherentemente a la pregunta formulada		
3	Se traba al hablar, hace fuerza y/o repite sonidos o palabras		
4 a.	Responde formulando frases gramaticalmente adecuadas compuestas de 4 o más palabras		
4 b1.	Es capaz de relatar en forma ordenada una secuencia de actividades de la vida diaria (AVD)		
4 b2.	Es capaz de explicar un absurdo verbal		
5	Omite y/o sustituye partículas (partes) de la oración (Ejemplo: verbo o artículos)		
6	Reemplaza u omite un sonido por otro durante la producción espontánea (Ejemplo: caRacol dice caDacol u omite Rápido dice Apido)		

Instructivo para la aplicación del registro abreviado de indicadores de posibles trastornos del habla, lenguaje y comunicación.

A continuación se desarrollan cada uno de los 5 ítems del registro, detallando como se evalúa cada indicador y que aspecto evalúa. Asimismo se proveen ejemplos para su aplicación.

El agente de salud o el docente, desde este momento denominado examinador (E), observará los siguientes indicadores en el niño/a (N) durante la administración del registro.

1. Mira a los ojos cuando le habla:

¿Qué aspecto evalúa?	Habilidades comunicativas; aspecto pragmático.
¿Cómo se evalúa el indicador?	El examinador (E) observa si el niño/a (N) mira a su rostro/ojos anticipando que le van a formular una pregunta y/o si el (N) sostiene su mirada sobre la del (E) al responderle.
¿Cómo se registra?	Marcar una cruz en SI cuando el (N) mira a su rostro/ojos y/o sostiene su mirada. Marcar una cruz en NO cuando a pesar de las propuestas del (E) no se logra el contacto visual.

2. Responde “coherentemente” a la pregunta formulada:

¿Qué aspecto evalúa?	Lenguaje comprensivo; aspecto semántico.
¿Cómo se evalúa el indicador?	El (E) formula una pregunta abierta y se evalúa si la respuesta responde estrictamente a la pregunta respetando el tema Se acepta la iniciativa del (N) a ampliar la respuesta siempre que incluya en la misma lo estrictamente preguntado.
Ejemplos	¿Quién te compro tus zapatillas? ¿Cómo viniste a la escuela?
¿Cómo se registra?	Marcar una cruz en SI cuando el (N) responde respetando el tema de la pregunta. Marcar una cruz en NO cuando el (N) no respeta el tema de la pregunta. Ejemplo 1: (E): ¿Quién te compro tus zapatillas? (N): Mi mamá. SI se acepta (N): Mi mamá porque las otras se rompieron. SI se acepta (N): Son azules. NO se acepta (N): No me gustan, eran de mi hermano. NO se acepta

	<p>Ejemplo 2:</p> <p>(E): ¿Cómo viniste a la escuela?</p> <p>(N): Caminando. SI se acepta</p> <p>(N): Vine en colectivo con mi hermano. SI se acepta</p> <p>(N): No quiero venir a la escuela. NO se acepta</p> <p>(N): El auto no anda. NO se acepta</p>
--	---

3. Se traba al hablar, hace fuerza y/o repite sonidos o palabras:

¿Qué aspecto evalúa?	Fluidez del habla
¿Cómo se evalúa el indicador?	Durante la respuesta al ítem 2 o durante el dialogo libre con el (N), el (E) evalúa la fluidez del lenguaje.
¿Cómo se registra?	<p>Marcar una cruz en SI cuando el (E) observa que el (N):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emite las palabras repitiendo la sílaba inicial varias veces o la palabra completa. - Junta sus labios con fuerza pero no logra emitir sonido. - Baja la vista y manifiesta vergüenza ante su imposibilidad de hablar. - Acompaña alguna de estas manifestaciones con rigidez facial/corporal y/o aparición de movimientos corporales.

Nota: Dada la alta prevalencia de las disfluencias en los niños/as en edad escolar, en el ANEXO 1 se detallan los aspectos más importantes a tener en cuenta sobre esta temática.

4. a. Responde formulando frases gramaticalmente adecuadas compuestas de 4 o más palabras.

¿Qué aspecto evalúa?	Lenguaje Comprensivo; aspecto semántico. Lenguaje Expresivo; aspecto sintáctico.
¿Cómo se evalúa el indicador?	El (E) formula una pregunta o se basa en las preguntas anteriores y comprueba la respuesta. Se considera una respuesta apropiada cuando incluye 4 o más palabras.
Ejemplos	¿A qué te gusta jugar?
¿Cómo se registra?	<p>Marcar una cruz en SI cuando el (N) responde de manera apropiada incluyendo 4 o más palabras en su respuesta. Marcar una cruz en NO cuando la respuesta es inapropiada e incluye oraciones cortas de menos de 4 palabras o monosílabas.</p> <p>Ejemplo: (E): ¿A qué te gusta jugar? (N): Me gusta mirar dibujitos en la tele. SI (N): Me gusta ir a la plaza a jugar a la pelota con mis primos. SI (N): Dibujitos. NO (N): Miro tele. NO (N): Tele miro dibujitos. NO</p>

4. b1. Es capaz de relatar en forma ordenada una secuencia de las actividades de la vida diaria (AVD).

¿Qué aspecto evalúa?	Lenguaje Comprensivo; aspecto semántico. Lenguaje Expresivo; aspecto semántico y sintáctico.
¿Cómo se evalúa el indicador?	El (E) le pregunta al (N) sobre actividades de su vida cotidiana.
Ejemplo	Contame todo lo que hiciste ayer desde que te levantaste ¿Cómo preparas un sándwich? ¿Cómo se prepara un mate?
¿Cómo se registra?	Marcar una cruz en SI cuando el (N) sigue un orden cronológico temporal. Ejemplos: (N): Ayer mire la tele y después salí a la plaza con mi hermano. En la plaza estaba Juan, mi amigo de la escuela. Con Juan jugamos en el tobogán. Cuando empezó a llover nos volvimos corriendo para mi casa y mi mamá hizo la leche. SI (N): Me gusta ir a casa de mi tía porque tiene un patio grande y puedo jugar a la pelota. Pero como mi tía vive lejos tenemos que caminar como 10 cuadras para llegar a la parada del colectivo. Ese colectivo tarda mucho en venir y después tenemos un viaje largo. SI (N): Relata los pasos ordenados para preparar un mate o un sándwich. SI (N): En la plaza había un perro. Yo comí un helado y mi mamá tejía. En la tele miré Paka-Paka. Las hamacas estaban rotas. NO

4. b2. Es capaz de explicar un absurdo verbal.

¿Qué aspecto evalúa?	Lenguaje Comprensivo; aspecto semántico. Lenguaje Expresivo; aspecto semántico y sintáctico.
¿Cómo se evalúa el indicador?	El (E) le explicará al (N) que le va a leer una oración o una pequeña historia y que el (N) tendrá que pensar si el relato está bien o mal. El (N) solo debe responde por SI o NO. Luego el (E) le solicitará al (N) que justifique su respuesta. La justificación o explicación del absurdo es absolutamente indispensable para la adjudicación de un puntaje positivo.
Ejemplo	Se sugiere utilizar los siguientes absurdos para administrar en niños de 6 años: <ul style="list-style-type: none"> • “Míralo con los oídos oscuros”. • “Tanto sol mojará el cielo”. Se sugiere utilizar los siguientes absurdos para administrar en niños de 10 y 11 años:

	<ul style="list-style-type: none"> • 10 años. “Pablo ha saltado por encima de su sombra” • 10 años. “Este soldado es muy valiente, ha matado una hormiga que trepaba por su pierna” • 11 años. “Por la mañana temprano, cuando mi padre terminó la cena, leyó el diario”
¿Cómo se registra?	Marcar una cruz en SI cuando el niño/a puede justificar o explicar el absurdo.

5. Omite partículas de la oración.

¿Qué aspecto evalúa?	Lenguaje expresivo; aspecto sintáctico.
¿Cómo se evalúa el indicador?	El (E) formula una pregunta o se basa en las preguntas anteriores y comprueba la respuesta.
¿Cómo se registra?	<p>Marcar una cruz en SI cuando el (N) produce una oración u oraciones de manera telegráfica.</p> <p>(E): Contame que hiciste ayer. (N): Tele la cama. SI (omite partículas de la oración) (N): Comimos guiso arroz. SI (omite partículas de la oración) (N): Mire la tele en la cama NO (no omite partículas de la oración) (N): Comimos guiso con arroz. NO (no omite partículas de la oración)</p>

6. Reemplaza u omite un sonido por otro durante la producción espontánea.

¿Qué aspecto evalúa?	Lenguaje expresivo; aspecto fonético y fonología.
¿Cómo se evalúa el indicador?	El (E) formula una pregunta o se basa en las preguntas anteriores y comprueba la respuesta.
¿Cómo se registra?	<p>Marcar una cruz en SI cuando el (N) produce palabras con fallas de pronunciación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omite un sonido/letra o sílaba - Sustituye una letra por otra - Produce palabras ininteligibles <p>Ejemplos: Campea en lugar de campera. SI (Omite) Pampera en lugar de campera. SI (Sustituye) Amea en lugar de campera. SI (Ininteligible)</p> <p>Maiposa en lugar de mariposa. SI (Omite) Madiposa en lugar de mariposa. SI (Sustituye) Mapipopa en lugar de mariposa. SI (Ininteligible)</p>

Criterios de Derivación

A partir del **registro abreviado de indicadores de posibles trastornos del habla, lenguaje y comunicación**, los niños/as que presenten al menos uno de los siguientes signos deberán ser derivados a una consulta con un fonoaudiólogo/a:

- No mira a los ojos cuando le habla
- No responde coherentemente a la pregunta formulada
- Se traba al hablar, hace fuerza y/o repite sonidos o palabras
- No responde formulando frases gramaticalmente adecuadas compuestas de 4 o más palabras
- No es capaz de relatar en forma ordenada una secuencia de actividades de la vida diaria
- No es capaz de explicar un absurdo verbal
- Omite y/o sustituye partículas (partes) de la oración
- Reemplaza u omite un sonido por otro durante la producción espontánea

	Interacción entre el examinador (E) y el niño/a (N)	SI	NO
1	Mira a los ojos cuando le habla		X
2	Responde coherentemente a la pregunta formulada		X
3	Se traba al hablar, hace fuerza y/o repite sonidos o palabras	X	
4 a.	Responde formulando frases gramaticalmente adecuadas compuestas de 4 o más palabras		X
4 b1.	Es capaz de relatar en forma ordenada una secuencia de actividades de la vida diaria (AVD)		X
4 b2.	Es capaz de explicar un absurdo verbal		X
5	Omite y/o sustituye partículas (partes) de la oración (Ejemplo: verbo o artículos)	X	
6	Reemplaza u omite un sonido por otro durante la producción espontánea (Ejemplo: ca R acol dice ca D acol u omite R ápido dice A pido)	X	

Además, otros signos de alarma a tener en cuenta para realizar una derivación son aquellos relacionados con la comunicación, el lenguaje y el habla:

Signos de alerta en relación a la comunicación:

- Tendencia a aislarse en los recreos, prefiere jugar solo, no respeta reglas.
- Juego repetitivo.
- Mala adaptación, presenta conductas perseverativas o rituales.
- Falta de sostén de la mirada.
- No responde a pautas sociales, no saluda.
- En relación al lenguaje sus respuestas no se ajustan al contexto, no comprende las consignas, comprensión literal.
- En su vocabulario se advierten palabras “sofisticadas”.
- Usa frases hechas (en ambos casos extraídas de la TV frecuentemente).

Signos de alerta en relación al lenguaje:

- No comprende las consignas, responde de manera parcial.
- En relación a la producción oral sustituye sonidos de diferente manera en cada mensaje (ej. Dice ma**Pi**Rosa en lugar de ma**Ri**Posa, al momento dice **MaM**iposa en lugar de ma**Ri**posa).
- Usa frases cortas en relación a lo esperable para su edad.

Signos de alerta en relación al habla:

- No pronuncia correctamente todas las palabras.
- Siempre sustituye o deforma la pronunciación de un mismo fonema (ej: **Go**jo en lugar de **Ro**jo.;pa**S**aso por payaso, etc.)
- Altera la fluidez.

Las disfluencias son uno de los trastornos más prevalentes en los niños/as en edad escolar. A continuación se detallan sus principales características.

Las disfluencias se clasifican en típicas y atípicas:

1) Las **disfluencias típicas** se caracterizan por presentar:

- Vacilaciones, pausas, silencios.
Ej. Pero.... pero..... eso no es mío.
- Reformulación o Modificación de frases u oraciones.
Ej. Reformulación: ¿Voy después.... eh me quedo con mamá?
Repetición de frase: Mamá quiero más, mamá quiero más leche.
- Repetición de palabras o sílabas (tres como máximo), sin tensión, sin esfuerzo.
Ej.: Mamá, mamá dame más. Mama mamá dame más.

Cuando el niño responde a estas dificultades para hablar con sentimientos de vergüenza, miedo o frustración, puede comenzar a mostrar un mayor esfuerzo al hablardando lugar a una disfluencia atípica o patológica.

En muchos casos frente a estas dificultades que el niño percibe, trata de pasar desapercibido, no habla, y en general su conducta lo pone en lugar de un “niño tímido”. Esto debe ser una señal de alerta.

2) Las **disfluencias / actitudes atípicas** se caracterizan por presentar:

- Desviación de la mirada
- Repetición de palabras monosilábicas, sílabas o parte de la palabra con tensión (tres o más). Hablamos de tensión cuando el niño hace esfuerzo al hablar.
- Prolongaciones de sonidos, bloqueos (esfuerzo al hablar), inspiraciones visibles o audibles, movimientos corporales asociados.

La detección de este tipo de disfluencias debe ser derivadas para ser valorados por un fonoaudiólogo/a.

Bibliografía

- (1) CLEMENTE ESTEVAN, M. (1995). "Desarrollo del lenguaje". Barcelona. Ed. Octaedro.
- (2) CUXART (2000) *El autismo*. Madrid: Ed. El Aljibe. Traducción.
- (3) GRACIANO, K. y ÁLVAREZ, A. (2009) "El Enfoque Fonológico en las alteraciones del habla infantil". Ed. Dunken
- (4) MONFORT, M. JUÁREZ SÁNCHEZ A. (2002) *El niño que habla*. Madrid: Ed. Cepe.
- (5) MONFORT, M. y JUAREZ SANCHEZ, A. (2004) "Leer para hablar. La adquisición del lenguaje escrito en niños con alteraciones del desarrollo y/o lenguaje". Ed. Entha.
- (6) Narbona, J. y Chevrie- Muller, C. (1997). "El lenguaje del niño. Desarrollo normal. Evaluación y Trastornos". Barcelona. Ed. Masson.
- (7) Beatriz B. de Touzet. (2002) "Tartamudez: Una Disfluencia con cuerpo y alma". Ed. Paidós.
- (8) Escala Alfa. Para la evaluación del lenguaje en niños de 3 a 17 años. Jacoba Feldman. María Graciela Torres.
- (9) Test Terman Merrill
- (10) Camarasa y cols. (2010) SAP. PRONAP. "Trastornos de la Comunicación y el Lenguaje. Detección Temprana."

República Argentina 
salud.gob.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación