

Las normas traducidas para la sección de Salud oral en cuidado infantil y educación temprana tienen vigencia a partir del 30 de enero de 2020, y pueden no reflejar las revisiones a las normas CFOC que se hicieron después de esta fecha.

Recopilación especial

Salud oral en cuidado infantil y educación temprana

Un proyecto colaborativo conjunto de:

Academia Americana de Pediatría
141 Northwest Point Boulevard
Elk Grove Village, IL 60007-1019

Asociación Estadounidense de Salud Pública
800 I Street, NW
Washington, DC 20001-3710

Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana,
University of Colorado, College of Nursing
13120 E 19th Avenue
Aurora, CO 80045

Este proyecto contó con el apoyo de la Oficina de Salud Infantil y Maternal, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Acuerdo Cooperativo #U46MC09810)

Copyright © 2013

Academia Americana de Pediatría
Asociación Estadounidense de Salud Pública
Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana

Tabla de contenidos

Prácticas de salud oral

- 3.1.4.3 Uso del chupón
- 3.1.5.1 Actividades de higiene oral de rutina
- 3.1.5.2 Cepillos de dientes y pasta dental
- 3.6.1.5 Está prohibido compartir artículos personales
- 5.5.0.1 Almacenamiento y etiquetado de artículos personales
- 2.1.1.1 Programa escrito de actividades diarias y declaración de principios

Educación y capacitación

- 2.4.1.1 Temas de educación de salud y seguridad para los niños
- 2.4.1.2 Ejemplo del personal sobre comportamiento seguro y saludable y actividades de educación de salud y seguridad
- 2.4.2.1 Temas de educación de salud y seguridad para el personal
- 2.4.3.2 Plan de educación de padres/tutores
- 3.1.5.3 Educación sobre salud oral
- 1.4.3.2 Temas cubiertos en la capacitación de primeros auxilios pediátricos
- 1.4.4.1 Educación continua para directores y cuidadores/maestros en centros y hogares de cuidado infantil familiar grandes
- 1.4.4.2 Educación continua para cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños
- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil
- 1.3.2.7 Calificaciones y responsabilidades de los defensores de salud

Alimentación y nutrición

- 4.2.0.6 Disponibilidad del agua potable
- 4.2.0.7 Jugo de 100% de fruta
- 4.3.1.8 Técnicas para alimentación con biberón
- 4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

Enfermedades infecciosas relacionadas con la salud oral

- 7.5.12.1 Aftas (Candidiasis)
- 7.6.1.1 Reconocimiento de la enfermedad y control de la infección del Virus de la Hepatitis B (VHB)
- 7.6.1.3 Educación del personal sobre la prevención de enfermedades transmitidas por la sangre

Emergencias relacionadas con la salud oral

- 9.4.1.9 Registros de lesiones

Políticas e información sobre la salud oral

- 9.2.1.3 Información de inscripción para padres/tutores y cuidadores/maestros
- 9.2.3.6 Identificación del médico familiar del niño y consentimiento de los padres para el intercambio de información
- 9.2.3.13 Planes para el cuidado infantil de tarde y noche
- 9.2.3.14 Política sobre la salud oral
- 9.2.4.1 Plan escrito y capacitación para manejar atención médica urgente o incidentes que amenazan la vida
- 9.4.2.4 Contenidos de la evaluación de proveedores de atención primaria de los niños
- 9.4.2.5 Historial de salud

Licencia y responsabilidades del estado

- 10.3.2.1 Junta asesora otorgante de licencia de cuidado infantil
- 10.3.4.1 Fuentes de asistencia técnica para apoyar la calidad del cuidado infantil
- 10.3.4.3 Apoyo para que los asesores brinden asistencia técnica a las instalaciones
- 10.3.4.4 Desarrollo de la lista de proveedores de servicios para las instalaciones
- 10.6.1.1 Provisión de la Agencia Regulatoria de servicios de apoyo y capacitación de cuidadores/maestros y consumidores

Cuestiones relacionadas

- 1.7.0.1 Evaluaciones de salud de adultos antes del empleo y continuas, incluso vacunación

Apéndices

- Apéndice E: Evaluación de salud del personal de cuidado infantil
 - Apéndice AA: Paquete de administración de medicamentos
 - Apéndice DD: Formulario de informe de incidente para lesiones en interiores y exteriores
 - Apéndice EE: America's Playgrounds Safety Report Card [Informe de seguridad de los patios de juegos de Estados Unidos]
 - Apéndice KK: Autorización para atención médica/dental de emergencia
 - Apéndice C: Calificaciones del especialista en nutrición, dietista registrado, nutricionista con licencia, consultor y personal de servicio de comida
 - Apéndice FF: Evaluación de salud del niño
 - Apéndice O: Plan de cuidado para niños con necesidades especiales de atención de la salud
 - Apéndice CC: Formulario de informe de incidente
-

Prácticas de salud oral

Norma 3.1.4.3: Uso del chupón



Las instalaciones deben estar informadas y seguir las recomendaciones actuales de la Academia Americana de Pediatría (AAP) sobre el uso del chupón (1-3).

Si se permiten chupones, las instalaciones deben tener una política escrita que indique:

- a. Fundamento y protocolos para usar los chupones;
- b. Permiso escrito y cualquier instrucción o preferencia del padre/tutor del niño;
- c. Si lo desea, el padre/tutor debe proporcionar al menos dos chupones nuevos (etiquetados con el nombre de su hijo con una etiqueta resistente al agua o un marcador permanente no tóxico) regularmente para que los use su hijo. El chupón extra debe estar disponible en caso de que se necesite un reemplazo;
- d. El personal debe inspeccionar cada chupón en busca de desgaste o roturas (y para ver si hay líquido desconocido en la tetina) antes de cada uso;
- e. El personal debe limpiar cada chupón con agua y jabón antes de cada uso;
- f. No se deben permitir chupones con accesorios; los chupones no deben engancharse, sujetarse con alfileres o atarse a la ropa de un bebé, y no deben atarse alrededor del cuello, la muñeca u otra parte del cuerpo del bebé;
- g. Si un bebé rechaza el chupón, no se lo debe forzar a tomarlo;
- h. Si el chupón se cae de la boca del bebé, no necesita ser colocado nuevamente;
- i. Los chupones no deben cubrirse con ninguna solución dulce;
- j. Los chupones deben limpiarse y almacenarse al aire libre; separados del área de cambio de pañales, de los artículos para cambiar pañales o artículos personales de otros niños.

Los bebés deben estar observados directamente a la vista y oído en todo momento, incluso cuando se van a dormir, están durmiendo o en proceso de despertarse; La iluminación en la habitación debe permitir que el cuidador/maestro vea la cara de cada bebé, para ver el color de la piel del bebé y para controlar la respiración del bebé y la colocación del chupón.

El uso del chupón fuera de una cuna en habitaciones y programas donde hay bebés y niños pequeños móviles no está recomendado.

Los cuidadores/maestros deben trabajar con los padres/tutores para destetar a los bebés de los chupones cuando disminuye el reflejo de succión entre los tres y los doce meses de edad. Los objetos que proporcionan comodidad deben ser sustituidos por chupones (6).

FUNDAMENTO

Los bebés o niños pequeños móviles pueden intentar quitar un chupón de la boca de un bebé, ponérselo en su boca o intentar reinsertarlo en la boca de otro niño. Estos comportamientos pueden aumentar los riesgos de ahogo y/o transmisión de enfermedades infecciosas.

Se recomienda limpiar los chupones antes y después de cada uso para garantizar que cada chupón esté limpio antes de insertarlo en la boca del bebé (5). Esto protege contra contaminación desconocida o intercambio. Limpiar un chupón antes de cada uso permite que el cuidador/maestro se preocupe menos sobre si el chupón fue limpiado por otro adulto que pudo haber cuidado al bebé antes que ellos. Esto puede ser motivo de preocupación cuando hay cambios de personal o cuando los padres/tutores se llevan los chupones a casa y los traen de regreso a la instalación.

Si un cuidador/maestro observa o sospecha que se ha compartido un chupón, el chupón debe limpiarse y desinfectarse. Los cuidadores/maestros deben asegurarse de que la tetina no tenga líquido después de limpiarla para estar seguros de que el bebé no lo ingiera. Por esta razón, sumergir un chupón no está recomendado. Si la tetina del chupón contiene algún líquido desconocido, o si un cuidador/maestro cuestiona la seguridad o propiedad, se debe desechar el chupón (4).

Si bien el uso de chupones para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) parece prudente (especialmente si el bebé ya está durmiendo con un chupón en el hogar), se ha asociado el uso de chupones a un mayor riesgo de infecciones de oído y problemas de salud oral.

COMENTARIOS

Para estar actualizado sobre las recomendaciones de la AAP sobre el uso de chupones, ingrese a <http://www.aap.org>.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.4.1 Prácticas seguras para dormir y reducción del riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)
- 3.1.5.3 Educación sobre salud oral
- 3.3.0.3 Limpiar e higienizar objetos previstos para la boca
- 3.4.6.1 Peligros de estrangulación

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*.2016;138(6):e20162938. <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162938>.
2. Mayo Clinic. 2009. Infant and toddler health. Pacifiers: Are they good for your baby? <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/in-depth/pacifiers/art-20048140>.
3. American Academy of Pediatrics, Back to Sleep, Healthy Child Care America, First Candle. 2008. *Reducing the risk of SIDS in child care*. <http://www.healthychildcare.org/pdf/SIDSfinal.pdf>.
4. Cornelius, A. N., J. P. D'Auria, L. M. Wise. 2008. Pacifier use: A systematic review of selected parenting web sites. *J Pediatric Health Care* 22:159-65.
5. Reeves, D. L. 2006. Pacifier use in childcare settings. *Healthy Child Care* 9:12-13.
6. Mitchell, E. A., P. S. Blair, M. P. L'Hoir. 2006. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 117:1755-58.
7. Hauck, F. R. 2006. Pacifiers and sudden infant death syndrome: What should we recommend? *Pediatrics* 117:1811-12.

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 12/5/2011.



Norma 3.1.5.1: Actividades de higiene oral de rutina

Los cuidadores/maestros deben promover el hábito del lavado de dientes regular. Todos los niños con dientes deben cepillarse los dientes o hacer que se cepillen sus dientes con un cepillo de dientes suave del tamaño apropiado para su edad al menos una vez durante las horas en que el niño está en cuidado infantil. Los niños de menos de tres años de edad deben tener solo una pequeña cantidad (grano de arroz) de pasta dental con flúor en el cepillo cuando se cepillan. Aquellos niños de tres años y más, deben usar una cantidad de pasta dental con flúor del tamaño de un guisante (1). Un momento ideal para cepillarse es después de comer. El cuidador/maestro debe cepillar los dientes del niño o supervisar cuando el niño se cepilla sus propios dientes. El cuidador/maestro debe usar guantes descartables si se prevé el contacto con los fluidos orales de un niño. Cuanto más pequeño es el niño, más debe participar el cuidador/maestro. El cuidador/maestro debe enseñar al niño el método correcto del lavado de dientes. Los niños pequeños quieren lavarse los dientes ellos mismos, pero necesitan ayuda hasta alrededor de los 7 u 8 años. El cuidador/maestro debe controlar la actividad de lavado de dientes y lavar los dientes del niño a fondo después de que el niño ha terminado de cepillarse, preferentemente durante un total de dos minutos. Los niños cuyos dientes se cepillan correctamente con pasta dental con flúor en el hogar dos veces al día y tienen un riesgo bajo de caries dentales pueden estar exentos, ya que un cepillado adicional con pasta dental con flúor puede exponer al niño a un exceso de pasta dental con flúor.

El efecto causante de caries de la exposición a alimentos o bebidas que contienen azúcar (como jugo) puede reducirse haciendo que los niños se enjuaguen con agua después de los refrigerios y las comidas cuando no es posible cepillarse los dientes. Los profesionales de la salud dental locales pueden facilitar el cumplimiento de estas actividades ofreciendo educación y capacitación para el personal de cuidado infantil y proporcionando presentaciones de salud oral para los niños y los padres/tutores.

FUNDAMENTO

Se alienta a cepillarse los dientes con regularidad con pasta dental con flúor para reforzar los hábitos de salud oral y prevenir la gingivitis y las caries. Actualmente no hay evidencia (sólida) que muestre algún beneficio de limpiar las encías de un bebé que no tiene dientes. Sin embargo, antes de que salga el primer diente, limpiar las encías del bebé con una gasa limpia o una toallita húmeda suave como parte de la rutina diaria puede facilitar la transición al cepillado de los dientes. Una buena higiene oral es tan importante para un niño de seis meses con un diente como para un niño de seis años con muchos dientes (2). El cepillado de los dientes con pasta dental con flúor al menos una vez al día reduce la acumulación de placa que causa caries (2,3). El desarrollo de la placa que produce caries comienza cuando el primer diente de un bebé aparece en su boca (4). La caries no puede desarrollarse sin esta placa que contiene las bacterias productoras de ácido en la boca de un niño. La habilidad de hacer un buen trabajo de cepillarse los dientes es una habilidad que se aprende, mejorada por la práctica y la edad. Existe un consenso general de que los niños no tienen la coordinación mano-ojo necesaria

para el cepillado independiente hasta alrededor de los siete u ocho años, por lo que es necesario que el cuidador/maestro realice el cepillado o una supervisión cercana en el niño en edad preescolar. Es posible que el cepillado de dientes y las actividades en el hogar no sean suficientes para desarrollar esta habilidad o lograr la eliminación de placa necesaria, especialmente cuando los niños comen la mayoría de sus comidas y refrigerios durante un día completo en cuidado infantil.

COMENTARIOS

El cuidador/maestro debe usar una pequeña cantidad (grano de arroz) de pasta dental con flúor esparcida a lo ancho del cepillo de dientes para niños menores de tres años de edad y una cantidad del tamaño de un guisante para niños de tres años en adelante (1). Los niños deben intentar escupir el exceso de pasta de dientes después del cepillado. El flúor es la única forma más efectiva de prevenir las caries. Cepillarse los dientes con pasta dental con flúor es la forma más eficaz de aplicar flúor en los dientes. Los niños pequeños en ocasiones pueden tragar una pequeña cantidad de pasta de dientes y esto no es un riesgo para la salud. Sin embargo, si los niños tragan más cantidades de pasta dental con flúor que las recomendadas constantemente, corren el riesgo de sufrir fluorosis, una afección cosmética (decoloración de los dientes) causada por la exposición excesiva al flúor durante los primeros ocho años de vida (5). Otros productos, como los enjuagues con flúor, pueden presentar un peligro de intoxicación si se ingieren (6).

Los niños pueden enjuagarse con agua después de un refrigerio o una comida si sus dientes se han cepillado con pasta de dientes con flúor más temprano. El enjuague con agua ayuda a eliminar las partículas de comida de los dientes y puede ayudar a prevenir las caries.

No es necesario un lavado para realizar el cepillado de los dientes en cuidado infantil. Cada niño puede usar una taza de agua para cepillarse los dientes. El niño debe enjuagar el cepillo en la taza, cepillarse y luego escupir el exceso de pasta dental en la taza.

Los cuidadores/maestros deben fomentar el reemplazo de los cepillos de dientes cuando las cerdas se desgasten o deshilachen o aproximadamente cada tres o cuatro meses (7,8).

Los cuidadores/maestros deben alentar a los padres/tutores a que establezcan un centro dental para su hijo dentro de los seis meses posteriores a que sale su primer diente o al año de edad, lo que ocurra primero (4). El centro dental es la relación continua entre el dentista y el paciente, que incluye todos los aspectos de la atención de la salud oral que se brindan de manera completa, continuamente accesible, coordinada y centrada en la familia. Actualmente, hay un número insuficiente de dentistas que incorporan a bebés y niños pequeños en sus prácticas, por eso los proveedores de atención primaria pueden proporcionar prueba de cribado de salud oral durante la atención de bienestar del niño en esta población mientras que promueven el establecimiento de un centro dental (2).

El barniz de flúor aplicado a todos los niños cada 3 a 6 meses en las consultas de atención primaria o en su centro dental reduce los índices de caries y esto puede llevar a ahorro de costos significativos en atención dental restaurativa y en costos de hospital relacionados. Acompañado de la educación de padres/tutores y de cuidadores/maestros, el barniz de flúor es una herramienta importante para mejorar la salud de los niños (9-11).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.5.2 Cepillos de dientes y pasta dental
- 3.1.5.3 Educación sobre salud oral
- 9.4.2.1 Contenidos de los registros de los niños
- 9.4.2.2 Información de inscripción de admisión previa para cada niño
- 9.4.2.3 Contenidos del acuerdo de admisión entre el programa de cuidado infantil y padres/tutores
- 9.4.2.4 Contenidos de la evaluación de proveedores de atención primaria de los niños
- 9.4.2.5 Historial de salud
- 9.4.2.6 Contenidos del registro de medicamentos
- 9.4.2.7 Contenidos del registro de salud del centro para cada niño
- 9.4.2.8 Divulgación de los registros de los niños

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry. 2006. Talking points: AAPD perspective on physicians or other non-dental providers applying fluoride varnish. Dental Home Resource Center. <http://www.aapd.org/dentalhome/1225.pdf>.
2. Marinho, V.C., et al. 2002. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database System Rev 3, no. CD002279. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12137653>
3. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2013. Community water

fluoridation. <http://www.cdc.gov/fluoridation/faqs>/<http://www.cdc.gov/fluoridation/faqs/>

4. American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry. 2009. Policy statement: Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 124:845.
5. American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical Affairs Committee, Council on Clinical Affairs. 2008-2009. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *Pediatric Dentistry*30:112-18.
6. American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry. 2008. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 122:1387-94.
7. American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health. 2014. Maintaining and improving the oral health of young children. <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/6/1224>
8. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. 2016. Policy statement: 2016 Recommendations for preventive pediatric health care. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/12/07/peds.2015-3908>
9. American Dental Association. ADA positions and statements. ADA statement on toothbrush care: Cleaning, storage, and replacement. Chicago: ADA. <http://www.ada.org/1887.aspx>.
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Early childhood caries. Chicago: AAPD. <http://www.aapd.org/assets/2/7/ECCstats.pdf>.
11. Centers for Disease Control and Prevention, Fluoride Recommendations Work Group. 2001. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *MMWR*50(RR14): 1-42.

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 3/10/2016.



Norma 3.1.5.2: Cepillos de dientes y pasta dental

En las instalaciones donde el cepillado de dientes es una actividad, cada niño debe tener un cepillo de dientes suave y etiquetado personalmente del tamaño apropiado para la edad. No se debe permitir compartir o prestar cepillos de dientes. Después del uso, los cepillos de dientes se deben almacenar en una superficie limpia con el extremo de las cerdas del cepillo de dientes hacia arriba para que se sequen al aire de tal manera que los cepillos de dientes no entren en contacto o goteen entre sí y las cerdas no entren en contacto con ninguna superficie (1). Los estantes y dispositivos utilizados para guardar los cepillos de dientes para su almacenamiento deben etiquetarse y desinfectarse según sea necesario. Los cepillos de dientes se deben reemplazar al menos cada tres o cuatro meses, o antes si las cerdas se desgastan (2-5). Cuando un cepillo de dientes se contamina por contacto con otro cepillo o por el uso de más de un niño, se debe desechar y reemplazar por uno nuevo.

Cada niño debe tener su tubo de pasta dental etiquetado. O si la pasta de dientes de un solo tubo se comparte entre los niños, se debe repartir en una hoja de papel limpia o vaso de papel para cada niño y no hacerlo directamente en el cepillo de dientes (1,6). Los niños de menos de tres años de edad deben tener solo una pequeña cantidad de pasta dental con flúor (grano de arroz) en el cepillo cuando se cepillan. Aquellos de tres años y más, deben usar una cantidad de pasta dental con flúor del tamaño de un guisante (7). La pasta dental se debe almacenar fuera del alcance de los niños.

Pequeña cantidad de pasta dental con flúor Tamaño de pasta dental con flúor de un guisante

Autor de la foto: Centro Nacional de Salud y Bienestar en la Primera Infancia

Cuando los niños necesitan ayuda con el cepillado, los cuidadores/maestros deben lavarse bien las manos entre cepillados para cada niño. Los cuidadores/maestros deben usar guantes cuando ayuden a estos niños a cepillarse los dientes.

FUNDAMENTO

Los cepillos de dientes y los líquidos orales que se acumulan en la boca durante el cepillado de los dientes están contaminados con agentes infecciosos y no se debe permitir que sirvan como conducto de infección de una persona a otra (1). El etiquetado individual de los cepillos de dientes impedirá que diferentes niños compartan el mismo cepillo de dientes. Como alternativa a los estantes, los niños pueden tener tazas individualizadas y etiquetadas y su cepillo se puede guardar con las cerdas hacia arriba en su taza. Puede ocurrir cierto sangrado durante el lavado de dientes en niños que tienen inflamación en las encías. La Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés) se aplican a donde exista posible exposición a la sangre. La saliva se considera un vehículo infeccioso, ya sea que contenga sangre o no, por lo que los cuidadores/maestros deben protegerse de la saliva implementando las precauciones estándar.

COMENTARIOS

Los niños pueden usar una taza de agua etiquetada individualmente o descartable para cepillarse los dientes (1).

No es necesaria la pasta dental si la eliminación de placas y comida es el objetivo principal del lavado de dientes. Sin embargo, no se logra ningún beneficio contra la caries con el cepillado sin pasta dental con flúor.

Puede ocurrir cierto riesgo de infección cuando varios niños se cepillan los dientes y escupen en el lavabo que no se desinfecta entre los usos.

La habilidad del lavado de dientes varía con la edad. Los niños pequeños quieren lavarse los dientes ellos mismos, pero necesitan ayuda hasta alrededor de los siete u ocho años. Los adultos que ayudan a los niños a cepillarse los dientes no solo los ayudan a aprender cómo cepillarse, sino también a mejorar la remoción de placas y restos de comida de todos los dientes (5).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.5.1 Actividades de higiene oral de rutina
- 3.1.5.3 Educación sobre salud oral
- 3.6.1.5 Está prohibido compartir artículos personales
- 5.5.0.1 Almacenamiento y etiquetado de artículos personales

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health. 2014 Maintaining and improving the oral health of young children. <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/6/1224>.
2. 12345 First Smiles. 2006. Oral health considerations for children with special health care needs (CSHCN). http://www.first5oralhealth.org/page.asp?page_id=432.
3. Davies, R. M., G. M. Davies, R. P. Ellwood, E. J. Kay. 2003. Prevención. Parte 4: Toothbrushing: What advice should be given to patients? *Brit Dent Jour* 195:135-41.
4. American Dental Hygienists' Association. *Proper brushing*. <http://www.adha.org/oralhealth/brushing.htm>.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. 2004. *Early childhood caries (ECC)*. <http://www.aapd.org/assets/2/7/ECCstats.pdf>.
6. American Dental Association Council on Scientific Affairs. 2005. ADA statement on toothbrush care: Cleaning, storage, and replacement. <http://www.ada.org/1887.aspx>.
7. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2005. Infection control in dental settings: The use and handling of toothbrushes. <http://www.cdc.gov/OralHealth/InfectionControl/factsheets/toothbrushes.htm>

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 2/6/2013, 04/22/2013 y 3/10/2016.

Norma 3.6.1.5: Está prohibido compartir artículos personales

Los peines, cepillos para el cabello, cepillos de dientes, ropa personal, ropa de cama y toallas no deben compartirse y deben estar etiquetados con el nombre del niño que usa estos objetos.

FUNDAMENTO

Las infecciones respiratorias y gastrointestinales son enfermedades infecciosas comunes en el cuidado infantil. Estas enfermedades se transmiten por contacto directo de persona a persona o al compartir artículos personales como peines, cepillos, toallas, ropa y ropa de cama. Prohibir compartir artículos personales y brindar espacio para que se puedan guardar los artículos personales por separado ayuda a prevenir la transmisión de estas enfermedades.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[5.5.0.1 Almacenamiento y etiquetado de artículos personales](#)

Norma 5.5.0.1: Almacenamiento y etiquetado de artículos personales

El centro debe proporcionar áreas de almacenamiento separadas para los artículos personales y ropa de cada niño y miembro del personal. Los objetos personales y ropa deben estar etiquetados con el nombre del niño. La ropa de cama debe etiquetarse con el nombre completo del niño, guardarse por separado para cada niño y no entrar en contacto con los objetos personales de otros niños (1,2).

Si los niños usan los siguientes artículos en el centro de cuidado infantil, estos artículos deben guardarse en contenedores limpios por separado y deben etiquetarse con el nombre completo del niño:

- a. Toallas individuales para bañarse;
- b. Cepillos de dientes;
- c. Toallitas; y
- d. Peines y cepillos (1).

Los cepillos de dientes, toallas y toallitas deben dejarse secar cuando se guarden y no deben tocarse (1).

FUNDAMENTO

Esta norma previene la propagación de organismos que causan enfermedades y promueve la organización de las pertenencias personales de un niño. La infestación de piojos, sarna y tiña son enfermedades infecciosas comunes en el cuidado infantil. Brindar un espacio para que se guarden los objetos personales por separado ayuda a prevenir la propagación de estas enfermedades.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[3.6.1.5 Está prohibido compartir artículos personales](#)

[3.6.3.2 Etiquetado, almacenamiento y eliminación de medicamentos](#)

[5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir](#)

REFERENCIAS

1. Aronson, S. S., T. R. Shope, eds. 2017. *Managing infectious diseases in child care and schools: A quick reference guide*, pp. 43-48. 4ta edición. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
2. Academia Americana de Pediatría. *School Health In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 31ra Edición. Itasca, IL: Academia Americana de Pediatría; 2018: 138-146

Norma 2.1.1.1: Programa escrito de actividades diarias y declaración de principios



Las instalaciones deben tener un programa planificado completo y coordinado de actividades diarias apropiadas para grupos de niños en cada etapa de la primera infancia. Este plan se debe basar en una declaración de principios para la instalación y para cada desarrollo particular del niño. El objetivo del programa de actividades diarias debe ser fomentar el progreso de desarrollo incremental en un entorno seguro y saludable, y el programa debe ser flexible para capturar los intereses y las capacidades individuales de los niños. Los bebés y niños pequeños aprenden a través de relaciones saludables y continuas con cuidadores/maestros principales, y se debe compartir con los padres/tutores un plan basado en las relaciones que incluya oportunidades para que los padres/tutores sean un colaborador fundamental y miembro de este sistema de relación.

Los centros y los hogares de cuidado infantil familiar deben desarrollar una declaración escrita de los principios que establecen los elementos básicos de los cuales se desarrollan los programas diarios en el interior/al aire libre.

Estos principios deben tratar los siguientes elementos:

- a. Salud y seguridad general del niño
- b. Desarrollo físico, que facilita las habilidades motrices grandes y pequeñas
- c. Asociación familiar, que reconoce el rol principal de la familia, y refleja su cultura y lenguaje
- d. Desarrollo social, que lidera el juego cooperativo con otros niños y la capacidad de desarrollar relaciones con otros niños, incluso aquellos de diferentes trasfondos y niveles de habilidad y adultos
- e. Desarrollo emocional, que facilita la conciencia de uno mismo y la confianza en uno mismo
- f. Desarrollo cognitivo, que incluye un entendimiento del mundo y del entorno en el que viven los niños y llega a comprender los conceptos de ciencia, matemática y alfabetización, así como también incrementar el uso y entendimiento del lenguaje para expresar sentimientos e ideas

Todos los principios se deben desarrollar teniendo al juego como la base del plan de estudios planificado. Material como bloques, arcilla, pinturas, libres, rompecabezas, y/u otros objetos para manipulación deben estar disponibles en interiores y exteriores para los niños para promover el plan de estudios planificado.

El plan del programa debe proporcionar la incorporación de temas específicos de educación sobre salud diariamente durante todo el año. Los temas de educación sobre salud deben incluir temas de promoción de salud y prevención de enfermedades) (por ej. lavado de manos, salud oral, nutrición, actividad física y hábitos saludables para dormir)(1-3).

Los comportamientos de salud y seguridad deben ser modelados por el personal para promover los hábitos saludables para los niños durante su tiempo en cuidado infantil. El personal debe garantizar que los niños y los padres/tutores comprendan la necesidad de un entorno de aprendizaje/juego seguro en interiores y exteriores y que se sientan cómodos cuando juegan en interiores y exteriores.

La continuidad y consistencia por parte de un personal cariñoso es fundamental para que los niños y padres/tutores sepan qué esperar.

FUNDAMENTO

Es más probable que los niños que asisten a los programas de cuidado y educación en la primera infancia con plan de estudios bien desarrollados logren niveles apropiados de desarrollo (4).

Los especialistas en la primera infancia están de acuerdo en la

- a. Inseparabilidad e interdependencia del desarrollo cognitivo, físico, emocional, de comunicación y social. Las capacidades socio-emocionales no se desarrollan o funcionan en forma separada.
- b. La influencia en la salud y seguridad del niño sobre el desarrollo cognitivo, físico, emocional y social.
- c. La importancia central de continuidad y relaciones consistentes con atención afectuosa que es la formación de relaciones sólidas, cariñosas entre cuidadores/maestros y los niños.
- d. La relevancia de la fase del desarrollo o de la etapa del niño.
- e. La importancia de la acción (incluso el juego) como modo de aprendizaje y para expresar lo propio (5).

Aquellos que proporcionan cuidado y educación en la primera infancia deben poder articular los componentes del plan de estudios que están implementando y los valores/principios relacionados sobre los cuales se basa el plan de estudios. En centros y en hogares de cuidado infantil familiar grandes, debido a que más de 2 cuidadores/maestros participan en la operación de la instalación, una declaración escrita de principios ayuda a lograr consenso sobre los elementos básicos de los cuales todo el personal planificará el programa diario (4).

Una descripción escrita del programa planificado de actividades diarias permite al personal y a los padres/tutores tener un entendimiento común y les da la capacidad de comparar el rendimiento real del programa con la intención establecida. Cuidado y educación en la primera infancia es una “entrega de servicio” que implica una relación contractual entre el cuidador/maestro y el consumidor. Un plan escrito ayuda a definir el servicio y contribuye a operaciones específicas y responsables que son propicias para un desarrollo infantil y prácticas de seguridad sólidas y relaciones positivas del consumidor (4).

El desarrollo profesional a menudo se requiere para permitir al personal desarrollar competencia en el desarrollo y la implementación de un plan de estudios que usan para llevar a cabo actividades diarias apropiadamente (1).

La planificación garantiza que se piense en la programación en interiores y exteriores para los niños. El plan es una herramienta para monitoreo y responsabilidad. Además, un plan escrito es una herramienta para la orientación del personal y los padres/tutores.

COMENTARIOS

Los criterios y procedimientos de acreditación de la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC, por sus siglas en inglés), los estándares de acreditación de la Asociación Nacional para el Cuidado Infantil Familiar y los estándares de la Asociación Nacional de Cuidado Infantil pueden servir como recursos para planificar actividades del programa.

Los padres/tutores y el personal pueden experimentar aprendizaje mutuo en un entorno de cuidado y educación en la primera infancia abierto y de apoyo. Las sugerencias para temas y métodos de presentación están ampliamente disponibles. Por ejemplo, los catálogos de publicación de la NAEYC y la Academia Americana de Pediatría contienen muchos materiales para educación del niño, de padres/tutores y del personal sobre desarrollo infantil y desarrollo de salud física y mental, cubriendo temas como la importancia del apego y el temperamento. Un especialista certificado en educación sobre salud, un consultor de salud de cuidado infantil o un consultor de salud mental de la primera infancia además puede ser una fuente de asistencia.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 2.1.1.2 Salud, nutrición, actividad física y conciencia de la seguridad
- 2.1.1.3 Modelo coordinado del programa de salud de cuidado infantil
- 2.1.1.8 Diversidad en la inscripción y plan de estudios
- 2.1.2.1 Relaciones personales cuidador/maestro para bebés y niños pequeños
- 2.1.2.2 Interacciones con bebés y niños pequeños
- 2.1.2.3 Espacio y actividad para apoyar el aprendizaje de bebés y niños pequeños
- 2.1.2.4 Separación de bebés y niños pequeños de los niños más grandes
- 2.1.2.5 Aprendizaje/capacitación para usar el baño
- 2.1.3.1 Relaciones personales cuidador/maestro para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.2 Oportunidades de aprendizaje para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.3 Selección de equipo para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.4 Actividades expresivas para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.5 Promover la cooperación para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.6 Promover el desarrollo del lenguaje para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.7 Dominio del cuerpo para niños de tres a cinco años
- 2.1.4.1 Actividades supervisadas para niños en edad escolar
- 2.1.4.2 Espacio para actividad de niños en edad escolar
- 2.1.4.3 Desarrollar relaciones para niños en edad escolar
- 2.1.4.4 Planificar actividades para niños en edad escolar
- 2.1.4.5 Alcance de la comunidad para niños en edad escolar
- 2.1.4.6 Comunicación entre el cuidado infantil y la escuela
- 2.4.1.1 Temas de educación de salud y seguridad para los niños
- 2.4.1.2 Ejemplo del personal sobre comportamiento seguro y saludable y actividades de educación de salud y seguridad
- 2.4.1.3 Consciencia del género y del cuerpo
- 2.4.2.1 Temas de educación de salud y seguridad para el personal

2.4.3.1 Oportunidades de comunicación y ejemplo de educación de salud y seguridad para padres/tutores

2.4.3.2 Plan de educación de padres/tutores

REFERENCIAS

1. Rosenthal MS, Crowley AA, Curry L. Family child care providers' self-perceived role in obesity prevention: working with children, parents, and external influences. *J Nutr Educ Behav.* 2013;45(6):595-601
2. Bonuck KA, Schwartz B, Schechter C. Sleep health literacy in Head Start families and staff: exploratory study of knowledge, motivation, and competencies to promote healthy sleep. *Sleep Health.* 2016;2(1):19-24
3. Policy on oral health in child care centers. *Pediatr Dent.* 2016;38(6):34-36
4. Modigliani K. Quality Standards for NAFCC Accreditation. 4th ed. The National Foundation for Family Child Care Foundation, Family Child Care Project - Wheelock College. Salt Lake City, UT: La Asociación Nacional para el Cuidado Infantil Familiar; 2013
5. Pinkham AM, Kaefer T, Neuman SB, eds. Knowledge Development in Early Childhood: Sources of Learning and Classroom Implications. New York, NY: The Guilford Press; 2012

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 5/30/2018.

Educación y capacitación



Norma 2.4.1.1: Temas de educación sobre salud y seguridad para los niños

Los temas de educación sobre salud y seguridad para los niños deben incluir salud física, oral, mental, nutricional y salud social y emocional y actividad física. Estos temas se deben integrar a diario en el programa de actividades apropiadas para la edad, e incluyen:

- a. Conciencia del cuerpo y uso de términos adecuados para las partes del cuerpo
- b. Familias, incluso que las familias tienen diferentes composiciones, creencias y culturas
- c. Habilidades sociales personales, como compartir, ser amable, ayudar a los demás y comunicarse de manera apropiada
- d. Expresión e identificación de sentimientos e. Autoestima y conciencia de uno mismo
- f. Nutrición y alimentación saludable, beber agua, incluso hábitos saludables y prevención de la obesidad
- g. Hábitos saludables para dormir
- h. Aprendizaje/juegos al aire libre
- i. Estado físico y actividad física apropiada para la edad
- j. Higiene personal y dental, incluso lavarse con toallitas, descargar el inodoro, lavarse las manos, etiqueta para toser y estornudar y cepillarse los dientes
- k. Seguridad, como en el hogar, asientos de seguridad de vehículos y cinturones de seguridad, patio de juegos, bicicleta, incendio, armas de fuego, agua y qué hacer en una emergencia, obtener ayuda o marcar el 911 en caso de emergencias
- l. Manejo de conflictos, prevención de violencia y prevención de *bullying*
- m. Conceptos de primeros auxilios apropiados para la edad n. Comportamientos seguros y saludables
- o. Prevención de envenenamiento y seguridad sobre venenos
- p. Conocimiento del cuidado de prevención de rutina
- q. Cuidado de niños con necesidades especiales de atención de la salud

- r. Riesgos para la salud del humo de segunda y tercera mano
- s. Uso apropiado de medicamentos
- t. Manejo seguro de alimentos
- u. Prevenir la asfixia y caídas

FUNDAMENTACIÓN

Para los niños pequeños, la educación sobre salud y la educación sobre seguridad son inseparables entre sí. Los niños aprenden sobre salud y seguridad cuando experimentan correr riesgos y controlar los riesgos, con el apoyo y el ejemplo de los adultos que se involucran con ellos. Cuando surgen oportunidades para el aprendizaje, los cuidadores/maestros deben integrar la educación para promover comportamientos seguros y saludables.¹ La educación sobre salud y seguridad no tiene que verse como un plan de estudios estructurado, sino como un componente diario del programa planificado que forma parte del desarrollo y el hábito del niño. La educación sobre salud y seguridad apoya y refuerza un estilo de vida seguro y saludable (1,2).

COMENTARIOS

Enseñar a los niños los nombres correctos de las partes del cuerpo es una buena forma de aumentar la conciencia del cuerpo y la seguridad personal. Aprender sobre las prácticas de mantenimiento de salud de rutina, como la vacunación, las pruebas de visión, pruebas de presión arterial, exámenes de salud oral y análisis de sangre ayuda a los niños a entender estas actividades y apreciar su valor en lugar de tenerles miedo. De manera similar, aprender sobre la importancia de la nutrición, de beber agua, la aptitud física los hábitos saludables para dormir ayuda a los niños a tomar decisiones saludables y responsables. La buena higiene para dormir (3) (por ej., hora de dormir temprano y de rutina) y obtener suficientes horas de sueño en la primera infancia⁴ se relaciona con mejores resultados sociales y emocionales (5,6), cognitivos y de peso (7-10).

Los consultores de salud de cuidado infantil y especialistas en educación sobre salud certificados son buenos recursos para esta instrucción. La Comisión Nacional de Acreditación de Educación para la Salud brinda información sobre especialistas en educación sobre salud certificados.

RECURSOS ADICIONALES

Academia Americana de Pediatría. Healthy sleep habits: how many hours does your child need? Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/sleep/Pages/Healthy-Sleep-Habits-How-Many-Hours-Does-Your-Child-Need.aspx>. Actualizado el jueves, 23 de marzo de 2017. Fecha de acceso el 14 de noviembre de 2017

Bonuck KA, Schwartz B, Schechter C. Sleep health literacy in Head Start families and staff: exploratory study of knowledge, motivation, and competencies to promote healthy sleep. *Sleep Health*. 2016;2(1):19-24

Kobayashi K, Yorifuji T, Yamakawa M, et al. Poor toddler-age sleep schedules predict school-age behavioral disorders in a longitudinal survey. *Brain Dev*. 2015;37(6):572-578

Owens JA, Witmans M. Sleep problems. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2004;34(4):154-179

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 2.1.1.1 Programa escrito de actividades diarias y declaración de principios
- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil
- 1.6.0.3 Consultores de salud mental de la primera infancia
- 3.1.3.4 Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física
- 3.1.4.4 Períodos de descanso programados y arreglos para dormir
- 3.1.5.3 Educación sobre salud oral
- 3.2.2.2 Procedimiento para el lavado de manos
- 3.2.3.2 Etiqueta para toser y estornudar
- 4.5.0.10 Alimentos que son peligros de asfixia
- 4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para los niños
- 4.7.0.2 Educación nutricional para padres/tutores
- 2.1.1.2 Salud, nutrición, actividad física y conciencia de la seguridad
- 2.1.1.6 Hacer la transición dentro de los programas y entornos de aprendizaje/juego en interiores y exteriores
- 2.2.0.7 Manejar la agresión física, mordeduras y golpes
- 2.4.1.3 Género y conciencia del cuerpo

REFERENCIAS

1. Sharma M. Health education and health promotion. In: Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2017:4–7
2. Lyn R, Evers S, Davis J, Maalouf J, Griffin M. Barriers and supports to implementing a nutrition and physical activity intervention in child care: directors' perspectives. *J Nutr Educ Behav.* 2014;46(3):171–180
3. Anderson SE, Andridge R, Whitaker RC. Bedtime in preschool-aged children and risk for adolescent obesity. *J Pediatr.* 2016;176:17-22
4. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: methodology and discussion. *J Clin Sleep Med.* 2016;12(11):1549-1561
5. Sivertsen B, Harvey AG, Reichborn-Kjennerud T, Torgersen L, Ystrom E, Hysing M. Later emotional and behavioral problems associated with sleep problems in toddlers: a longitudinal study. *JAMA Pediatr.* 2015;169(6):575-582
6. Bonuck K, Freeman K, Chervin RD, Xu L. Sleep-disordered breathing in a population-based cohort: behavioral outcomes at 4 and 7 years. *Pediatrics.* 2012;129(4):e857–e865
7. Institute of Medicine. Early Childhood Obesity Prevention Policies: Goals, Recommendations, and Potential Actions. Washington, DC: Institute of Medicine; 2011. <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2011/Early-Childhood-Obesity-Prevention-Policies/Young%20Child%20Obesity%202011%20Recommendations.pdf>. Publicado en junio de 2011. Fecha de acceso el 14 de noviembre de 2017
8. Fatima Y, Doi SA, Mamun AA. Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Obes Rev.* 2015;16(2):137–149
9. Li L, Zhang S, Huang Y, Chen K. Sleep duration and obesity in children: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Paediatr Child Health.* 2017;53(4):378-385
10. Bonuck K, Chervin RD, Howe LD. Sleep-disordered breathing, sleep duration, and childhood overweight: a longitudinal cohort study. *J Pediatr.* 2015;166(3):632-639

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 1/10/2017 y el 5/30/2018

Norma 2.4.1.2: Ejemplo del personal de comportamientos seguros y saludables y actividades de educación sobre seguridad



El programa debe alentar fuertemente a todos los miembros del personal a dar el ejemplo de actitudes y comportamientos seguros y saludables en su contacto con los niños en entornos de aprendizaje/juegos en interiores y exteriores, lo que incluye, comer alimentos nutritivos, beber agua o bebidas nutritivas cuando están con los niños, sentarse con los niños en la hora de la comida y comer algunos de los mismos alimentos que los niños. Los cuidadores/maestros deben involucrarse en actividad física y movimiento diario; limitar los comportamientos sedentarios cuando se encuentran en un entorno de aprendizaje/juegos en interiores (por ej., no sentarse en sillas estructuradas); no mirar TV; y cumplir con los protocolos de lavado de manos, y políticas de uso de tabaco, cigarrillos electrónicos y uso de drogas.

Los cuidadores/maestros deben hablar y dar el ejemplo de comportamientos seguros y saludables cuando llevan a cabo actividades diarias de rutina. Las actividades deben estar acompañadas por palabras de aliento y halagar los logros.

Los centros deben alentar y apoyar al personal que desee amamantar a sus propios bebés y los que realicen trabajo de jardinería para aumentar el interés en comida saludable, ciencia, consultas y aprendizaje. Los miembros del personal son un ejemplo consistente para los niños y deben ser conscientes de la información ambiental y los mensajes impresos que traen al entorno de aprendizaje/juegos en interiores y exteriores. Las etiquetas y los mensajes impresos que están presentes en el entorno de aprendizaje/juegos en interiores y exteriores o en el hogar de cuidado infantil familiar deben ser consistentes con las actitudes y comportamientos seguros y saludables que desean impartir a los niños.

Los centros deben usar materiales de educación de salud y seguridad apropiados de acuerdo con el desarrollo en las actividades de los niños y también deben compartirlos con las familias si es posible.

Todas las actividades de educación de salud y seguridad deben estar orientadas a la edad de desarrollo del niño y deben tener en cuenta las personalidades y los intereses personales.

FUNDAMENTO

Dar el ejemplo es una manera eficaz para confirmar que un comportamiento debe ser imitado. Los niños pequeños dependen particularmente de los adultos para sus necesidades de nutrición en el hogar (1) y en el entorno de cuidado infantil (2). Por lo tanto, dar el ejemplo de comportamientos seguros y saludables es una manera importante para demostrar y reforzar los comportamientos seguros y saludables de los cuidadores/maestros y los niños. Los niños aprenden mejor experimentando una actividad y observando el comportamiento en lugar de la capacitación didáctica (3,4). El aprendizaje y el juego tienen una relación recíproca; las experiencias de juego se relacionan estrechamente con el aprendizaje (4). Los cuidadores/maestros afectan los hábitos de nutrición de los niños bajo su cuidado, no solo al tomar decisiones con respecto a los tipos de alimentos que están disponibles, sino al influir las actitudes y las creencias de los niños sobre ese alimento y las interacciones sociales a la hora de la comida. Esto brinda una oportunidad única para que los programas orienten las decisiones de los niños asignando a los padres/tutores y cuidadores/maestros el papel de guardianes nutricionales para los niños pequeños bajo su cuidado. Dicha intervención es consistente con las [Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020, 8va edición](#) del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (DHHS, por sus siglas en inglés). Las pautas de dieta se centran en aumentar la alimentación saludable y la actividad física para reducir la tasa actual de sobrepeso u obesidad en los niños estadounidenses (uno de cada tres en el país) (5).

La eficacia de la educación de salud y seguridad mejora cuando se comparte entre el cuidador/maestro y los padres/tutores (6,7).

COMENTARIOS

Los cuidadores/maestros son importantes en la vida de los niños pequeños bajo su cuidado. Deben ser educados y apoyados para poder interactuar de manera óptima con los niños bajo su cuidado. El cumplimiento debe ser documentado por la observación. Se puede solicitar consultoría a un consultor de salud de cuidado infantil o especialista en educación de salud certificado. La Asociación Estadounidense para la Educación de la Salud (AAHE, por sus siglas en inglés) y la Comisión Nacional de Acreditación de Educación para la Salud (NCHEC, por sus siglas en inglés) brindan información sobre especialistas certificados en educación sobre salud.

Un programa de educación amplio para que dicho aprendizaje por experiencia en interiores y exteriores sea posible debe ser apoyado por sólidos recursos de la comunidad en forma de consultoría y de materiales de fuentes como el departamento de salud, consejos de nutrición y etcétera. Las sugerencias para temas y métodos de presentación están ampliamente disponibles (7). Algunos ejemplos incluyen, entre otros, cuidado preventivo de rutina por parte de profesionales de la salud; educación sobre nutrición y actividad física para prevenir la obesidad; cruzar las calles de manera segura; cómo desarrollar y usar entornos de aprendizaje/juegos al aire libre; seguridad de los asientos para automóviles; seguridad sobre venenos; programas de llave de cierre; riesgos para la salud por el humo de segunda mano (humo que exhalan los fumadores en el aire), humo de tercera mano (humo y químicos residuales en la ropa y el cabello del fumador o en las superficies donde se fuma) (8,9), y emisión pasiva de los cigarrillos electrónicos (vapores que se exhalan en el aire) (9); higiene personal; y salud oral, lo que incluye limitar los dulces, enjuagarse la boca con agua después de comer dulces y lavarse los dientes con regularidad. Puede ser útil colocar señales visuales en los entornos de aprendizaje/juegos en interiores y exteriores para actuar como recordatorios (por ej., pósteres). "Risk Watch" es un plan de estudios preparado de la Asociación Nacional de Protección contra Incendios (NFPA, por sus siglas en inglés) que ofrece estrategias de prevención de lesiones para niños en preescolar hasta el octavo grado (10).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[2.4.1.1](#) Temas de educación sobre salud y seguridad para los niños

[3.1.3.1](#) Oportunidades activas para la actividad física

[3.1.3.2](#) Jugar al aire libre

[3.1.3.4](#) Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física

[3.2.2.1](#) Situaciones que requieren higiene de manos

[3.2.2.2](#) Procedimiento de lavado de manos

[3.4.1.1](#) Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas

[4.2.0.1](#) Plan escrito de nutrición

[4.2.0.6](#) Disponibilidad del agua potable

[4.3.1.1](#) Plan general para alimentar a bebés

[4.3.1.3](#) Preparar, alimentar y almacenar leche humana

- 4.3.2.2 Porciones para bebés y niños en edad preescolar
- 4.3.3.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños en edad escolar
- 4.5.0.4 Socialización durante las comidas
- 4.5.0.7 Participación de niños más grande y personal en las actividades a la hora de la comida
- 4.6.0.2 Calidad nutricional de los alimentos traídos del hogar
- 4.7.0.1 Experiencias de aprendizaje de nutrición para niños
- 2.2.0.3 Tiempo frente a pantallas/uso de medios digitales
- 2.4.1.2 Ejemplo del personal de comportamientos seguros y saludables y actividades de educación sobre seguridad

REFERENCIAS

1. Kendrick, D., L. Groom, J. Stewart, M. Watson, C. Mulvaney, R. Casterton. 2007. Risk Watch: Cluster randomized controlled trial evaluating an injury prevention program. *Injury Prevention* 13:93-99.
2. American Lung Association. E-cigarettes and Lung Health. 2016. <http://www.lung.org/stop-smoking/smoking-facts/e-cigarettes-and-lung-health.html?referrer=https://www.google.com/>.
3. Hemmeter, M. L., L. Fox, S. Jack, L. Broyles. 2007. A program-wide model of positive behavior support in early childhood settings. *J Early Intervention* 29:337-55.
4. Dale, L. 2014. What is thirdhand smoke, and why is it a concern? <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/expert-answers/third-hand-smoke/faq-20057791>.
5. Gupta, R. S., S. Shuman, E. M. Taveras, M. Kulldorff, J. A. Finkelstein. 2005. Opportunities for health promotion education in child care. *Pediatrics* 116: e499-505. <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e499>.
6. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020. 8va Edición. Diciembre de 2015. <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>.
7. White. R.E. The power of play. A research summary on play and learning. 2012. <http://www.childrensmuseums.org/images/MCMResearchSummary.pdf>.
8. Ward, S., et al. 2015. Systematic review of the relationship between childcare educators' practices and preschoolers' physical activity and eating behaviors. *Obesity Reviews* 16: 1055-1070.
9. Lindsay, A. C., K. M. Sussner, J. Kim, S. Gortmaker. 2006. The role of parents in preventing childhood obesity. *Future Child* 16:169-86.
10. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Education and community support for health literacy. 2016. <http://www.cdc.gov/healthliteracy/education-support/index.html>.

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 1/10/2017.



Norma 2.4.2.1: Temas de educación sobre salud y seguridad para el personal

La educación sobre salud y seguridad para el personal debe incluir la salud física, oral, mental, emocional, nutricional, actividad física y social de los niños. Además de los temas de salud y seguridad para los niños en la Norma 2.4.1.1, los temas de educación sobre salud para el personal deben incluir:

- a. Promover la mente saludable y el desarrollo del cerebro en el cuidado infantil;
- b. Entorno de aprendizaje/juego saludable en interiores y exteriores;
- c. Comportamiento/disciplina;
- d. Manejar situaciones de emergencia;
- e. Monitorear las habilidades de desarrollo, incluso indicadores de posibles demoras;
- f. Nutrición (es decir, alimentación saludable para prevenir la obesidad);
- g. Seguridad alimentaria;
- h. Seguridad del agua;
- i. Prevención de lesiones/seguridad;
- j. Uso seguro, almacenamiento y limpieza de químicos;
- k. Problemas de audición, visión y lenguaje;
- l. Actividad física y juego y aprendizaje al aire libre;

- m. Vacunaciones;
- n. Obtener acceso a recursos de la comunidad;
- o. Depresión materna o de padres/tutores;
- p. Políticas de exclusión;
- q. Uso de tabaco/fumar y uso de cigarrillo electrónico/vapear;
- r. Consumo de marihuana;
- s. Entornos seguros para dormir y prevención de SMSL;
- t. Apoyo de lactancia;
- u. Salud ambiental y reducir las exposiciones a las toxinas ambientales;
- v. Niños con necesidades especiales;
- w. Síndrome del bebé sacudido y traumatismo craneoencefálico por abuso;
- x. Uso seguro, almacenamiento de armas de fuego;
- y. Administración segura de medicamentos y uso apropiado de antibióticos;
- z. Almacenamiento seguro de medicamentos;
- ba. Almacenamiento seguro de marihuana (en todas sus formas, que incluyen aceites, líquidos y productos comestibles); y
- bb. Almacenamiento seguro de sustancias tóxicas.

FUNDAMENTO

Cuando el personal de cuidado infantil conoce las prácticas de salud y seguridad, es más probable que los programas sean seguros y saludables (1). El cumplimiento de veinte horas por año de educación continua del personal en las áreas de la salud, seguridad, desarrollo infantil e identificación de abuso fue el indicador más importante para el cumplimiento con las regulaciones estatales de salud y seguridad de cuidado infantil (2). El personal de cuidado infantil a menudo recibe su educación en salud y seguridad por parte de un consultor de salud de cuidado infantil. Los datos apoyan la relación entre la consultoría de salud en cuidado infantil y la mejor calidad de la salud de los niños y la seguridad del entorno del centro de cuidado infantil (3,4).

COMENTARIOS

Los recursos de la comunidad pueden brindar materiales relacionados con la salud y seguridad. Algunos ejemplos de materiales se pueden encontrar aquí: <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tta-system/health> y <http://www.childhealthonline.org/>. Se puede solicitar consultoría o capacitación a un consultor de salud de cuidado infantil (CCHC) o especialista en educación de salud certificado (CHES, por sus siglas en inglés). Los programas de cuidado infantil deben considerar ofrecer "crédito" para las clases de educación en salud o alentar a los miembros del personal a asistir a programas de educación acreditados que puedan dar créditos de educación.

La Asociación Estadounidense para la Educación de la Salud (AAHE, por sus siglas en inglés) y la Comisión Nacional de Acreditación de Educación para la Salud (NCHCEC, por sus siglas en inglés) brindan información sobre especialistas certificados en educación sobre salud.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 2.4.1.1 Temas de educación sobre salud y seguridad para los niños
- 1.1.1.5 Proporciones y supervisión para natación, piscinas para niños y juegos de agua
- 1.3.2.4 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños desde el nacimiento hasta los treinta cinco meses de edad
- 1.4.2.1 Orientación inicial de todo el personal
- 1.4.2.2 Orientación para el cuidado de niños con necesidades especiales de atención de la salud
- 1.4.2.3 Temas de orientación
- 1.4.3.1 Capacitación en primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar para el personal
- 1.4.3.2 Temas cubiertos en la capacitación de primeros auxilios pediátricos
- 1.4.3.3 Capacitación en reanimación cardiopulmonar para natación y juego en el agua
- 1.4.4.1 Educación continua para directores y cuidadores/maestros en centros y hogares de cuidado infantil familiar grandes
- 1.4.4.2 Educación continua para cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños
- 1.4.5.1 Capacitación del personal que manipula alimentos
- 1.4.5.2 Educación en abuso y negligencia de menores
- 1.4.5.3 Capacitación en el riesgo ocupacional relacionado con el manejo de fluidos corporales
- 1.4.5.4 Educación del personal del centro
- 1.4.6.1 Tiempo libre para capacitación y licencia para desarrollo profesional
- 1.4.6.2 Pago para la educación continua

- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil
- 3.4.1.1 Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas
- 3.4.3.1 Procedimientos de emergencias médicas
- 3.4.4.3 Prevenir e identificar el síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso
- 3.6.1.1 Inclusión/exclusión/envío a casa de niños
- 3.6.3.1 Administración de medicamentos
- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
- 5.2.9.1 Uso y almacenamiento de sustancias tóxicas
- 5.5.0.8 Armas de fuego
- 9.4.1.19 Información de recursos de la comunidad
- 9.4.2.4 Contenidos de la evaluación de proveedores de atención primaria de los niños
- 2.1.1.2 Salud, nutrición, actividad física y conciencia de la seguridad
- 2.1.1.4 Monitorear el desarrollo de los niños/obtener consentimiento para la evaluación
- 2.2.0.4 Supervisión cerca de cuerpos de agua
- 2.2.0.6 Medidas de disciplina
- 7.2.0.1 Documentación de vacunación
- 7.2.0.2 Niños no vacunados
- 7.2.0.3 Vacunación de cuidadores/maestros

REFERENCIAS

1. REFERENCIAS ADICIONALES:

Rosenthal, M. S., A. A. Crowley, L. Curry. 2009. Promoting child development and behavioral health: Family child care providers' perspectives. *J Pediatric Health Care* 23:289-97.

Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Get smart: Know when antibiotics work. <http://www.cdc.gov/getsmart/>.

American Lung Association. E-cigarettes and Lung Health. 2016. <http://www.lung.org/stop-smoking/smoking-facts/e-cigarettes-and-lung-health.html?referrer=https://www.google.com/>.

National Institute on Drug Abuse. DrugFacts - Marijuana. 2016. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>.

Gupta, R. S., S. Shuman, E. M. Taveras, M. Kulldorff, J. A. Finkelstein. 2005. Opportunities for health promotion education in child care. *Pediatrics* 116: e499-e505. <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e499>.

Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Education and community support for health literacy. 2016. <http://www.cdc.gov/healthliteracy/education-support/index.html>.

2. Alkon, A., et al. 2016. Integrated pest management intervention in child care centers improves knowledge, pest control, and practices. *Journal of Pediatric Health Care* 30(6): e27-e41.
3. Alkon, A., et al. 2014. NAPSACC intervention in child care improves nutrition and physical activity knowledge, policies, practices, and children's BMI. *BMC Pediatrics* 14: 215.
4. Crowley, A. A., M. S. Rosenthal. 2009. Ensuring the health and safety of Connecticut's early care and education programs. Farmington, CT: The Child Health and Development Institute of Connecticut.
5. Alkon, A., J. Bernzweig, K. To, M. Wolff, J. F. Mackie. 2009. Child care health consultation improves health and safety policies and practices. *Academic Pediatrics* 9:366-70. [http://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(09\)00123-5/abstract](http://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(09)00123-5/abstract).

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 1/10/2017.



Norma 2.4.3.2: Plan de educación de padres/tutores

El contenido del plan de educación de padres/tutores debe ser personalizado para cubrir las necesidades de cada familia y debe ser sensible a los valores y creencias culturales. El material escrito, como mínimo, debe abordar las cuestiones más importantes de salud y seguridad para todos los grupos de edad atendidos, debe estar en un idioma que las familias entiendan, y puede incluir los temas que se incluyen en la Norma 2.4.1.1, con énfasis especial en lo siguiente:

- a. Seguridad (como el hogar, comunidad, patio de juegos, armas de fuego, uso de asientos de seguridad apropiados para la edad y el tamaño, procedimientos para la administración segura de medicamentos, conciencia de venenos, vehicular o bicicleta, y conciencia de las toxinas ambientales y elecciones saludables para reducir la exposición);
- b. Valor de desarrollar elecciones para una vida segura y saludable temprano en la vida y salud de los padres/tutores (como hacer ejercicio y actividad física de rutina, nutrición, control de peso, lactancia, evitar el abuso de sustancias y uso de tabaco, manejo del estrés, depresión materna, prevención de VIH/SIDA);
- c. Importancia del aprendizaje y el juego al aire libre;
- d. Importancia de dar el ejemplo;
- e. Importancia del cuidado de bienestar del niño (como vacunaciones, evaluación de audición/visión, monitoreo del crecimiento y desarrollo);
- f. Desarrollo y comportamiento infantil, incluso establecer vínculos y apego;
- g. Violencia doméstica y relacional;
- h. Manejo de conflictos y prevención de la violencia;
- i. Promoción de la salud oral y prevención de enfermedades;
- j. Cepillado de dientes, lavado de manos, cambio de pañales e higiene eficaz;
- k. Disciplina positiva, comunicación eficaz y manejo del comportamiento;
- l. Manejar emergencias/primeros auxilios;
- m. Habilidades de defensoría infantil;
- n. Necesidades especiales de atención de la salud;
- o. Información sobre cómo acceder a servicios como el programa de alimentación y nutrición suplementaria (es decir, el Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños [WIC]), Cupones de Alimentos (SNAP), bancos de alimentos, y acceso a servicios y atención médica/de la salud para discapacidades de desarrollo de los niños;
- p. Manejar la pérdida, despliegue y divorcio;
- q. La importancia de las rutinas y las tradiciones (incluso lectura y alfabetización temprana) con un niño.

La educación en salud y seguridad para los padres/tutores debe utilizar los principios del aprendizaje de adultos para maximizar la posibilidad de que los padres/tutores aprendan conceptos clave. Los centros deben utilizar las oportunidades para aprender, como el caso de una enfermedad presente en el centro, para informar a los padres/tutores sobre la enfermedad y las estrategias de prevención.

El personal debe introducir temas estacionales cuando son relevantes para la salud y seguridad de los padres/tutores y los niños.

FUNDAMENTO

Los adultos aprenden mejor cuando están motivados, cómodos y son respetados; cuando pueden aplicar de inmediato qué han aprendido; y cuando se utilizan múltiples estrategias de aprendizaje. Se necesita un contenido y enfoques individualizados para la intervención exitosa.

Se debe tener en cuenta las actitudes, creencias, miedos y los niveles educativos y socioeconómicos de los padres/tutores para planificar y llevar a cabo educación de padres/tutores (1,2). El comportamiento de los padres/tutores se puede modificar con educación. Los padres/tutores se deben involucrar estrechamente con el centro y participar activamente en la planificación de actividades de educación de padres/tutores. Si se realizan bien, las actividades de aprendizaje de adultos pueden ser eficaces para educar a padres/tutores. Si no se realizan bien, existe el riesgo de menospreciar a los padres/tutores y hacerlos sentir menos capaces, en lugar de más capaces (1,2).

El concepto de control y empoderamiento de los padres/tutores es clave para una educación exitosa de los padres/tutores en el entorno de cuidado infantil. El apoyo y la educación para padres/tutores llevan a mejores habilidades y capacidades de crianza.

Conocer a la familia ayudará al personal, como el defensor de salud y seguridad, a determinar el contenido del plan de educación de padres/tutores y el método de entrega. Se debe prestar especial atención a la necesidad de los padres/tutores de apoyo y consulta y ayudar a ubicar recursos para sus problemas. Si el centro sugiere una derivación o recurso, se debe documentar en el registro del niño. No es necesario registrar los detalles de lo que compartió el padre/tutor.

COMENTARIOS

Los recursos de la comunidad pueden brindar materiales relacionados con la salud y seguridad.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 2.4.1.1 Temas de educación sobre salud y seguridad para los niños
- 1.3.2.7 Calificaciones y responsabilidades de los defensores de salud
- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil
- 9.4.1.19 Información de recursos de la comunidad
- 2.1.1.5 Ayudar a las familias a lidiar con la separación
- 2.3.1.1 Responsabilidad mutua de los padres/tutores y el personal

REFERENCIAS

1. Gupta, R. S., S. Shuman, E. M. Taveras, M. Kulldorff, J. A. Finkelstein. 2005. Opportunities for health promotion education in child care. *Pediatrics* 116: e499-e505. <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e499>.
2. Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños. 2012. Supporting cultural competence: Accreditation of programs for young children cross-cutting theme in program standards. <https://www.naeyc.org/academy/files/academy/file/TrendBriefsSupportingCulturalCompetence.pdf>.
3. REFERENCIAS ADICIONALES:

Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Education and community support for health literacy. 2016. <http://www.cdc.gov/healthliteracy/education-support/index.html>.

Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Tips for parents – Ideas to help children maintain a healthy weight. 2016. <http://www.cdc.gov/healthyweight/children/>.

Oficina de Head Start. Head start cultural and linguistic responsiveness resource catalogue. Volumen tres: Cultural responsiveness (primera edición). 2012. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tta-system/cultural-linguistic/fcp/docs/resource-catalogue-cultural-linguistic-responsiveness.pdf>.

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 1/17/2017.

Norma 3.1.5.3: Educación sobre salud oral

Todos los niños con dientes deben tener educación de higiene oral como parte de su actividad diaria.

Los niños de más de tres años deben tener educación sobre salud oral apropiada de acuerdo con el desarrollo que incluya:

- a. Información sobre qué es la placa;
- b. El proceso de las caries;
- c. Las influencias de la dieta en los dientes, incluso la contribución de bebidas y alimentos azucarados para el desarrollo de caries; y
- d. La importancia de un buen comportamiento de la higiene oral.

Los niños en edad escolar deben recibir información adicional, lo que incluye:

- a. El uso preventivo del flúor;
- b. Selladores dentales;
- c. Protectores para la boca durante la práctica de deportes;
- d. La importancia de comportamientos de alimentación saludable; y
- e. Consultas dentales programadas con regularidad.

Los niños adolescentes deben ser informados sobre el efecto de los productos de tabaco para su salud oral y razones adicionales para evitar el tabaco.

Se les debe enseñar a los cuidadores/maestros y los padres/tutores que no deben colocar el chupón de un niño en la boca de un adulto para limpiarlo o humedecerlo ni compartir un cepillo de dientes con un niño debido al riesgo de promover la colonización temprana de la cavidad oral del bebé con *Streptococcus mutans* (1).

Los cuidadores/maestros deben limitar el consumo de jugos a no más de cuatro a seis onzas por día para los niños de uno a seis años.

FUNDAMENTO

Los estudios han informado que la salud oral de los participantes mejoró como resultado de los programas educativos (2).

COMENTARIOS

Se alienta a los cuidadores/maestros a asesorar a los padres/tutores con respecto a las siguientes recomendaciones de servicios y educación dental preventiva e intervención temprana:

- a. Consultas al proveedor de atención primaria o dental para evaluar la necesidad de terapia con flúor suplementaria (comprimidos o gotas recetadas si el agua corriente no contiene flúor) a partir de los seis meses, y tratamiento con flúor tópico aplicado profesionalmente para todos los niños cada 3-6 meses cuando tienen dientes (3,4);
- b. La primera consulta dental dentro de los seis meses después de que salga el primer diente o al año de edad, lo que sea antes y cada vez que haya un problema de salud oral;
- c. En general, los selladores dentales a los seis o siete años para los primeros molares permanentes y para los molares primarios en caso de hoyos y ranuras profundas u otros factores de riesgo presentes (4,6).

Los cuidadores/maestros deben brindar educación para los padres/tutores sobre las buenas prácticas de higiene oral y evitar los comportamientos que aumentan el riesgo de caries en la primera Infancia, como el uso inapropiado de un biberón, consumo frecuente de comidas ricas en carbohidratos y bebidas azucaradas como jugos con azúcar agregada, gaseosas, bebidas deportivas, néctares de frutas y té saborizados.

Para más recursos sobre educación sobre salud oral, consulte:

Lista de verificación para padres para buenas prácticas de la salud dental en el cuidado infantil, un folleto para padres en inglés y español, desarrollado por el Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana en <http://nrckids.org/dentalchecklist.pdf>;

Bright Futures para la salud oral en http://brightfutures.aap.org/practice_guides_and_other_resources.html;

Salud y seguridad en el entorno de cuidado infantil del Programa de Salud y Cuidado Infantil: Promover la salud oral de los niños, un plan de estudios para profesionales de la salud y proveedores de cuidado infantil (en inglés y español) en <http://cchp.ucsf.edu/> y su programa de primeras 12345 sonrisas en <http://first5oralhealth.org>;

y el Instituto Nacional de Capacitación para Sonrisas Saludables de los Consultores de Salud de Cuidado Infantil a través del curso de consultoría de salud en cuidado infantil en http://nti.unc.edu/healthy_smiles/.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.4.3 Uso del chupón
- 3.1.5.1 Actividades de higiene oral de rutina
- 3.1.5.2 Cepillos de dientes y pasta dental
- 4.2.0.7 Jugo de 100% de fruta
- 9.2.3.14 Política sobre la salud oral

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics, Oral Health Initiative. Protecting All Children's Teeth (PACT): A pediatric oral health training program. Factors in Development: Bacteria. <http://www2.aap.org/oralhealth/pact/>
2. American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry. 2009. Policy statement: Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 124:845.
3. American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry. 2008. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 122:1387-94.

4. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. 2016. Policy statement: 2016 Recommendations for preventive pediatric health care. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/12/07/peds.2015-3908>
5. American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical Affairs Committee, Council on Clinical Affairs. 2008-2009. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *Pediatric Dentistry*30:112-18.
6. Dye, B. A., J. D. Shenkin, C. L. Ogden, T. A. Marshould, S. M. Levy, M. J. Kanellis. 2004. The relationship between healthful eating practices and dental caries in children aged 2-5 years in the United States. *J Am Dent Assoc* 135:55-66.



Norma 1.4.3.2: Temas cubiertos en la capacitación de primeros auxilios pediátricos

Para garantizar la salud y seguridad de los niños en un entorno de cuidado y educación en la primera infancia, el personal debe poder responder a lesiones comunes y a emergencias que amenazan la vida. El personal capacitado en primeros auxilios pediátricos debe estar presente en todo momento. La capacitación de primeros auxilios pediátricos es necesaria para obtener habilidades que permitan a los cuidadores/maestros responder a emergencias y no emergencias.¹ La capacitación de primeros auxilios debe presentar varios temas, incluso cómo acceder a servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés), acceder a los centros de control toxicológico, seguridad en la escena de un incidente y aislamiento de sustancias corporales (precauciones estándar). Se deben establecer los procedimientos para notificación a padres y registros de comunicaciones con los EMS.

La capacitación de primeros auxilios pediátricos en el entorno de cuidado y educación en la primera infancia debe incluir instrucción sobre cómo reconocer y responder a:

- Abrusiones y laceraciones
- Manejo de las vías respiratorias, con vía respiratoria bloqueada y respiración asistida para bebés y niños, con demostración de la técnica aprendida de parte del estudiante (resucitación cardiopulmonar [RCP])
- Reacciones alérgicas, incluso información sobre cuándo se puede requerir epinefrina
- Reacciones alérgicas, incluso información sobre cuándo se deben usar los inhaladores de rescate
- Picaduras, incluso de insectos, animales y humanos
- Sangrado, incluso hemorragias nasales
- Quemaduras
- Lesiones relacionadas con el frío, incluso quemadura por congelación
- Lesiones/traumas dentales y de boca
- Ahogamiento
- Shock eléctrico
- Lesiones oculares
- Desmayo
- Lesiones en la cabeza, incluso síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso
- Lesiones relacionadas con el calor, incluso agotamiento por calor/golpe de calor
- Emergencias relacionadas con alguna enfermedad (por ej., cuello rígido; confusión inexplicable; aparición repentina de sarpullido color rojo sangre o púrpura; dolor severo; temperatura por encima de 101°F [38.3°C] tomada de manera oral, por encima de 102°F [38.9°C] tomada de manera rectal, o 100°F [37.8°C] o más tomada de manera axilar [axila] o medida mediante método equivalente; verse/actuar gravemente enfermo)
- Pérdida de conciencia
- Lesiones musculoesqueléticas (por ej., esguinces, fracturas)
- Envenenamiento, incluso tragado, contacto visual o por piel, e inhalado
- Heridas por punción, incluso astillas
- Cuidado por epilepsia
- Shock

Además, la capacitación en primeros auxilios deberá incluir

- Manejar las intervenciones de primeros auxilios para niños con necesidades de atención de la salud especiales
- Tratar las necesidades de todos los niños en el grupo cuando se manejan emergencias en un entorno de cuidado infantil
- Mover/acomodar a personas lesionadas/enfermas

FUNDAMENTO

La capacitación en primeros auxilios brinda enseñanza para procedimientos simples y de sentido común que tienen como objetivo evitar que la condición médica de un niño empeore.

La capacitación en primeros auxilios no tiene como objetivo reemplazar el tratamiento médico apropiado; sino que proporcionar asistencia inicial hasta que los EMS, profesionales médicos o padres/tutores asuman la responsabilidad de la atención médica del niño.^{1(p3)}

Los primeros auxilios para niños en el entorno de cuidado y educación en la primera infancia requieren un enfoque más específico sobre el niño que lo que ofrecen los primeros auxilios estándar orientados en los adultos. Un miembro del personal capacitado en primeros auxilios pediátricos, incluso RCP pediátrica, acompañado de una instalación que se ha diseñado o modificado para garantizar la seguridad de los niños puede reducir la posibilidad de fallecimiento y discapacidad. El conocimiento de primeros auxilios pediátricos, incluso la capacidad de demostrar habilidades en RCP pediátrica, y la confianza para usar estas habilidades es fundamentalmente importante para el resultado de una emergencia.²

Los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños a menudo trabajan solos y son los únicos responsables de la salud y seguridad de niños en cuidado. Los cuidadores/maestros en estos entornos, que participan en capacitaciones de primeros auxilios pediátricos, están mejor equipados sobre cómo manejar apropiadamente la supervisión de los otros niños durante una emergencia médica.

COMENTARIOS

Recursos adicionales:

La información sobre primeros auxilios se puede obtener en:

- Academia Estadounidense de Pediatría (<https://www.pedfactsonline.com>)
- Asociación Cardíaca Americana (<https://www.heart.org>)
- Cruz Roja Americana (<https://www.redcross.org/take-a-class/first-aid>)

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 1.4.3.1 Capacitación en primeros auxilios y reanimación pulmonar para el personal
- 1.4.3.3 Capacitación en reanimación cardiopulmonar para natación y juego en el agua
- 3.4.3.1 Procedimientos de emergencias médicas
- 3.6.1.3 Termómetros para tomar la temperatura humana
- 5.6.0.1 Suministros de primeros auxilios y emergencia
- 9.4.3.3 Registro de capacitación

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics, National Association of School Nurses. *PedFACTs: Pediatric First Aid for Caregivers and Teachers*. 2da. ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012
2. Scott JP, Baptist LL, Berens RJ. Pediatric resuscitation: outcome effects of location, intervention, and duration. *Adv Anesth*. 2015;2015:1–9 <https://doi.org/10.1155/2015/517863>

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/17/2019.

Norma 1.4.4.1: Educación continua para directores y cuidadores/maestros en centros y hogares de cuidado infantil familiar grandes

Todos los directores y cuidadores/maestros de centros y hogares de cuidado infantil familiar grandes deben completar con éxito al menos treinta horas de reloj de educación continua/desarrollo profesional en el primer año de empleo, dieciséis horas de reloj de las cuales deben ser en programación de desarrollo infantil y catorce en salud y seguridad infantil y salud del personal. En el segundo y cada año siguiente de empleo en un centro, todos los directores y cuidadores/maestros deben completar con éxito al menos veinticuatro horas de reloj de educación continua sobre la base de las necesidades individuales de competencia y cualquier necesidad especial de los niños en su cuidado, dieciséis horas de las cuales deben ser en programación de desarrollo infantil y ocho horas en salud y seguridad de los niños y salud del personal.

Los programas deben llevar a cabo evaluaciones de necesidades para identificar áreas de enfoque, las calificaciones del capacitador, estrategias de aprendizaje de adultos y crear un plan de desarrollo profesional anual para el personal sobre la base de la evaluación de necesidades. La eficacia de la capacitación debe ser evidente mediante el cambio en el desempeño según lo medido por las normas de acreditación u otros sistemas de aseguramiento de calidad.

FUNDAMENTO

Debido a la naturaleza de sus tareas de cuidado/enseñanza, los cuidadores/maestros deben obtener conocimiento y habilidades multifacéticas. La salud de los niños y la salud de los empleados son integrales para cualquier plan de estudio de educación/capacitación y plan de manejo del programa. La planificación y evaluación de la capacitación se debe basar en el desempeño de los miembros del personal involucrados. Muy a menudo, los miembros del personal toman decisiones de capacitación sobre la base de lo que les gusta aprender (sus "deseos") y no las áreas en donde deberían mejorar su desempeño (sus "necesidades"). La participación en capacitación no asegura que el participante dominará la información y las habilidades que se ofrecen en la experiencia de capacitación. Por lo tanto, los supervisores y directores deben evaluar el cambio de comportamiento o la continuación de prácticas apropiadas por parte del cuidador/maestro como resultado de la capacitación, no solo la participación en capacitación (4).

Además de la baja proporción de personal por niño, el tamaño del grupo, diferentes edades de los niños y la estabilidad del cuidador/maestro, la capacitación/educación de los cuidadores/maestros es un indicador específico de la calidad de cuidado infantil (2). La mayoría de los roles calificados requieren capacitación en relación con las funciones y responsabilidades que el rol requiere. Los miembros del personal que están mejor capacitados son más capaces de prevenir, reconocer y corregir problemas de salud y seguridad. La cantidad de horas de capacitación recomendada en esta norma refleja el foco central de los cuidadores/maestros en el desarrollo, la salud y seguridad de los niños.

Los niños pueden asistir al cuidado infantil con necesidades especiales de atención de la salud identificadas o las necesidades especiales se pueden identificar mientras asisten a cuidado infantil, por lo tanto, el personal debe estar capacitado para reconocer los problemas de salud e implementar planes de cuidado para las necesidades previamente identificadas. En general, se requieren medicamentos de manera emergente o programada para un niño para que pueda asistir a cuidado infantil de manera segura. Los cuidadores/maestros deben estar bien capacitados en administración de medicamentos y se deben implementar las políticas apropiadas.

La Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC, por sus siglas en inglés), una organización líder en cuidado infantil y educación de la primera infancia, recomienda capacitación anual/desarrollo profesional sobre la base de las necesidades del programa y las calificaciones previas al servicio del personal (1). La capacitación debe abordar las siguientes áreas:

- a. Promover el crecimiento y desarrollo de los niños en correlación con las actividades apropiadas para el desarrollo;
- b. Cuidado de bebés;
- c. Reconocer y manejar enfermedades y lesiones menores;
- d. Manejar el cuidado de niños que requieren los procedimientos especiales que se enumeran en la Norma 3.5.0.2;
- e. Administración de medicamentos;
- f. Aspectos comerciales del hogar de cuidado infantil familiar pequeño;
- g. Planificar actividades apropiadas para el desarrollo en grupos de diferentes edades;
- h. Nutrición para niños en el contexto de preparar comidas nutritivas para la familia;
- i. Porciones de comida apropiadas para la edad y prácticas de alimentación de niños;
- j. Métodos aceptables de disciplina/establecimiento de límites;
- k. Organizar el hogar para cuidado infantil;
- l. Prevenir las lesiones no intencionales en el hogar (por ej., caídas, envenenamiento, quemaduras, ahogo);
- m. Servicios disponibles de la comunidad;
- n. Detectar, prevenir y denunciar abuso y negligencia de menores;
- o. Habilidades de defensoría;
- p. Primeros auxilios pediátricos, incluso RCP pediátrica;
- q. Métodos de comunicación eficaz con los niños y los padres/tutores;
- r. Salud socioemocional y mental (enfoques positivos con relaciones consistentes y enriquecedoras);
- s. Procedimientos de simulacro de evacuación y refugio en el lugar;
- t. Peligros de salud ocupacional;
- u. Entornos y prácticas seguras para dormir a bebés;
- v. Precauciones Estándar;
- w. Síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso;
- x. Problemas dentales;
- y. Nutrición y actividad física apropiada para la edad.

Hay algunas enfermedades por las cuales los niños deben ser excluidos del cuidado infantil. Las decisiones sobre el manejo de niños enfermos se toman mediante la habilidad de evaluar en qué medida el comportamiento que sugiere una enfermedad requiere un manejo especial (3). La educación continua en el manejo de enfermedades infecciosas ayuda a preparar a los cuidadores/maestros a tomar estas decisiones sin sesgos personales (5). Las recomendaciones con respecto a las respuestas a las enfermedades pueden cambiar (por ej., H1N1), por lo tanto, los cuidadores/maestros deben saber dónde pueden encontrar la información más reciente. Todos los cuidadores/maestros deben estar capacitados para prevenir, evaluar y tratar lesiones comunes en entornos de cuidado infantil y brindar consuelo a un niño lesionado y los niños que fueron testigos de una lesión.

COMENTARIOS

Las herramientas para la evaluación de las necesidades de capacitación son parte de las herramientas de acreditación de autoestudio disponibles de NAEYC, la Asociación Nacional para el Cuidado Infantil Familiar (NAFCC, por sus siglas en inglés), Acreditación Nacional Profesional de Cuidado en la Primera Infancia (NECPA, por sus siglas en inglés), la Asociación Internacional de Educación Cristiana (ACEI, por sus siglas en inglés), la Asociación Nacional de Programas después del a Escuela (NAA, por sus siglas en inglés) y la Asociación Nacional de Cuidado Infantil (NCCA, por sus siglas en inglés). La finalización exitosa de la capacitación se puede medir mediante una evaluación de desempeño al final de la capacitación y mediante la evaluación continua del desempeño en el trabajo.

Los recursos para capacitación en temas de salud y seguridad incluyen:

- a. Departamento de salud estatal y local (educación de salud, salud e higiene ambiental, nutrición, departamento de enfermería de salud pública, bomberos y EMS, etc.);
- b. Redes de consultores de salud de cuidado infantil;
- c. Graduados del Instituto Nacional de Capacitación para Consultores de Salud de Cuidado Infantil (NTI, por sus siglas en inglés);
- d. Agencias de recursos de cuidado infantil y derivación;
- e. Centros Universitarios para la Excelencia en Discapacidades;
- f. Hospitales de niños locales;
- g. Capítulos estatales y locales de:
 1. Academia Americana de Pediatría (AAP), incluso los contactos de cuidado infantil del Capítulo AAP;
 2. Academia Estadounidense de Médicos de Familia (AAFP, por sus siglas en inglés);
 3. Asociación Estadounidense de Enfermeros (ANA, por sus siglas en inglés);
 4. Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA, por sus siglas en inglés);
 5. Asociación de Enfermeros Visitadores (VNA, por sus siglas en inglés);
 6. Asociación Nacional de Profesionales de Enfermería Pediátrica (NAPNAP, por sus siglas en inglés);
 7. Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC, por sus siglas en inglés);
 8. Asociación Nacional para el Cuidado Infantil Familiar (NAFCC, por sus siglas en inglés);
 9. Asociación Nacional de Enfermeros Escolares (NASN, por sus siglas en inglés);
 10. Centro Nacional de Recursos de Servicios Médicos de Emergencia para Niños (EMSC, por sus siglas en inglés);
 11. Asociación Nacional para Deportes y Educación Física (NASPE, por sus siglas en inglés);
 12. Asociación Estadounidense de Dietética (ADA, por sus siglas en inglés);
 13. Asociación Estadounidense de Centros de Control Toxicológico (AAPCC, por sus siglas en inglés).

Para capacitación en nutrición, los centros deben verificar que el nutricionista/dietista registrado (RD, por sus siglas en inglés), que brinda consejo, tiene experiencia y conocimiento en desarrollo infantil, nutrición para bebés y primera infancia, nutrición para niños en edad escolar, terapias de nutrición establecidas, servicio de comida y cuestiones de seguridad alimentaria en el entorno de cuidado infantil. La mayoría de los programas estatales de Salud Infantil y Maternal, los Programas de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) y los Programas de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) tienen un especialista en nutrición en el personal o acceso a un consultor local. Si este especialista en nutrición tiene conocimiento y experiencia en primera infancia y cuidado infantil, Los centros pueden negociar que esta persona actúe o identifique a alguien para actuar como consultor y capacitador para el centro.

Hay muchos recursos disponibles para nutricionistas/RD que brindan capacitación en servicio de comida y nutrición. Algunos recursos para contactar incluyen:

- a. Departamento de salud local, del condado y estatal para ubicar los programas MCH, CACFP o WIC;
- b. Departamentos de nutrición de universidades estatales y universidades;
- c. Economistas del hogar en compañías de servicios públicos;
- d. Afiliados estatales de la Asociación Estadounidense de Dietética;
- e. Afiliados estatales y regionales de la Asociación Estadounidense de Salud Pública;
- f. La Asociación Estadounidense de Servicios para la Familia y el Consumidor;
- g. Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana;
- h. Nutricionista/RD en un hospital;
- i. Maestros de economía del hogar de escuela secundaria;
- j. El Consejo de Lácteos;
- k. El afiliado local de la Asociación Cardíaca Americana;
- l. La Sociedad del Cáncer local;
- m. La Sociedad de Educación Nutricional;
- n. La oficina local de Extensión Cooperativa;

- o. Las universidades comunitarias y escuelas profesionales locales.

Se pueden obtener recursos de educación nutricional en el Centro de Información de Alimentos y Nutrición en <http://fnic.nal.usda.gov>. La educación continua del personal en nutrición puede ser complementada mediante boletines o literatura periódica (con frecuencia, bilingüe) o materiales audiovisuales preparados o recomendados por el Especialista en Nutrición.

Los cuidadores/maestros deben tener conocimiento básico de las necesidades especiales de atención de la salud, complementado con capacitación especializada para niños con necesidades especiales de atención de la salud. El tipo de necesidades especiales de atención de la salud de los niños en cuidado debe influir la selección de los temas de la capacitación. La cantidad de horas ofrecidas en cualquier programa de capacitación en servicio se debe determinar por la experiencia y los antecedentes profesionales del personal, que se logra mejor a través de un mecanismo de conferencia regular con el personal.

El apoyo financiero y la accesibilidad a los programas de capacitación requiere atención para facilitar el cumplimiento con esta norma. Muchos estados utilizan fondos federales de la Subvención en Bloque para el Cuidado y Desarrollo Infantil para mejorar el acceso, la calidad y la asequibilidad de la capacitación para profesionales de cuidado y educación en la primera infancia. Se pueden utilizar cursos universitarios, ya sea en línea o presenciales, y talleres de capacitación para cumplir con el requisitos de horas de capacitación. Estas oportunidades de capacitación también se pueden realizar en el sitio en el centro de cuidado infantil. La finalización de la capacitación debe ser documentada por un certificado de estudios universitarios o un certificado de capacitación que incluya el título/contenido de la capacitación, horas de contacto, nombre y credenciales del capacitador o el instructor del curso y la fecha de capacitación. Si es posible, se debe documentar la presentación de la documentación que muestra cómo el estudiante implementó los conceptos enseñados en la capacitación en el programa de cuidado infantil. Si bien la capacitación en el sitio puede ser costosa, puede ser un enfoque más eficaz que la participación en capacitación en un lugar remoto.

Proyectos y alcance: El Consorcio de Investigación en Cuidado Infantil del Medio Oeste, Proyectos de Investigación y Evaluación de la Primera Infancia en http://ccfi.unl.edu/projects_outreach/projects/current/ecp/mwrcr.php, identifica la cantidad de horas de educación para el personal y catorce indicadores de calidad de un estudio realizado en cuatro estados del medio oeste.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

1.8.2.2 Evaluación anual de competencias del personal

10.3.3.4 Provisión de la agencia de licencias de materiales para la prevención de abuso infantil

10.3.4.6 Compensación por la participación en evaluaciones multidisciplinarias para niños con necesidades especiales de atención de la salud o educación

10.6.1.1 Provisión de la Agencia Regulatoria de servicios de apoyo y capacitación de cuidadores/maestros y consumidores

10.6.1.2 Provisión de capacitación a centros por parte de agencias de salud

3.5.0.2 Cuidado de niños que requieren procedimientos médicos

3.6.3.1 Administración de medicamentos

9.4.3.3 Registro de capacitación

Apéndice C: Calificaciones del especialista en nutrición, dietista registrado, nutricionista con licencia, consultor y personal de servicio de comida

REFERENCIAS

1. Fiene, R. 2002. 13 indicators of quality child care: Research update. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. <http://aspe.hhs.gov/basic-report/13-indicators-quality-child-care>.
2. Crowley, A. A. 1990. Health services in child care day care centers: A survey. *J Pediatr Health Care* 4:252-59.
3. Whitebook, M., C. Howes, D. Phillips. 1998. Worthy work, unlivable wages: The National child care staffing study, 1988-1997. Washington, DC: Center for the Child Care Workforce.
4. National Association for the Education of Young Children (NAEYC). 2009. Standards for Early Childhood professional preparation programs. Washington, DC: NAEYC. <http://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/ProfPrepStandards09.pdf>.
5. Academia Americana de Pediatría. *Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools: A Quick Reference Guide*. Aronson SS, Shope TR, eds. 5ta ed. Itasca, IL: Academia Americana de Pediatría; 2020:15.

Norma 1.4.4.2: Educación continua para cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños

Los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños deben tener al menos treinta horas de reloj por año (2) de educación continua en áreas determinadas por la autoevaluación y, si es posible, por una revisión de desempeño de un mentor capacitado o revisor par.

FUNDAMENTO

Además de la baja proporción de personal por niño, el tamaño del grupo, diferentes edades de los niños y la continuidad del cuidador/maestro, la capacitación/educación de los cuidadores/maestros es un indicador específico de la calidad de cuidado infantil (1). La mayoría de los roles calificados requieren capacitación en relación con las funciones y responsabilidades que el rol requiere. Los cuidadores/maestros que participan de capacitación continua tienen más probabilidades de disminuir la morbilidad y mortalidad en su entorno (3) y están mejor capacitados para prevenir, reconocer y corregir problemas de salud y seguridad.

Los niños pueden asistir al cuidado infantil con necesidades especiales de atención de la salud identificadas o pueden desarrollarlas mientras asisten a cuidado infantil, por lo tanto, el personal debe estar capacitado para reconocer los problemas de salud e implementar planes de cuidado para las necesidades previamente identificadas.

Debido a la naturaleza de sus tareas de cuidado/enseñanza, los cuidadores/maestros deben obtener conocimiento y habilidades multifacéticas. La salud de los niños y la salud de los empleados son integrales para cualquier plan de estudio de educación/capacitación y plan de manejo del programa. La planificación y evaluación de la capacitación se debe basar en el desempeño del cuidador/maestro. La provisión de talleres y cursos en todas las facetas de un negocio de cuidado infantil familiar pequeño puede ser difícil de acceder y puede llevar a que los cuidadores/maestros se inscriban solamente en oportunidades de capacitación en las áreas relacionadas con el plan de estudios. Muy a menudo, los cuidadores/maestros toman decisiones de capacitación sobre la base de lo que les gusta aprender (sus "deseos") y no las áreas en donde deberían mejorar su desempeño (sus "necesidades").

Los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños a menudo trabajan solos y son los únicos responsables de la salud y seguridad de un número pequeño de niños en cuidado. La revisión de pares es parte del proceso para la acreditación de cuidado infantil familiar y puede ser valiosa para asistir al cuidador/maestros en la identificación de áreas de necesidad para capacitación. La autoevaluación puede no identificar las necesidades de capacitación o enfocarse en áreas en las que el cuidador/maestro está particularmente interesado y puede que ya esté capacitado.

COMENTARIOS

El contenido de la educación continua para cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños debería incluir los siguientes temas:

- a. Promover el crecimiento y desarrollo de los niños en correlación con las actividades apropiadas para el desarrollo;
- b. Cuidado de bebés;
- c. Reconocer y manejar enfermedades y lesiones menores;
- d. Manejar el cuidado de niños que requieren los procedimientos especiales que se enumeran en la Norma 3.5.0.2;
- e. Administración de medicamentos;
- f. Aspectos comerciales del hogar de cuidado infantil familiar pequeño;
- g. Planificar actividades apropiadas para el desarrollo en grupos de diferentes edades;
- h. Nutrición para niños en el contexto de preparar comidas nutritivas para la familia;
- i. Porciones de comida apropiadas para la edad y prácticas de alimentación de niños;
- j. Métodos aceptables de disciplina/establecimiento de límites;
- k. Organizar el hogar para cuidado infantil;
- l. Prevenir las lesiones no intencionales en el hogar (caídas, envenenamiento, quemaduras, ahogo);
- m. Servicios disponibles de la comunidad;
- n. Detectar, prevenir y denunciar abuso y negligencia de menores;
- o. Habilidades de defensoría;
- p. Primeros auxilios pediátricos, incluso RCP pediátrica;
- q. Métodos de comunicación eficaz con los niños y los padres/tutores;
- r. Salud socioemocional y mental (enfoques positivos con relaciones consistentes y enriquecedoras);
- s. Procedimientos de simulacro de evacuación y refugio en el lugar;
- t. Peligros de salud ocupacional;
- u. Entornos y prácticas seguras para dormir a bebés;
- v. Precauciones Estándar;
- w. Síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso;
- x. Problemas dentales;
- y. Nutrición y actividad física apropiada para la edad.

Los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños deben mantener listas de contactos actualizadas de proveedores de atención primaria pediátrica, especialistas de cuestiones de salud de niños individuales en su cuidado y consultores de salud de cuidado infantil que pueden brindar capacitación cuando sea necesario.

Hay disponibles alternativas de capacitación en el hogar a la capacitación grupal para cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños, como cursos a distancia en internet, escuchar cintas de audio o ver medios (por ej., DVD) con listas de autoverificación. Estas alternativas de capacitación brindan más flexibilidad para los cuidadores/maestros que están lejos de los lugares centrales de capacitación o tienen dificultad para organizar la cobertura de sus tareas de cuidado infantil para asistir a capacitación. Sin embargo, reunir a los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar para capacitación, si es posible, brinda una pausa al aislamiento de su trabajo y promueve el establecimiento de redes y apoyo.

La capacitación satelital a través de enlaces descendentes en sitios de servicio de extensión local, escuelas secundarias y universidades comunitarias programadas en horarios convenientes de tarde o fin de semana es otra forma de combinar la capacitación de calidad con la disponibilidad local y algo de establecimiento de redes.

TIPO DE INSTALACIONES

Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

1.4.4.1 Educación continua para directores y cuidadores/maestros en centros y hogares de cuidado infantil familiar grandes

1.7.0.4 Peligros ocupacionales

3.5.0.2 Cuidado de niños que requieren procedimientos médicos

9.2.4.3 Planificación ante desastres, capacitación y comunicación

9.2.4.4 Plan escrito para la gripe estacional y pandémica

9.2.4.5 Política de simulacros/ejercicios de evacuación y emergencia

9.4.3.3 Registro de capacitación

REFERENCIAS

1. La Asociación Nacional para el Cuidado Infantil Familiar (NAFCC). 2005. Quality standards for NAFCC accreditation. 4ta ed. Salt Lake City, UT: NAFCC. <http://www.nafcc.org/documents/QualStd.pdf>.
2. Whitebook, M., C. Howes, D. Phillips. 1998. Worthy work, unlivable wages: The national child care staffing study, 1988-1997. Washington, DC: Center for the Child Care Workforce.
3. Fiene, R. 2002. 13 indicators of quality child care: Research update. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. <http://aspe.hhs.gov/basic-report/13-indicators-quality-child-care>.



Norma 1.6.0.1: Consultores de salud de cuidado infantil

Un centro debe identificar e involucrar/asociarse con un consultor de salud de cuidado infantil (CCHC, por sus siglas en inglés) que es un profesional de la salud con licencia con educación y experiencia en salud infantil y de la comunidad y cuidado infantil y preferentemente capacitación especializada en consultoría de salud en cuidado infantil.

Los CCHC tienen conocimiento de los recursos y regulaciones y se sienten cómodos conectando los recursos de salud con los centros de cuidado infantil.

El consultor de salud de cuidado infantil debe tener conocimiento de las siguientes áreas:

- a. Habilidades de consultoría como consultor de salud de cuidado infantil y como miembro de un equipo interdisciplinario de consultores;
- b. Normas nacionales de salud y seguridad para cuidado infantil fuera del hogar;
- c. Indicadores de cuidado y educación en la primera infancia de calidad;
- d. Operaciones diarias de los centros de cuidado infantil;
- e. Requisitos estatales de licencia de cuidado infantil y de salud pública;
- f. Leyes estatales de salud, leyes federales y estatales de educación (por ej., ADA, IDEA) y las leyes estatales de práctica profesional para profesionales con licencia (por ej., leyes estatales de práctica de enfermería);
- g. Desarrollo del bebé y la primera infancia, salud social y emocional y práctica apropiada para el desarrollo;
- h. Reconocimiento y requisitos de informe con respecto a las enfermedades infecciosas;
- i. Recomendaciones de evaluación y cronogramas de vacunación para los niños de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT);
- j. Importancia del médico familiar y los recursos locales y estatales para facilitar el acceso a un médico familiar y programas de seguro de salud infantil, incluso Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Infantil Estatal (SCHIP, por sus siglas en inglés);
- k. Prevención de lesiones para niños;
- l. Salud oral para los niños;
- m. Recomendaciones sobre nutrición y actividad física apropiada para la edad para los niños, incluso alimentación de bebés y niños, la importancia de la lactancia y la prevención de la obesidad;
- n. Inclusión de niños con necesidades especiales de atención de la salud y discapacidades de desarrollo en cuidado infantil;
- o. Prácticas de administración segura de medicamentos;
- p. Educación de salud de los niños;
- q. Reconocimiento y requisitos de denuncia de abuso y negligencia de menores/maltrato infantil;

- r. Políticas y prácticas seguras para dormir (incluso reducir el riesgo de SMSL);
- s. Desarrollo e implementación de políticas y prácticas de salud y seguridad, incluso la conciencia de venenos y prevención de envenenamiento;
- t. Salud del personal, incluso evaluación de salud adulta, riesgos de salud ocupacional y vacunaciones;
- u. Recursos de planificación de desastre y colaboraciones dentro de la comunidad de cuidado infantil;
- v. Recursos de salud y salud mental de la comunidad para el niño, padre/tutor y la salud del personal;
- w. Importancia de actuar como ejemplo saludable para los niños y el personal.

El consultor de salud de cuidado infantil debe poder desempeñar u organizar el desempeño de las siguientes actividades:

- a. Evaluar el conocimiento de los cuidadores/maestros de la salud, el desarrollo y le seguridad, y ofrecer capacitación según corresponda;
- b. Evaluar el conocimiento de los padres/tutores de la salud, el desarrollo y le seguridad, y ofrecer capacitación según corresponda;
- c. Evaluar el conocimiento de los niños de la salud y le seguridad, y ofrecer capacitación según corresponda;
- d. Llevar a cabo una evaluación integral de la salud y seguridad en interiores y exteriores y observaciones continuas del centro de cuidado infantil;
- e. Consultar en colaboración en el sitio o por teléfono o medios electrónicos;
- f. Brindar recursos de la comunidad y derivación para las necesidades de salud, salud mental y sociales, incluso acceder a médicos familiares, programas de seguro de salud infantil (por ej., CHIP) y servicios para necesidades especiales de atención de la salud;
- g. Desarrollo o actualizar políticas y procedimientos para centros de cuidado infantil (ver la sección comentarios a continuación);
- h. Revisar los registros de salud de los niños;
- i. Revisar los registros de salud de los cuidadores/maestros;
- j. Asistir a los cuidadores/maestros y padres/tutores en el manejo de los niños con problemas de comportamiento, sociales y emocionales y con necesidades especiales de atención de la salud;
- k. Consultar con el proveedor de atención primaria del niño sobre el plan de atención de la salud individualizado del niño y coordinar servicios en colaboración con los padres/tutores, el proveedor de atención primaria y otros profesionales de la atención de la salud (el CCHC demuestra un compromiso para comunicar y ayudar a coordinar el cuidado del niño con el médico familiar del niño, y puede asistir con la coordinación de servicios de cuidados especializados de enfermería en el centro de cuidado infantil);
- l. Consultar con el proveedor de atención primaria de un niño sobre los medicamentos según sea necesario, en colaboración con los padres/tutores;
- m. Enseñar al personal prácticas seguras de administración de medicamentos;
- n. Monitoreo de prácticas seguras de administración de medicamentos;
- o. Observar el comportamiento, desarrollo y el estado de salud de los niños y hacer recomendaciones si es necesario para el personal y los padres/tutores para evaluación adicional por parte de un proveedor de la atención primaria del niño;
- p. Interpretar los estándares, regulaciones y requisitos de acreditación en relación con la salud y seguridad, y brindar asesoramiento técnico, por separado y aparte de la función de cumplimiento de un inspector de regulación o determinar el estado de la instalación para el reconocimiento;
- q. Entender y observar los requisitos de confidencialidad;
- r. Asistir en el desarrollo de planes médicos ante desastres/emergencias (especialmente para los niños con necesidades especiales de atención de la salud) en colaboración con recursos de la comunidad;
- s. Desarrollar un programa de prevención de obesidad en consulta con un nutricionista/dietista registrado (RD) y especialista en educación física;
- t. Trabajar con otros consultores, como nutricionistas/RD, kinesiólogos (especialistas en actividad física), consultores de salud oral, trabajadores de servicio social, consultores de salud mental de la primera infancia y consultores de educación.

El rol del CCHC es promover la salud y el desarrollo de los niños, las familias y el personal y asegurar un entorno de cuidado infantil seguro y saludable (11).

El CCHC no actúa como el proveedor de atención primaria en el centro, pero ofrece servicios esenciales para el programa y las familias al compartir experiencia en salud y desarrollo, evaluaciones de las necesidades de salud del niño, el personal y la familia y recursos de la comunidad. El CCHC asiste a las familias en la coordinación de cuidado con el médico familiar y otros especialistas en salud y desarrollo. Además, el CCHC debe colaborar con un equipo interdisciplinario de consultores de la primera infancia, por ejemplo, consultores de educación de la primera infancia, salud mental y nutrición.

Para brindar consulta y apoyo eficaz a los programas, el CCHC debe evitar el conflicto de interés en relación con otros roles como actuar como cuidador/maestro o regulador o padre/tutor en el sitio en donde brinda consultoría de salud en cuidado infantil.

El CCHC debe tener contacto regular con la autoridad administrativa del centro, el personal y los padres/tutores en el centro.

La autoridad administrativa debe revisar y colaborar con el CCHC en la implementación de los cambios recomendados en políticas y prácticas. En el caso de consultoría sobre niños con necesidades especiales de atención de la salud, la CCHC debe tener contacto con el médico familiar del niño con el permiso del padre/tutor del niño.

Los programas con una cantidad significativa de familias que no hablan inglés deben buscar un CCHC que sea culturalmente sensible y conozca los recursos de salud de la comunidad con respecto a la cultura y el idioma nativo de los padres/tutores.

FUNDAMENTO

Los CCHC brindan consultoría, capacitación, información y derivación y asistencia técnica para los cuidadores/maestros (10). La evidencia creciente sugiere que los CCHC apoyan los entornos de cuidado y educación en la primera infancia saludables y seguros y proteger y promover el crecimiento y desarrollo saludable de los niños y sus familias (1-10). Establecer políticas de salud y seguridad en cooperación con el personal, padres/tutores, profesionales de salud y autoridades de salud pública ayudará a garantizar la implementación exitosa de un programa de calidad (3). Las necesidades específicas de consultoría de salud y seguridad para un centro individual dependen de las características del centro (1-2). Todos los centros deben tener un plan de consultoría de salud en cuidado infantil (1,2,10).

Las circunstancias especiales del cuidado grupal no puede ser parte de la educación normal del profesional de la salud. Por lo tanto, los cuidadores/maestros deben buscar a los consultores de salud de cuidado infantil que tienen la capacitación o la experiencia especializada necesaria (10). Dicha capacitación está disponible por parte de los instructores que son graduados del Instituto Nacional de Capacitación para Consultores de Salud de Cuidado Infantil (NTI, por sus siglas en inglés) y en algunos estados a través de la mentoría de nivel estatal de consultores de salud de cuidado infantil experimentados conocidos por los contactos de cuidado infantil del capítulo a través de las iniciativas de Healthy Child Care America (HCCA) de la AAP.

Algunos profesionales pueden no tener el rango completo de conocimiento y experiencia para actuar como consultores de salud de cuidado infantil, pero pueden brindar experiencia valiosa y especializada. Por ejemplo, un sanitario puede brindar consultoría sobre el control de la higiene y enfermedades infecciosas y un Inspector de Seguridad en el Patio de Juegos Certificado podría brindar consultoría sobre los peligros del juego de la motricidad gruesa.

COMENTARIOS

La Oficina de Salud Infantil y Maternal (MCHB, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ha apoyado el desarrollo de los sistemas estatales de consultores de salud de cuidado infantil a través de subvenciones de HCCA y Sistemas Integrales de Primera Infancia Estatales. Los consultores de salud de cuidado infantil brindan servicios a los centros y a los hogares de cuidado infantil familiar a través de visitas en el sitio y consultas por teléfono o correo electrónico. Aproximadamente veinte estados financian iniciativas de consultoría de salud de cuidado infantil a través de una variedad de fuentes de financiación, incluso Subsidios de Bloque para el Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y el Título V. En algunos estados, una amplia variedad de consultores de salud, por ej., nutrición, kinesiología (actividad física), salud mental, salud oral, salud ambiental, pueden estar disponibles para los programas y esos consultores pueden operar a través de un enfoque de equipo. Connecticut es un ejemplo de un estado que ha desarrollado capacitación interdisciplinaria para consultores de educación y cuidado y educación en la primera infancia (salud, educación, salud mental, servicio social, nutrición y educación especial) para desarrollar un enfoque multidisciplinario a la consultoría (8). Algunos estados ofrecen capacitación de CCHC con unidades de educación continua, crédito universitario o un certificado de finalización. La acreditación es un término general que se refiere a los diversos medios empleados para designar que las personas u organizaciones han cumplido o excedido los estándares establecidos. Puede incluir acreditación de programas u organizaciones y certificación, registro o licenciatura de personas. Acreditación se refiere a una organización legítima estatal o nacional que verifica que un programa u organización educativa cumpla con los estándares. La certificación es el proceso por el cual una agencia u asociación no gubernamental concede reconocimiento a una persona que ha cumplido con las calificaciones predeterminadas especificadas por la agencia u asociación. La certificación es solicitada por individuos de forma voluntaria y, cuando se obtiene, representa un estado profesional. Las calificaciones típicas incluyen 1) graduación de un programa acreditado o aprobado y 2) desempeño aceptable en un examen que califique. Si bien no hay una acreditación nacional de los programas de capacitación en CCHC o CCHC individuales en este momento, es un objetivo futuro.

Los servicios de CCHC se pueden proporcionar a través del sistema de salud pública, una agencia de recursos y derivación, una fuente privada, un programa de acción comunitaria local, organizaciones de profesionales de la salud, otras organizaciones sin fines de lucro y/o universidades. Algunas organizaciones profesionales incluyen consultores de cuidado infantil en sus grupos de interés especiales, como la Sección de AAP sobre la Educación Temprana y Cuidado Infantil y la Asociación Nacional de Profesionales de Enfermería Pediátrica (NAPNAP).

Los CCHC que no son empleados de salud, educación, servicio de familia o agencias de cuidado infantil pueden trabajar por su cuenta. Reciben compensación por sus servicios cobrando honorarios por sus servicios, una tarifa por hora o un anticipo fomenta el acceso y responsabilidad.

A continuación sigue un ejemplo de las políticas y procedimientos que los consultores de salud de cuidado infantil deben revisar y aprobar:

- a. Admisión y readmisión después de una enfermedad, incluso los criterios de inclusión/exclusión;
- b. Procedimientos de evaluación y observación de la salud en el momento de la inscripción, incluso la evaluación física del niño y otros criterios utilizados para determinar la adecuación de la asistencia de un niño;

- c. Planes para el cuidado y el manejo de los niños con enfermedades transmisibles;
- d. Planes para la prevención, vigilancia y manejo de enfermedades, lesiones y problemas conductuales y emocionales que surgen en el cuidado de los niños;
- e. Planes para capacitación de cuidadores/maestros y para la comunicación con padres/tutores y proveedores de atención primaria;
- f. Políticas sobre la nutrición, educación nutricional, alimentación de bebés y niños apropiada para la edad, salud oral y requisitos de actividad física;
- g. Planes para la inclusión de niños con necesidades especiales de atención de la salud o salud mental y supervisión de su cuidado y necesidades;
- h. Planes ante emergencias/desastres;
- i. Evaluación de seguridad del patio de juegos del centro y el equipo de juego en interiores;
- j. Políticas sobre la salud y seguridad del personal;
- k. Política para prácticas seguras para dormir y reducir el riesgo de SMSL;
- l. Políticas para prevenir el síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso;
- m. Políticas para la administración de medicamentos;
- n. Políticas para transportar a los niños de manera segura;
- o. Políticas sobre salud ambiental: lavado de manos, higiene, manejo de plagas, plomo, etc.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

1.6.0.3 Consultores de salud mental de la primera infancia

1.6.0.4 Consultores de educación de la primera infancia

REFERENCIAS

1. Crowley, A. A. 2001. Child care health consultation: An ecological model. *J Society Pediat Nurs* 6:170-81.
2. Alkon, A., J. Bernzweig, K. To, M. Wolff, J. F. Mackie. 2009. Child care health consultation improves health and safety policies and practices. *Academic Pediatrics* 9:366-70.
3. Dellert, J. C., D. Gasalberti, K. Sternas, P. Lucarelli, J. Hall. 2006. Outcomes of child care health consultation services for child care providers in New Jersey: A pilot study. *Pediatric Nurs* 32:530-37.
4. Crowley, A. A., R. M. Sabatelli. 2008. Collaborative child care health consultation: A conceptual model. *J for Specialists in Pediatric Nurs* 13:74-88.
5. Crowley, A. A., J. M. Kulikowich. 2009. Impact of training on child care health consultant knowledge and practice. *Pediatric Nurs* 35:93-100.
6. Heath, J. M., et al. 2005. Creating a statewide system of multi-disciplinary consultation system for early care and education in Connecticut. Farmington, CT: Child Health and Development Institute of Connecticut. http://nitcci.nccic.acf.hhs.gov/resources/10262005_93815_901828.pdf.
7. Farrer, J., A. Alkon, K. To. 2007. Child care health consultation programs: Barriers and opportunities. *Maternal Child Health J* 11:111-18.
8. Gupta, R. S., S. Shuman, E. M. Taveras, M. Kulldorff, J. A. Finkelstein. 2005. Opportunities for health promotion education in child care. *Pediatrics* 116:499-505.
9. Crowley, A. A. 2000. Child care health consultation: The Connecticut experience. *Maternal Child Health J* 4:67-75.
10. Alkon, A., J. Farrer, J. Bernzweig. 2004. Roles and responsibilities of child care health consultants: Focus group findings. *Pediatric Nurs* 30:315-21.
11. Alkon, A., J. Bernzweig, K. To, J. K. Mackie, M. Wolff, J. Elman. 2008. Child care health consultation programs in California: Models, services, and facilitators. *Public Health Nurs* 25:126-39.

Norma 1.3.2.7: Calificaciones y responsabilidades de los defensores de salud

Cada centro debe designar al menos a un administrador o persona de personal como el defensor de salud responsable de las políticas y las cuestiones diarias relacionadas con la salud, el desarrollo y la seguridad de los niños pequeños, los niños como grupo, el personal y los padres/tutores. En los centros grandes, puede ser importante designar a defensores de salud en el centro y en el aula. El defensor de salud debe ser el contacto principal para los padres/tutores cuando tienen inquietudes de salud, incluso observaciones de padre/tutor/personal en relación con la salud, información relacionada con la salud y la provisión de recursos. El defensor de salud garantiza que se aborden los temas de salud y seguridad, incluso cuando esta persona no desempeñe directamente todas las tareas necesarias de salud y seguridad.

El defensor de salud también debe identificar a los niños que no tienen una fuente regular de atención médica, seguro de salud o pruebas de diagnóstico positivas sin una derivación documentada en el registro de salud del niño. El defensor de salud debe asistir al padre/tutor del niño para encontrar un médico familiar derivándolo a un proveedor de atención primaria que ofrezca servicios de salud infantil de rutina.

Para los centros, el defensor de salud debe tener licencia/certificación/credencial como director o maestro principal o debe ser un profesional de la salud, educador de salud o trabajador social que trabaje en el centro de manera regular (al menos una vez por semana).

El defensor de salud debe tener capacitación documentada en lo siguiente:

- a. Control de enfermedades infecciosas, incluso Precauciones Estándar, higiene de manos, etiqueta para toser y estornudar y requisitos de informes;
- b. Requisitos de vacunación infantil, mantenimiento de registros y al menos una revisión trimestral y seguimiento de los niños que necesitan actualización de vacunas;
- c. Revisión del formulario de evaluación de salud del niño y seguimiento de los niños que necesitan evaluación médica adicional o actualización de su información;
- d. Cómo planificar, reconocer y manejar una emergencia;
- e. Conciencia de venenos y seguridad sobre venenos;
- f. Reconocimiento de seguridad, peligros e intervención de prevención de lesiones;
- g. Prácticas seguras para dormir y la reducción del riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL);
- h. Cómo ayudar a los padres/tutores, cuidadores/maestros y niños a lidiar con la muerte, lesiones graves y catástrofes naturales o provocadas por el hombre;
- i. Reconocimiento de abuso infantil, negligencia/maltrato infantil, síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso (para centros que cuidan de bebés), y conocimiento de cuándo y dónde denunciar cualquier sospecha de abuso/negligencia;
- j. Facilitar la colaboración con las familias, proveedores de atención primaria y otros proveedores de servicio de salud para crear un Plan de Cuidado de salud, desarrollo o comportamiento;
- k. Implementar planes de cuidado;
- l. Reconocimiento y manejo de situaciones relacionadas con la salud aguda como convulsiones, enfermedades respiratorias, reacciones alérgicas, y otras condiciones de acuerdo con las necesidades especiales de atención de la salud de los niños;
- m. Administración de medicamentos;
- n. Reconocer y entender las necesidades de los niños con problemas graves de comportamiento y salud mental;
- o. Mantener la confidencialidad;
- p. Elecciones nutricionales saludables;
- q. La promoción de tipos y cantidades adecuadas según el desarrollo de actividad física;
- r. Cómo trabajar en colaboración con padres/tutores y miembros de la familia;
- s. Cómo buscar, consultar, utilizar y colaborar eficientemente con consultores de salud de cuidado infantil, y en asociación con un consultor de salud de cuidado infantil, cómo obtener información y apoyo de otros consultores y recursos de educación, salud mental, nutrición, actividad física, salud oral y servicio social;
- t. Conocimiento de los recursos de la comunidad para derivar a los niños y las familias que necesitan servicios de salud, incluso acceso a Seguro de Salud Infantil del Estado (SCHIP, por sus siglas en inglés), importancia de un proveedor de atención primaria y médico familiar, y provisión de vacunas y Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés).

FUNDAMENTO

La eficacia de un defensor de salud designado intencionalmente para mejorar la calidad del desempeño en una instalación se ha demostrado en todos los tipos de entornos de la primera infancia (1). Un cuidador/maestro designado con capacitación en salud es eficaz para desarrollar una relación continua con los padres/tutores y un interés personal en el niño (2,3). Los cuidadores/maestros que están mejor capacitados son más capaces de prevenir, reconocer y corregir problemas de salud y seguridad. Un defensor interno para cuestiones relacionadas con la salud y seguridad puede ayudar a integrar estas cuestiones con otros factores involucrados para formular planes de los centros.

Los niños pueden estar al día con las vacunas requeridas cuando se inscriben, pero, a veces, después faltan a vacunas programadas. Como el riesgo de enfermedades que pueden prevenirse con vacunas aumenta en los entornos grupales, asegurar una vacunación apropiada es una responsabilidad esencial en el cuidado infantil. Los cuidadores/maestros deben contactar a su consultor de salud de cuidado infantil o al departamento de salud si tienen alguna pregunta con respecto a actualizaciones/cronogramas de vacunación. También pueden brindar información para compartir con los padres/tutores sobre la importancia de las vacunas.

Los registros de salud infantil tienen la intención de brindar información que indica que el niño ha recibido servicios de salud preventiva para mantenerse sano, y para identificar condiciones que podrían interferir con el aprendizaje o requerir cuidado especial. La revisión de la información en estos registros debe ser realizada por alguien que puede usar la información para planificar el cuidado del niño, y reconocer cuándo se necesita actualizar la información por parte del proveedor de atención primaria.

Los niños deben estar saludables para poder aprender. Aquellos que necesitan adaptaciones por problemas de salud o que son susceptibles a enfermedades que se pueden prevenir con vacunas sufrirán si el programa de cuidado infantil no puede usar la información provista en los registros de salud del niño para garantizar que se cubran las necesidades del niño (5,6).

COMENTARIOS

El director debe asignar el rol de defensor de salud a un miembro del personal que parezca tener un interés, aptitud y capacitación en esta área. Esta persona no necesita desempeñar todas las tareas de salud y seguridad en el centro, pero debe actuar como la persona que plantea inquietudes de salud y seguridad. Esta persona de personal tiene la responsabilidad designada de comprobar que se implementen los planes para garantizar un centro seguro y saludable (1).

Un defensor de salud es un miembro regular del personal de un centro u hogar de cuidado infantil familiar grande o pequeño, y no es lo mismo que un consultor de salud de cuidado infantil recomendado en Consultores de Salud de Cuidado Infantil, Norma 1.6.0.1. El defensor de salud trabaja con un consultor de salud de cuidado infantil sobre cuestiones de salud y seguridad que surgen en las interacciones diarias (4). Para los hogares de cuidado infantil familiar pequeños, el defensor de salud generalmente será el cuidador/maestro. Si el defensor de salud no es el cuidador/maestro del niño, el defensor de salud debe trabajar con el cuidador/maestro del niño. Las personas más familiarizadas con el niño y la familia del niño reconocerán el comportamiento atípico en el niño y apoyará la comunicación efectiva con los padres/tutores.

Se debe desarrollar un plan para contacto personal de los padres/tutores, aunque este contacto no será posible todos los días. Un plan para el contacto personal y documentación de un cuidador/maestro designado como defensor de salud garantizará los intentos específicos de que el defensor de salud se comunique directamente con cuidadores/maestros y familias sobre cuestiones relacionadas con la salud.

El registro de vacunación/revisión de cumplimiento se puede lograr mediante la revisión manual de los registros de salud del niño o mediante el uso de programas software que usan algoritmos con los cronogramas de vacunas recomendadas actualmente e intervalos de servicio para evaluar las fechas cuando un niño recibió los servicios recomendados y la fecha de nacimiento del niño para identificar cualquier brecha, en cuyo caso se deben hacer derivaciones. En el sitio web de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC), se pueden verificar las recomendaciones individuales de vacunación para niños de seis años y menos <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/scheduler/catchup.htm>.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

1.4.3.2 Temas cubiertos en la capacitación de primeros auxilios pediátricos

1.4.4.1 Educación continua para directores y cuidadores/maestros en centros y hogares de cuidado infantil familiar grandes

1.4.4.2 Educación continua para cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños

1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil

1.3.1.1 Calificaciones generales de los directores

1.3.1.2 Rol combinado de director/maestro

1.3.2.1 Roles diferenciados

1.3.2.2 Calificaciones de los maestros principales y maestros

1.3.2.3 Calificaciones para los asistentes de maestros, ayudantes de maestros y voluntarios

1.4.2.1 Orientación inicial de todo el personal

1.4.2.2 Orientación para el cuidado de niños con necesidades especiales de atención de la salud

1.4.2.3 Temas de orientación

1.4.3.1 Capacitación en primeros auxilios y reanimación pulmonar para el personal

1.4.3.3 Capacitación en reanimación cardiopulmonar para natación y juego en el agua

1.4.5.1 Capacitación del personal que manipula alimentos

1.4.5.2 Educación en abuso y negligencia de menores

1.4.5.3 Capacitación en el riesgo ocupacional relacionado con el manejo de fluidos corporales

1.4.5.4 Educación del personal del centro

1.4.6.1 Tiempo libre para capacitación y licencia para desarrollo profesional

1.4.6.2 Pago para la educación continua

3.1.2.1 Supervisión de salud de rutina y monitoreo del crecimiento

3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física

3.1.3.2 Jugar al aire libre

3.1.3.3 Protección contra la contaminación del aire mientras los niños están afuera

3.1.3.4 Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física

8.7.0.3 Revisión del plan para atender a niños con discapacidades o niños con necesidades especiales de atención de la salud

7.2.0.1 Documentación de vacunación

7.2.0.2 Niños no vacunados

REFERENCIAS

1. Hagan, J. F., J. S. Shaw, P. M. Duncan, eds. 2008. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3ra edición, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
2. Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) 2011. Cronogramas de vacunación. <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/>.
3. Alkon, A., J. Bernzweig, K. To, J. K. Mackie, M. Wolff, J. Elman. 2008. Child care health consultation programs in California: Models, services, and facilitators. *Public Health Nurs* 25:126-39.
4. Murph, J. R., S. D. Palmer, D. Glassy, eds. 2005. Health in child care: A manual for health professionals. 4ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
5. Kendrick, A. S., R. Kaufmann, K. P. Messenger, eds. 1991. Healthy Young Children: A manual for programs. Washington, DC: Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños.
6. Ulione, M. S. 1997. Health promotion and injury prevention in a child development center. *J Pediatr Nurs* 12:148-54.

Alimentación y nutrición



Norma 4.2.0.6: Disponibilidad del agua potable

El agua limpia y sanitaria para beber debe estar disponible y se debe ofrecer durante todo el día en áreas interiores y exteriores. ^{1,2} El agua no debe ser un sustituto de la leche en las comidas o refrigerios en las que la leche se requiere como componente alimenticio a menos que esté recomendado por el proveedor de atención médica primario del niño.

Los días calurosos, a los bebés que reciben leche humana en un biberón se les puede dar leche humana adicional en un biberón, pero no se les debe dar agua, especialmente en los primeros 6 meses de vida después del nacimiento.¹ A los bebés que reciben fórmula y agua se les puede dar fórmula adicional en un biberón. Los bebés y niños más grandes necesitarán agua adicional cuando la actividad física y/o las temperaturas calurosas causen sus necesidades de beber más. Los niños pequeños deben aprender a beber agua de una taza o fuente para beber agua sin colocar la boca en el elemento. No se les debe permitir tener agua continuamente en la mano en un vaso antiderrame o botella. Permitir a los niños pequeños succionar continuamente en una botella o vaso antiderrame lleno con agua, para calmarse, puede causar desajustes nutricionales o, en raras circunstancias, de electrolitos. Cuando lavarse los dientes no se hace después de almorzar, se debe ofrecer a los niños agua para beber para enjuagar la comida de sus dientes.

Las fuentes para beber agua se deben mantener limpias y desinfectadas y se deben mantener para que brinden un drenaje adecuado.

FUNDAMENTO

Cuando los niños tienen sed entre las comidas y refrigerios, el agua es la mejor opción. Los niños pequeños no pueden solicitar agua por su cuenta indicando la necesidad de que los cuidadores/maestros ofrezcan agua durante todo el día.² Además, tener jarras de agua limpias y pequeñas y vasos de papel descartables disponibles en las aulas y en los patios de juegos permite a los niños servirse por sí mismos agua cuando tienen sed. Beber agua durante el día puede mantener a los niños hidratados mientras reducen la ingesta de calorías si el agua reemplaza las bebidas con alto contenido de calorías, como las bebidas/néctar de frutas y gaseosas, lo que se asocia con el sobrepeso y obesidad.³ Los factores personales y del ambiente, como la edad, peso, género, nivel de actividad física, temperatura del aire exterior, calor y humedad, pueden afectar las necesidades de agua de un niño en particular.⁴ Se ha agregado flúor al agua corriente (de la canilla) en muchas comunidades. Beber agua fluorada y mantener los dientes "lavados" en niveles bajos de flúor protege los dientes del niño disminuyendo la probabilidad de caries en la primera infancia cuando se consume durante todo el día, especialmente entre comidas y refrigerios.⁵⁻⁷

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

3.1.3.2 Jugar al aire libre

4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana

4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés

5.2.6.3 Pruebas de niveles de plomo y cobre en el agua potable

REFERENCIAS

- Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Increasing Access to Drinking Water and Other Healthier Beverages in Early Care and Education Settings. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2014 <https://www.cdc.gov/obesity/downloads/early-childhood-drinking-water-toolkit-final-508reduced.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
- US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program: meal pattern revisions related to the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010. Final rule. *Fed Regist.* 2016;81(79):24347-24383
- Muckelbauer R, Sarganas G, Grüneis A, Müller-Nordhorn J. Association between water consumption and body weight outcomes: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2013;98(2):282-299
- Wolfram T. Water: how much do kids need? Sitio web de la Academy of Nutrition and Dietetics Eat Right. <http://www.eatright.org/resource/fitness/sports-and-performance/hydrate-right/water-go-with-the-flow>. Publicado el viernes, 10 de agosto de 2018. Fecha de acceso el 20 de diciembre de 2018
- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Pediatric Nutrition. Kleinman RE, Greer FR, eds. 7ma ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2014
- Casamassimo P, Holt K, eds. *Bright Futures: Oral Health Pocket Guide*. 3ra ed. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2016. <https://www.mchoralhealth.org/PDFs/BFOHPocketGuide.pdf>. Fecha de acceso el martes, 19 de septiembre de 2017
- Centro de Aprendizaje y Conocimiento de la Primera Infancia, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Administración para Niños y Familias, Head Start. Encouraging your child to drink water. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/publication/encouraging-your-child-drink-water>. Actualizado el martes, 11 de septiembre de 2018. Fecha de acceso el 20 de diciembre de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017, 03/22/2019 y 05/21/2019.



Norma 4.2.0.7: Jugo de 100% de fruta

El jugo de frutas o vegetales se puede servir una vez por día durante una comida o refrigerio programado a los niños de 12 meses o más (1). Todos los jugos deben estar pasteurizados y de 100 % fruta sin azúcares o endulzantes agregados.

Edad	Máxima permitida (1)
0-12 meses	No ofrecer jugos a bebés menores de 12 meses.
1-3 años	Limitar el consumo a 4 oz/día (½ taza).
4-6 años	Limitar el consumo a 4-6 oz/día (½–¾ taza).
7-18 años	Limitar el consumo a 8 oz/día (1 taza).

Se debe ofrecer jugo de 100 % fruta en una taza apropiada para la edad en lugar de un biberón (2). Estas cantidades incluyen todos los jugos consumidos en el hogar. Los cuidadores/maestros deben preguntar a los padres/tutores si se proporciona algún jugo en el hogar cuando se decide si se sirve o y cuándo se sirve jugo de fruta a los niños en cuidado. Se recomienda fruta entera, triturada o en puré, para bebés comenzando a los 4 meses de edad o cuando estén listos a nivel del desarrollo (3).

FUNDAMENTO

Aunque el jugo de 100% de fruta se puede incluir en un patrón de alimentación saludable, la fruta entera es más nutritiva y brinda muchos nutrientes, que incluyen fibra alimentaria, que no se encuentran en los jugos (4).

Limitar el consumo general de jugo y alentar a los niños a beber agua entre comidas reducirá los ácidos producidos por las bacterias en la boca que causan caries. La frecuencia de exposición y líquidos que se acumulan en la boca son importantes para determinar la causa de caries en niños (5). Las bebidas etiquetadas como "ponche de frutas", "néctar de frutas" o "coctel de frutas" contienen menos del jugo de 100% de fruta y puede ser mayor en el contenido de azúcar en general. El consumo de rutina de jugos de fruta no proporciona cantidades adecuadas de vitamina E, hierro, calcio, y fibra alimentaria, todos esenciales para el crecimiento y desarrollo de niños pequeños (6). El consumo continuo de jugo de fruta puede estar asociado con la disminución del apetito durante las horas de comida, que pueden llevar a nutrición inadecuada, problemas de alimentación, y aumento en el índice de masa corporal de un niño, todo lo cual se considera factores de riesgo que pueden contribuir a la obesidad infantil (7).

Servir jugo de fruta pasteurizado protege contra el posible brote de enfermedad transmitida por los alimentos porque el proceso destruye cualquier bacteria nociva que puede haber estado presente (8).

Las bebidas con alto contenido de azúcar y cafeína se deben evitar porque pueden contribuir a la obesidad infantil, caries, y mala nutrición (9).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

3.1.5.1 Actividades de higiene oral de rutina

3.1.5.3 Educación sobre salud oral

4.2.0.6 Disponibilidad del agua potable

4.2.0.4 Categorías de alimentos

4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

REFERENCIAS

1. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. *Pautas sobre la dieta para estadounidenses 2015-2020*. 8va ed. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2015 https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf. Fecha de acceso el martes, 19 de septiembre de 2017
2. Academia Americana de Pediatría. Starting solid foods. American Academy of Pediatrics Sitio web HealthyChildren.org. Fredrogerscenter.org <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Switching-To-Solid-Foods.aspx>. Actualizado el 7 de abril de 2017. Fecha de acceso el 19 de septiembre de 2017
3. Academia Americana de Pediatría. Fruit juice and your child's diet. American Academy of Pediatrics HealthyChildren.org Web site. <https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/nutrition/Pages/Fruit-Juice-and-Your-Childs-Diet.aspx>. Actualizado el lunes, 22 de mayo de 2017. Fecha de acceso el 19 de septiembre de 2017
4. Heyman MB, Abrams SA; American Academy of Pediatrics Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and Committee on Nutrition. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. *Pediatrics*. 2017;139(6):e20170967
5. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Healthy schools. The buzz on energy drinks. <https://www.cdc.gov/healthyschools/nutrition/energy.htm>. Actualizado el martes, 22 de marzo de 2016. Fecha de acceso: martes, 19 de septiembre de 2017
6. US Food and Drug Administration. Talking about juice safety: what you need to know. <https://www.fda.gov/food/resourcesforyou/consumers/ucm110526.htm>. Actualizado el martes, 19 de septiembre de 2017. Fecha de acceso el 19 de septiembre de 2017
7. Shefferly A, Scharf RJ, DeBoer MD. Longitudinal evaluation of 100% fruit juice consumption on BMI status in 2–5-year-old children. *Pediatr Obes*. 2016;11(3):221-227
8. Crowe-White K, O'Neil CE, Parrott JS, et al. Impact of 100% fruit juice consumption on diet and weight status of children: an evidence-based review. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2016;56(5):871-884
9. Casamassimo P, Holt K, eds. *Bright Futures: Oral Health Pocket Guide*. 3ra ed. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2016. <https://www.mchoralhealth.org/PDFs/BFOHPocketGuide.pdf>. Fecha de acceso el martes, 19 de septiembre de 2017

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 11/9/2017.

**Norma 4.3.1.8: Técnicas para la alimentación con biberón**

Siempre se debe sostener a los bebés cuando se los alimenta con biberón. Los cuidadores/maestros deben sostener a los bebés en los brazos del cuidador/maestro o sentarlos sobre el regazo del cuidador/maestro. No se deben apoyar los biberones. La instalación no debe permitir que los bebés tengan biberones en la cuna. La instalación no debe permitir que un bebé lleve un biberón mientras se para, camina o corre.

Las técnicas de alimentación con biberón deben imitar los enfoques de lactancia:

- a. Iniciar la alimentación cuando el bebé da señales (buscar el seno, succionar, etc.);
- b. Sostener al bebé durante las alimentaciones y responder a vocalizaciones con contacto visual y vocalizaciones;
- c. Alternar los lados del regazo del cuidador/maestro;
- d. Permitir descansos durante la alimentación para eructar;
- e. Permitir al bebé dejar de alimentarse.

Un cuidador/maestro no debe alimentar con biberón a más de un bebé a la vez.

Se deben controlar los biberones para garantizar que se están dando al niño apropiado, que tengan leche materna, fórmula para bebés o agua. Cuando se usa un biberón para alimentar a un bebé, se prefiere generalmente una boquilla con tetina cilíndrica y una base más ancha. Una boquilla más corta o más suave puede ser útil para bebés con reflujo nauseoso hipersensitivo, o aquellos que no pueden colocar bien sus labios en la base ancha del pezón (1).

No se debe permitir el uso de un biberón o taza para modificar o calmar el comportamiento de un niño (2).

FUNDAMENTO

La manera en que se da la comida a los bebés es favorable para el desarrollo de hábitos sólidos de alimentación para la vida. Los cuidadores/maestros y padres/tutores necesitan comprender la relación entre la alimentación con biberón y la seguridad emocional. Los cuidadores/maestros deben sostener a los bebés cuando están siendo alimentados con biberón siempre que sea posible, incluso si los niños son los suficientemente grandes como para sostener su propio biberón. Los cuidadores/maestros deben promover las prácticas de alimentación e higiene oral apropiadas que incluyen el uso apropiado del biberón para todos los bebés y niños pequeños. Apoyar el biberón puede causar asfixia y aspiración y puede contribuir a problemas de salud a largo plazo, incluso infección de oído (otitis media), problemas de ortodoncia, trastornos del habla, y problemas psicológicos (3). Cuando los bebés y niños pequeños se alimentan por señales, están en control de la frecuencia y cantidad de alimentaciones. Se ha descubierto que esto reduce el riesgo de obesidad infantil. Cualquier líquido excepto agua simple puede causar caries en la primera infancia (4). Las caries en la primera infancia en los dientes primarios pueden albergar consecuencias a corto y largo plazo para la salud del niño (5). Degustar frecuentemente cualquier líquido además de agua simple entre alimentaciones alienta a las caries.

Los niños están en un mayor riesgo de lesión cuando caminan con boquillas de biberón en sus bocas. No se deben permitir biberones en la cuna o cama por razones de seguridad y sanitarias y para prevenir las caries dentales. Es difícil para un cuidador/maestro estar al tanto y responder a las señales de alimentación de bebés cuando el niño está en una cuna o cama y cuando se alimenta a más de un bebé a la vez. Los bebés deben eructar después de cada alimentación y preferentemente también durante la alimentación.

Los cuidadores/maestros deben ofrecer a los niños líquidos de una taza lo antes posible cuando estén listos a nivel del desarrollo. Algunos niños pueden beber de una taza alrededor de los seis meses de edad, mientras que otros desde más tarde (6). Destetar a un niño para beber de una taza es un proceso individual, que ocurre durante un amplio rango de tiempo. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD, por sus siglas en inglés) recomienda destetar de un biberón para el primer cumpleaños del niño (7). En lugar de vasos antiderrame, los cuidadores/maestros deben usar tazas más pequeñas y llenarlas a la mitad para prevenir derrames cuando los niños comienzan a usar una taza (8). Si se usan vasos antiderrame, esto solo debe ser durante un período de transición muy corto.

Algunos niños de aproximadamente seis meses a un año pueden estar listos en términos de desarrollo para alimentarse por su cuenta y tal vez quieran beber de una taza. La transición de la botella a la taza puede ocurrir en cualquier momento cuando las habilidades motoras finas del niño le permitan usar una taza. El cuidador/maestro debe usar una taza limpia y pequeña sin grietas ni astillas y debe ayudar al niño a levantar e inclinar la taza para evitar derrames y restos de líquido.

El cuidador/maestro y el padre/tutor deben trabajar juntos en la alimentación en taza de leche humana para garantizar que el niño reciba la nutrición adecuada y evitar que sobre una gran cantidad de leche humana al final de la alimentación. Se pueden colocar de dos a tres onzas de leche humana en una taza limpia y se puede ofrecer leche adicional según sea necesario. Se pueden descartar pequeñas cantidades de leche humana (alrededor de una onza).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente

4.3.1.9 Calentar biberones y comidas para bebés

REFERENCIAS

- Holt K, Wooldridge N, Story M, Sofka D. Breast Milk/ microwaving, storage of, advantages of. In: Bright Futures: Nutrition. Chicago, IL: Academia Americana de Pediatría; 2011: 27, 118, 120
- Rupal, C. 2016. Stopping the Bottle. Nemours, KidsHealth. <http://kidshealth.org/en/parents/no-bottles.html#>.
- Hirsch, L. 2017. Feeding your 4- to 7-month old. Nemours, KidsHealth. <http://kidshealth.org/en/parents/feed47m.html#>
- Çolak, H., Dülgergil, Ç. T., Dalli, M., & Hamidi, M. M. 2013. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. Journal of natural science, biology, and medicine, 4(1), 29.
- Academia Americana de Pediatría; Healthy Children. 2015. How to prevent tooth decay in your baby. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/teething-tooth-care/Pages/How-to-Prevent-Tooth-Decay-in-Your-Baby.aspx>.
- Academia Americana de Pediatría; Healthy Children. 2015. Practical bottle feeding tips. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Practical-Bottle-Feeding-Tips.aspx>.
- Lerner, C., & Parlakian, R. 2016. Colic and crying. Zero to three. <https://www.zerotothree.org/resources/197-colic-and-crying>.
- Ben-Joseph, E. 2015. Formula feeding FAQs: Getting started. Nemours: KidsHealth. <http://kidshealth.org/en/parents/formulafeed-starting.html#>

Norma 4.3.1.11: Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés



Un plan para introducir alimentos sólidos complementarios y apropiados para la edad a los bebés se debe realizar junto con el padre/tutor y con el proveedor de atención médica primaria del niño. Los alimentos complementarios son alimentos que no sean leche humana (materna) o fórmula para bebés (líquidos, semisólidos y sólidos) introducidos a un bebé para proporcionar nutrientes (1). Los alimentos sólidos apropiados para la edad se pueden introducir a los 6 meses de edad con flexibilidad para introducir más pronto o más tarde basándose en el estado de desarrollo (2). Sin embargo, se deben tener en cuenta las recomendaciones sobre la introducción de alimentos complementarios proporcionadas a cuidadores de bebés:

- La etapa de desarrollo y el estado nutricional del bebé
- Condiciones médicas coexistentes
- Factores sociales
- Preferencias alimentarias culturales, étnicas y religiosas de la familia
- Consideraciones financieras
- Otros factores nutricionales descubiertos a través del proceso de evaluación nutricional (1)

Para bebés que son alimentados por lactancia materna exclusivamente, la cantidad de determinados nutrientes en el cuerpo, como hierro y zinc, comienza a disminuir después de los 6 meses de edad. Por lo tanto, las carnes pisadas/sustitutos de la carne y los cereales fortificados con hierro se deben introducir gradualmente primero (3). Los cereales fortificados con hierro, las carnes pisadas y las frutas/vegetales pisadas son todos alimentos apropiados para introducir. El primer alimento introducido debe ser un alimento con un solo ingrediente que se sirva en una porción pequeña durante 2 a 7 días (3). Aumentar gradualmente la variedad y porción de alimentos, uno a la vez, según lo tolere el bebé (4). Hay varios signos que los cuidadores/maestros deben usar cuando determinan cuándo el bebé está listo para alimentos sólidos. Estos incluyen sentarse con mínimo apoyo, control apropiado de la cabeza, capacidad de masticar bien, o tomar alimentos del plato. Además, los bebés perderán el reflejo de interposición lingual y comenzarán a comportarse con hambre después

la alimentación con fórmula o lactancia materna (3). Los cuidadores/maestros deben usar o desarrollar una hoja para llevar a casa para los padres/tutores en la que el cuidador/maestro registre el alimento consumido, cuánta cantidad consumió y notas importantes sobre el bebé, cada día. Los cuidadores/maestros deben continuar consultando con los padres/tutores de cada bebé con relación a los alimentos que han introducido y que están alimentando. Cuando sea apropiado, el proveedor de atención médica primaria del bebé debe proporcionar la modificación de patrones alimenticios básicos por escrito.

Si los cuidadores/maestros deben administrar complementos nutricionales, las indicaciones escritas del proveedor de atención médica que receta deben especificar la necesidad médica, el medicamento, la dosis y la cantidad de tiempo que se debe administrar el medicamento.

FUNDAMENTO

La introducción de alimentos sólidos y jugos de fruta apropiados para la edad interfiere con la ingesta de leche humana o de fórmula fortificada con hierro que el bebé necesita para crecer. Los alimentos sólidos apropiados para la edad que se dan antes de que un bebé está listo a nivel del desarrollo pueden estar asociados con alergias y problemas digestivos (5). Es necesario que los alimentos sólidos apropiados para la edad, como carne y cereales fortificados, comiencen a los 6 meses de edad para compensar cualquier posible pérdida de zinc y hierro durante la lactancia materna exclusiva (3). Generalmente, los niveles bajos de vitamina D se transfieren a los bebés a través de la leche materna, garantizando la recomendación de que los bebés alimentados con leche materna o parcialmente alimentados con leche materna reciben una ingesta mínima diaria de un complemento de 400 IU de vitamina D comenzando lo antes posible después del nacimiento (6). Estos complementos se dan en el hogar por padres/tutores, a menos que se especifique de otra manera a través del proveedor de atención médica primaria

Muchos cuidadores/maestros y padres/tutores creen que los bebés duermen mejor cuando comienzan a comer alimentos sólidos apropiados para la edad; sin embargo, la investigación demuestra que los períodos más largos en que duermen se determinan a nivel del desarrollo (no a nivel nutricional) en la mitad de la infancia y, por lo tanto, no deben ser la única razón para decidir cuándo introducir alimentos sólidos a bebés (7,8). Además, para los bebés que son alimentados exclusivamente con fórmula o se les da una combinación de leche de fórmula y leche humana, no se ha establecido la evidencia para introducir alimentos complementarios en un orden específicos.

Una buena comunicación entre el cuidador/maestro y los padres/tutores no debe ser exagerada y es esencial para una alimentación exitosa en general, incluso cuándo y cómo se introducen alimentos sólidos apropiados para la edad.

Recurso adicional

Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs, US Department of Agriculture Food and Nutrition Service (<https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Topics/FG/CompleteIFG.pdf>)

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

4.2.0.7 Jugo de 100% de fruta

3.6.3.1 Administración de medicamentos

4.2.0.9 Menús escritos e introducción de nuevos alimentos

4.2.0.10 Cuidar a niños con alergias alimentarias

4.2.0.12 Dietas vegetarianas/veganas

4.5.0.6 Supervisión de adultos de niños que están aprendiendo a alimentarse por sí mismos

4.5.0.8 Experiencia con alimentos familiares y nuevos alimentos

REFERENCIAS

1. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Child and Adult Care Food Program: meal pattern revisions related to the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010. Final rule. Fed Regist. 2016;81(79):24347-24383
2. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). Capítulo 5: Complementary foods. In: Infant Nutrition and Feeding. Washington, DC: US Department of Agriculture; 2009:101-128 <https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Topics/FG/CompleteIFG.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
3. Academia Americana de Pediatría. Working together: breastfeeding and solid foods. Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/Working-Together-Breastfeeding-and-Solid-Foods.aspx>. Actualizado el sábado, 21 de noviembre de 2015. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

4. Organización Mundial de la Salud. Infant and young child feeding. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en>. Actualizado en julio de 2017. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
5. Abrams EM, Becker AB. Introducing solid food: age of introduction and its effect on risk of food allergy and other atopic diseases. *Can Fam Physician*. 2013;59(7):721-722
6. Thiele DK, Ralph J, El-Masri M, Anderson CM. Vitamin D3 supplementation during pregnancy and lactation improves vitamin D status of the mother-infant dyad. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46(1):135-147
7. Walsh A, Kearney L, Dennis N. Factors influencing first-time mothers' introduction of complementary foods: a qualitative exploration. *BMC Public Health*. 2015;15:939
8. Robert Wood Johnson Foundation Healthy Eating Research Pautas de alimentación para bebés y niños pequeños: Un enfoque de ser padres perceptivos. Guidelines for Health Professionals. http://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her_feeding_guidelines_brief_021416.pdf. Publicado en febrero de 2017 Fecha de acceso el 11 de enero de 2018

NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/31/2018.

Enfermedades infecciosas relacionadas con la salud oral

Norma 7.5.12.1: Muguet (candidiasis)

Los niños con muguet no necesitan ser excluidos de los entornos grupales (1). La higiene de manos cuidadosa y la desinfección de superficies y objetos potencialmente expuestos a secreciones orales incluso chupones y cepillos de dientes es la mejor manera de prevenir la propagación (1). Los cepillos de dientes y chupones se deben etiquetar individualmente para que los niños no compartan cepillos de dientes o chupones, tal como se especifica en la [Norma 3.1.5.2](#). La presencia de niños con muguet debe ser observada por los cuidadores/maestros, y se debe notificar a los padres/tutores de los niños para buscar cuidado, si se indica.

El tratamiento de muguet puede consistir en un medicamento tópico o uno oral. La mayoría de las personas pueden controlar el muguet sin tratamiento. Se puede indicar la evaluación por parte de un proveedor de atención primaria de las personas con síntomas graves o prolongados.

FUNDAMENTO

El muguet es una infección común, especialmente entre bebés (1). Esto es causado por levadura, un tipo de hongo llamado *Cándida*. Este hongo se desarrolla en áreas cálidas, húmedas (piel, piel debajo de un pañal, o en las membranas mucosas). El muguet aparece como parches blancos sobre las membranas mucosas, generalmente en las mejillas internas, encías, y lengua y puede causar sarpullido producido por el pañal. La levadura que causa el muguet vive en la piel y las membranas de la mucosa de personas saludables y está presente en superficies en todo el ambiente. Un desequilibrio en las bacterias y hongos normales de la piel puede hacer que la levadura comience a crecer en las membranas mucosas, apareciendo como placas blancas que se adhieren. El muguet intermitente puede ser normal en bebés y niños pequeños. Las personas con exposición a la humedad, aquellos que reciben antibióticos o aquellos con una enfermedad pueden desarrollar muguet (2).

COMENTARIOS

Ocasionalmente, el muguet puede ocurrir en varias personas al mismo tiempo o con un par de días de diferencia entre ellos. Se puede buscar la consulta con un profesional de la salud y el departamento de salud local cuando varias personas tengan estos síntomas.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- [3.1.5.2](#) Cepillos de dientes y pasta dental
- [3.3.0.2](#) Limpiar e higienizar juguetes
- [3.3.0.3](#) Limpiar e higienizar objetos previstos para la boca
- [3.6.1.1](#) Inclusión/exclusión/envío a casa de niños

REFERENCIAS

1. Academia Americana de Pediatría. Muguet (candidiasis) en: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 31ra Edición. Itasca, IL: Academia Americana de Pediatría; 2018: 264

2. Aronson, S. S., T. R. Shope, eds. 2017. *Managing infectious diseases in child care and schools: A quick reference guide*, 4.ª edición. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.

Norma 7.6.1.1: Reconocimiento de la enfermedad y control de la infección del Virus de la Hepatitis B (VHB)

Los centros deben tener políticas escritas para inclusión y exclusión de niños que se sabe que están infectados con el virus de la hepatitis B (VHB) y la vacunación de todos los niños con la vacuna para la hepatitis B de acuerdo con los "Cronogramas de vacunas recomendadas" para niños y adolescentes. Todos los bebés deben completar una serie de tres dosis de la vacuna para la hepatitis B a partir del nacimiento de acuerdo a lo recomendado por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (1). Cuando se admite a un niño que es transmisor del VHB en un centro, se debe informar al director del centro y los cuidadores/maestros primarios.

Los niños que portan el VHB de forma crónica y que no presentan factores de riesgo conductuales o médicos, como comportamiento agresivo (como morder o rascarse con frecuencia), dermatitis generalizada (lesiones cutáneas supurantes) o problemas de sangrado, pueden ingresar en el centro sin restricciones.

La prueba para detectar el VHB en los niños no debe ser un requisito previo para la admisión a los centros.

Con respecto a las medidas de control de infecciones y manejo de sangre o fluidos corporales que contienen sangre, se debe asumir que todas las personas son portadores del VHB con respecto a la exposición a la sangre. Se debe considerar que toda la sangre puede contener el VHB. El personal de cuidado infantil debe adoptar las Precauciones Estándar, como se describe en la Prevención de la exposición a la sangre y fluidos corporales, Norma 3.2.3.4.

Los juguetes y los objetos que los niños pequeños (bebés y niños pequeños) se llevan a la boca se deben limpiar y desinfectar, como se establece en las Normas 3.3.0.2-3.3.0.3.

Los cepillos de dientes y chupones se deben etiquetar individualmente para que los niños no compartan cepillos de dientes o chupones, tal como se especifica en la Norma 3.1.5.2.

FUNDAMENTO

Antes de la vacunación de rutina para la hepatitis B de bebés, se informó transmisión en centros de cuidado infantil (2,3). En la actualidad, el riesgo de transmitir la enfermedad en cuidado infantil es teóricamente pequeño debido al bajo riesgo de transmisión, la implementación de medidas de control de infecciones y las altas tasas de vacunaciones. La vacunación no solo reducirá la posibilidad de transmisión, sino también aliviará la ansiedad sobre la transmisión de niños y el personal en el entorno de cuidado infantil que pueden ser portadores de hepatitis B (1). Sin embargo, los niños que son portadores de VHB (particularmente los niños que nacieron en países altamente endémicos de VHB) pueden estar inscriptos en cuidado infantil. Por lo tanto, la transmisión del VHB en el entorno de cuidado infantil es un tema de preocupación para las autoridades de salud pública.

El riesgo de la transmisión de la enfermedad de un niño o miembro del personal portador del VHB sin factores de riesgo conductuales y sin dermatitis generalizada o problemas de sangrado se considera raro. Este riesgo extremadamente bajo no justifica la exclusión de un niño portador del VHB del cuidado fuera del hogar, ni justifica las pruebas de rutina de los niños como posibles portadores del VHB antes de la admisión al cuidado infantil.

La transmisión del VHB en un entorno de cuidado infantil es más probable que ocurra por la exposición directa a través de mordeduras o rasguños que rompen la piel y la introducción de sangre o secreciones de sangre del portador del VHB a una persona susceptible. La transmisión indirecta por la sangre o la saliva a través de la contaminación ambiente puede ser posible, pero no se ha documentado. La saliva contiene mucho menos virus (1/1000) que la sangre; por lo tanto, la posibilidad de infección por la saliva es mucho más baja que por la sangre.

No hay datos disponibles para indicar el riesgo de transmisión si una persona susceptible muerde a un portador del VHB. Cuando los estados del VHB del niño que muerde y la víctima no se conocen, el riesgo de la transmisión del VHB es extremadamente bajo debido a la baja incidencia esperada de la portación del VHB por los niños en edad preescolar y la baja eficiencia de la transmisión de la enfermedad por la exposición a mordedura. Debido a que es extremadamente improbable que una mordedura en esta situación involucre a un niño portador del VHB, no se justifica el cribado, particularmente en niños que están adecuadamente vacunados contra el VHB (1), pero cada situación debe evaluarse individualmente. En el raro caso que un niño no vacunado muerda a un portador conocido del VHB, se debe iniciar la serie de vacunas para la hepatitis B (4).

COMENTARIOS

Los padres/tutores no tienen la obligación de compartir información sobre el estado del VHB de su hijo, pero se los debe alentar a hacerlo. Para información adicional sobre el VHB, consulte la edición actual del Red Book de la AAP.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

3.1.5.2 Cepillos de dientes y pasta dental**3.2.3.4 Prevención de la exposición a la sangre y fluidos corporales****3.3.0.2 Limpiar e higienizar juguetes****3.3.0.3 Limpiar e higienizar objetos previstos para la boca****3.6.1.1 Inclusión/exclusión/envío a casa de niños****REFERENCIAS**

1. Shane, A. L., L. K. Pickering. 2008. Infections associated with group child care. In Principles and practice of pediatric infectious diseases, eds. S. S. Long, L. K. Pickering, C. G. Prober. 3ra ed. Filadelfia: Churchill Livingstone.
2. Shapiro, C. N., L. F. McCaig, K. F. Genesheimer, et al. 1989. Hepatitis B virus transmission between children in day care. *Pediatr Infect Dis J* 8:870-75.
3. Deseda, D. D., C. N. Shapiro, K. Carroll. 1994. Hepatitis B virus transmission between a child and staff member at a day-care center. *Pediatr Infect Dis J* 13:828-30.
4. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2005. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. *MMWR* 54 (RR16). <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5416a1.htm>.

Norma 7.6.1.3: Educación del personal sobre la prevención de enfermedades transmitidas por la sangre

Todos los cuidadores/maestros deben recibir capacitación en el momento del empleo y luego anualmente como lo requiere la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por la sangre, incluso el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C y el VIH (1).

FUNDAMENTO

Los esfuerzos para reducir el riesgo de la transmisión de enfermedades en el cuidado infantil a través de normas de higiene y ambientales en general deben enfocarse principalmente en precauciones con respecto a la sangre, limitar la contaminación de saliva (no compartir utensilios, chupones, cepillos de dientes) y asegurar que los niños estén adecuadamente vacunados contra el VHB. Las personas, incluso cuidadores/maestros, que pueden tener contacto con sangre como parte de su empleo, deben ser capacitados por sus empleadores en cómo protegerse de las enfermedades transmitidas por la sangre y se les debe ofrecer la vacuna contra la hepatitis B sin costo, dentro de los diez días de la asignación inicial (1,2).

COMENTARIOS

Si el empleado inicialmente rechaza la vacuna contra la hepatitis B, pero más adelante, aún cubierto dentro del plazo de tiempo aceptable (diez días hábiles), decide aceptar la vacuna, el empleador debe poner la vacuna contra la hepatitis B a disposición del empleado en ese momento. El empleador debe requerir que los empleados que no aceptan el ofrecimiento de la vacuna contra la hepatitis B firmen la declaración "Rechazo de la vacuna contra la hepatitis B" de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) (1). La declaración de "Rechazo de la vacuna contra la hepatitis B" se puede encontrar en http://www.ecels-healthychildcarepa.org/content/Keeping_Safe_07-27-10.pdf.

Para información adicional sobre las infecciones del VHB y VHC, consulte los capítulos relacionados en la edición actual del Red Book de la Academia Americana de Pediatría (AAP).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS**3.2.3.4 Prevención de la exposición a la sangre y fluidos corporales****REFERENCIAS**

1. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2005. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. *MMWR* 54 (RR16). <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5416a1.htm>.
2. Administración de Salud y Seguridad Ocupacional. 2008. Bloodborne pathogens. Título 29, pt. 1910.1030. http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=10051.

Emergencias relacionadas con la salud oral

Norma 9.4.1.9: Registros de lesiones

Cuando ocurre una lesión en la instalación que resulta en atención médica o de primeros auxilios para un niño o adulto, la instalación debe completar un informe que proporcione la siguiente información:

- a. Nombre, sexo y edad de la persona lesionada;
- b. Fecha y hora de la lesión;
- c. Lugar donde ocurrió la lesión;
- d. Descripción de cómo ocurrió la lesión, incluso quién (nombre, dirección y número de teléfono) vio el incidente y lo que informó, así como lo que informó el niño;
- e. Partes del cuerpo involucradas;
- f. Descripción de cualquier producto del consumidor involucrado;
- g. Nombre y ubicación del miembro del personal responsable de supervisar al niño en el momento de la lesión;
- h. Las acciones tomadas por los miembros del personal en nombre del lesionado después de la lesión así como también específicamente si se requirieron servicios médicos de emergencia y/o atención dental/médica profesional;
- i. Las recomendaciones de estrategias preventivas que se podrían tomar para evitar ocurrencias futuras de este tipo de lesión;
- j. Nombre de la persona que completó el informe;
- k. Nombre, dirección y número de teléfono de la instalación;
- l. Firma del padre/tutor del niño lesionado o firma del adulto lesionado y la fecha de la firma obtenida (se recomienda que la firma se obtenga el mismo día que la lesión);
- m. Si el padre/tutor del niño se notificó en el momento de la lesión;
- n. Documentación de que se envió un informe escrito al hogar el día de la lesión, sin importar la firma del padre.

Ejemplos de lesiones que se deben documentar incluyen:

- a. Maltrato infantil (abuso físico, sexual, emocional o negligente).
- b. Mordeduras que son continuas por naturaleza, que rompen la piel, dejan una marca y causan dolor importante;
- c. Caídas, quemaduras, labios rotos, pérdida de dientes, otra lesión;
- d. Lesiones automovilísticas;
- e. Comportamiento agresivo/inusual;
- f. Ingestión de sustancias que no son alimentos;
- g. Erros en medicamentos;
- h. Golpes en la cabeza;
- i. Muerte.

Se deben completar tres copias del formulario de informe de incidente. Se debe dar una copia al padre/tutor del niño (o al adulto lesionado). La segunda copia se debe guardar en la carpeta del niño (o del adulto) en la instalación. Una tercera copia se debe guardar en un registro de lesiones archivado cronológicamente que se analice periódicamente para determinar cualquier patrón relacionado con la hora del día, equipos, ubicación o problemas de supervisión. Esta última copia se debe guardar en la instalación durante el período requerido por la prescripción del estado. Si se requiere por regulaciones del estado, se debe enviar una copia de un informe de lesiones para cada lesión que requiera atención médica a la agencia de licencias del estado.

Según los registros, la instalación debe planificar tomar medidas correctivas. Ejemplos de medidas correctivas incluyen: ajustar horarios, quitar o limitar el uso de equipo, reubicar equipo o muebles y/o aumentar la supervisión.

FUNDAMENTO

Los patrones de lesión y maltrato y descuido de menores se pueden diferenciar de dichos registros, y se pueden utilizar para prevenir problemas en el futuro (1,2). Los datos conocidos sobre lesiones típicas (evaluación de peligros, supervisión directa, etc.) también pueden ayudar a prevenirlos. También es necesario un formulario de informe para proporcionar información a los padres/tutores del niño y al proveedor de atención primaria y otras agencias de salud o del estado apropiadas.

COMENTARIOS

Los cuidadores/maestros deben informar productos específicos que pueden haber tenido un rol en la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC) a través de su línea directa gratuita del consumidor: 800-638-2772 (TTY 800-638-8270) o en línea en <http://www.cpsc.gov/talk.html>. Estos datos ayudan a la CPSC a responder a los retiros necesarios. Se pueden usar formularios de copias múltiples para hacer copias de un informe de lesiones simultáneamente para el registro del niño, para el padre/tutor, para la carpeta que registra todas las lesiones en la instalación y para la agencia reguladora.

Las instalaciones deben garantizar la firma del padre/tutor en el formulario en el momento en que se presente al padre/tutor.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

9.2.4.1 Plan escrito y capacitación para manejar atención médica urgente o incidentes que amenazan la vida

9.4.1.10 Documentación de notificación del padre/tutor sobre lesiones, enfermedades o muerte en el programa

9.4.1.11 Revisión y accesibilidad a informes de lesiones y enfermedades

Apéndice DD: Formulario de informe de incidente para lesiones en interiores y exteriores

Apéndice EE: America's Playgrounds Safety Report Card [Informe de seguridad de los patios de juegos de Estados Unidos]

Apéndice KK: Autorización para atención médica/dental de emergencia

Apéndice CC: Formulario de informe de incidente

REFERENCIAS

1. ChildCare.net. Informes de incidentes. <http://www.childcare.net/library/incidentreports.shtml>.
2. Murph, J. R., S. D. Palmer, D. Glassy, ediciones de. 2005. Health in child care: A manual for health professionals. 4ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.

Políticas e información sobre la salud oral

Norma 9.2.1.3: Información de inscripción para padres/tutores y cuidadores/maestros

En la inscripción, y antes de que los cuidadores/maestros asuman la supervisión de los niños en el centro, el centro debe entregar a los padres/tutores y a los cuidadores/maestros una declaración de los servicios, políticas y procedimientos, lo que incluye, entre otros, lo siguiente:

- a. La capacidad con licencia, las proporciones de personal por niño, las edades y la cantidad de niños en cuidado. Si los nombres de los niños y los padres/tutores están a disposición, se debe obtener permiso de los padres/tutores para la divulgación a otros;
- b. Los servicios que se ofrecen a los niños, incluso un plan escrito de actividades diarias, políticas y arreglos de posicionamiento para dormir, rutinas para la siesta, políticas de guía y disciplina, métodos para cambio de pañales y aprendizaje/entrenamiento para ir al baño, lavado de manos de los niños, políticas sobre la administración de medicamentos, salud oral, actividad física, educación sobre salud y disposición para servicios especiales de terapia o salud que se brindan en el programa (se deben definir claramente por escrito los requisitos especiales antes de la inscripción);
- c. Horas y días de operación;
- d. Criterios de admisión, procedimientos de inscripción y políticas sobre el registro de entrada/salida, incluso las personas autorizadas para recoger y permitir el acceso del padre/tutor cuando su hijo está en cuidado;
- e. Pago de tarifas, depósitos y reembolsos;
- f. Métodos y cronogramas para conferencias u otros métodos de comunicación entre padres/tutores y el personal.

Políticas sobre:

- a. Dotación de personal, incluso cuidadores/maestros, el uso de voluntarios, ayudantes o cuidadores/maestros sustitutos y despliegue de personal para diferentes actividades;
- b. Inclusión de niños con necesidades especiales de atención de la salud;
- c. No discriminación;
- d. Finalización y notificación al padre/tutor sobre la finalización;
- e. Supervisión;
- f. Disciplina;
- g. Cuidado de los niños y cuidadores/maestros que están enfermos;
- h. Exclusión temporaria y cuidado alternativo de los niños que están enfermos;
- i. Evaluaciones de salud y vacunaciones;
- j. Manejo de atención médica urgente e incidentes amenazadores;
- k. Administración de medicamentos;

- l. Uso de consultores de salud de cuidado infantil, consultores de educación y salud mental;
- m. Plan para la promoción y prevención de la salud seguimiento de la atención médica de rutina para niños, consulta de salud, educación de salud para niños/personal/familias, salud oral, seguridad con respecto al sol, vigilancia de seguridad, etc.);
- n. Plan y simulacros ante desastres y emergencias, plan de evacuación y arreglos alternativos para refugio;
- o. Seguridad;
- p. Confidencialidad de los registros;
- q. Transporte y excursiones;
- r. Actividad física (en exteriores y cuando los niños se quedan en interiores), áreas de juego, tiempo frente a pantallas y política para el juego al aire libre;
- s. Política para dormir, el sueño seguro, las áreas que se utilizan para dormir/siesta, equipo para dormir y ropa de cama;
- t. Desinfección e higiene;
- u. Presencia y cuidado de animales en las instalaciones;
- v. Comida y nutrición, incluso manipulación de alimentos, leche humana, alimentación y comida que viene de casa, y un cronograma diario de comidas y refrigerios;
- w. Plan de cuidado de tarde y noche;
- x. Fumar, uso de tabaco, alcohol, sustancias prohibidas y armas de fuego;
- y. Prevenir y denunciar abuso y negligencia de menores;
- z. Uso de pesticidas y otras sustancias potencialmente tóxicas en el centro y a su alrededor.

Los padres/tutores y cuidadores/maestros deben firmar que han revisado y aceptado esta declaración de servicios, políticas y procedimientos. En general, las políticas, planes y procedimientos deben revisarse una vez al año o cuando se realizan cambios.

FUNDAMENTACIÓN

Las políticas de modelo de salud en el cuidado infantil, disponibles en [http://www.ecels-healthychildcarepa.org/content/MHP4thEd Total.pdf](http://www.ecels-healthychildcarepa.org/content/MHP4thEd%20Total.pdf), tienen texto que cumple con muchos de los temas que se cubren en esta norma. Cada política tiene un espacio para que el centro complete espacios en blanco para personalizar las políticas para un sitio específico. El texto de estas políticas se puede editar para adaptarse a las operaciones del programa individual. Puede ser útil comenzar con una plantilla como la de las políticas de modelo de salud en el cuidado infantil.

COMENTARIOS

Para los hogares de cuidado infantil familiar grandes y pequeños, se recomienda fuertemente una declaración escrita de servicios, políticas y procedimientos y se debe agregar al "Manual para Padres". El conflicto con respecto a las políticas puede llevar a la finalización de los servicios e inconsistencias en los arreglos de cuidado del niño. Si la declaración se brinda de manera oral, los padres/tutores deben firmar una declaración que afirme su acuse de recibo de la declaración de servicios, políticas y procedimientos que se les presentó. Las políticas de modelo de salud en el cuidado infantil se pueden adaptar a estos entornos más pequeños.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.5.1 Actividades de higiene oral de rutina
- 3.1.5.2 Cepillos de dientes y pasta dental
- 2.1.1.1 Programa escrito de actividades diarias y declaración de principios
- 2.4.1.2 Ejemplo del personal sobre comportamiento seguro y saludable y actividades de educación de salud y seguridad
- 2.4.2.1 Temas de educación de salud y seguridad para el personal
- 2.4.3.2 Plan de educación de padres/tutores
- 3.1.5.3 Educación sobre salud oral
- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil
- 4.2.0.6 Disponibilidad del agua potable
- 4.2.0.7 Jugo de 100% de fruta
- 4.3.1.8 Técnicas para alimentación con biberón
- 4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
- 1.1.1.1 Proporciones para hogares de cuidado infantil familiar pequeños
- 1.1.1.2 Relación de cantidades para centros y hogares grandes de cuidado infantil familiar
- 1.1.1.3 Proporciones para los centros que atienden a niños con necesidades especiales de atención de la salud y discapacidades
- 1.1.1.4 Proporciones y supervisión durante el transporte
- 1.1.1.5 Proporciones y supervisión para natación, piscinas para niños y juegos de agua

- 3.1.1.1 Realizar controles de salud diarios
- 3.1.1.2 Documentación de los controles de salud diarios
- 3.1.2.1 Supervisión de salud de rutina y monitoreo del crecimiento
- 3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física
- 3.1.3.2 Jugar al aire libre
- 3.1.4.1 Prácticas seguras para dormir y reducción del riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)
- 3.2.1.1 Tipos de pañales que se usan
- 3.2.1.2 Manipular de pañales de tela
- 3.2.1.3 Verificar la necesidad de cambiar pañales
- 3.2.1.4 Superficies para cambiar pañales
- 3.2.1.5 Procedimientos para cambiar la ropa interior, pañales de entrenamiento descartables y ropa sucia de niños
- 3.2.2.1 Situaciones que requieren higiene de manos
- 3.2.2.2 Procedimiento de lavado de manos
- 3.2.2.3 Asistir a los niños con la higiene de manos
- 3.2.2.4 Capacitación y monitoreo de la higiene de manos
- 3.2.2.5 Desinfectantes para manos
- 3.3.0.1 Limpieza, higiene y desinfección de rutina
- 3.3.0.2 Limpiar e higienizar juguetes
- 3.3.0.3 Limpiar e higienizar objetos previstos para la boca
- 3.3.0.4 Limpiar la ropa de cama individual
- 3.3.0.5 Limpiar las superficies de cunas
- 3.4.1.1 Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas
- 3.4.2.1 Animales que pueden tener contacto con niños y adultos
- 3.4.2.2 Animales prohibidos
- 3.4.2.3 Cuidado de animales
- 3.4.3.1 Procedimientos de emergencias médicas
- 3.4.3.2 Uso de extintores de incendios
- 3.4.3.3 Respuesta a incendios y quemaduras
- 3.6.1.1 Inclusión/exclusión/envío a casa de niños
- 3.6.2.1 Exclusión y cuidado alternativo de los niños que están enfermos
- 3.6.2.2 Requisitos de espacio para cuidar de niños que están enfermos
- 3.6.2.3 Calificaciones de los directores de los centros que cuidan de niños que están enfermos
- 3.6.2.4 Requisitos del programa para los centros que cuidan de niños que están enfermos
- 3.6.2.5 Calificaciones de cuidadores/maestros para los centros que cuidan de niños que están enfermos
- 3.6.2.6 Proporción de personal por niño para los centros que cuidan de niños que están enfermos
- 3.6.2.7 Consultores de salud de cuidado infantil para los centros que cuidan de niños que están enfermos
- 3.6.2.8 Otorgamiento de licencia de los centros que cuidan de niños que están enfermos
- 3.6.2.9 Información requerida para los niños que están enfermos
- 3.6.2.10 Inclusión y exclusión de niños de los centros que atienden a niños que están enfermos
- 3.6.3.1 Administración de medicamentos
- 3.6.3.2 Etiquetado, almacenamiento y eliminación de medicamentos
- 3.6.3.3 Capacitación de cuidadores/maestros para administrar medicamentos
- 4.2.0.1 Plan escrito de nutrición
- 4.2.0.2 Evaluación y planificación de nutrición para los niños individuales
- 4.2.0.3 Uso de las pautas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del Departamento de Agricultura de los EE. UU.
- 4.2.0.4 Categorías de alimentos
- 4.2.0.5 Patrones de las comidas y refrigerios
- 4.2.0.8 Planes de alimentación y modificaciones de dieta
- 4.2.0.9 Menús escritos e introducción de nuevos alimentos
- 4.2.0.10 Cuidar a niños con alergias alimentarias
- 4.2.0.11 Ingesta de sustancias que no brindan nutrición
- 4.2.0.12 Dietas vegetarianas/veganas
- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
- 4.3.1.2 Alimentación de bebés por un cuidador/maestro consistente

- 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
- 4.3.1.4 Alimentar con leche humana al hijo de otra madre
- 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés
- 4.3.1.6 Uso de fórmula a base de soja y leche de soja
- 4.3.1.7 Alimentar con leche de vaca
- 4.3.1.9 Calentar biberones y comidas para bebés
- 4.3.1.10 Limpiar y desinfectar equipo que se usa para alimentación con biberón
- 4.3.1.12 Alimentar alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
- 4.3.2.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños pequeños y niños en edad preescolar
- 4.3.2.2 Porciones para bebés y niños en edad preescolar
- 4.3.2.3 Alentar que los bebés más grandes y niños pequeños coman solos
- 4.3.3.1 Patrones de las comidas y refrigerios para niños en edad escolar
- 4.6.0.1 Selección y preparación de la comida que viene de casa
- 4.6.0.2 Calidad nutricional de la comida que viene de casa
- 9.2.1.1 Contenido de las políticas
- 9.2.3.2 Contenido y desarrollo del plan para cuidar de los niños y miembros del personal que están enfermos
- 9.2.3.9 Política escrita sobre el uso de medicamentos
- 9.2.3.11 Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición
- 9.2.3.12 Política de alimentación de bebés
- 9.2.3.13 Planes para el cuidado infantil de tarde y noche
- 9.2.3.15 Políticas que prohíben fumar, el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y sustancias tóxicas
- 9.2.3.16 Política que prohíbe las armas de fuego
- 9.2.4.1 Plan escrito y capacitación para manejar atención médica urgente o incidentes que amenazan la vida
- 9.2.4.2 Revisión del plan escrito para atención de urgencia
- 9.2.4.3 Planificación ante desastres, capacitación y comunicación
- 9.2.4.4 Plan escrito para la gripe estacional y pandémica
- 9.2.4.5 Política de simulacros/ejercicios de evacuación y emergencia
- 9.2.4.6 Uso de la lista diaria durante los simulacros de evacuación
- 9.2.4.7 Sistema de registro de entrada/salida
- 9.2.4.8 Personas autorizadas para recoger al niño
- 9.2.4.9 Política sobre las acciones a seguir cuando no llega una persona autorizada a recoger a un niño
- 9.2.4.10 Documentación del acto de dejar y recoger a los niños, asistencia diaria del niño y comunicación entre padre y proveedor
- 9.4.1.3 Política escrita sobre la confidencialidad de los registros
- 9.4.2.3 Contenidos del acuerdo de admisión entre el programa de cuidado infantil y padre/tutor
- 2.1.1.2 Salud, nutrición, actividad física y conciencia de la seguridad
- 2.1.1.3 Modelo coordinado del programa de salud de cuidado infantil
- 2.1.1.4 Monitorear el desarrollo de los niños/obtener consentimiento para la evaluación
- 2.1.1.5 Ayudar a las familias a lidiar con la separación
- 2.1.1.6 Hacer la transición dentro de los programas y entornos de aprendizaje/juego en interiores y exteriores
- 2.1.1.7 Comunicación en el idioma nativo que no sea inglés
- 2.1.1.8 Diversidad en la inscripción y el plan de estudios
- 2.1.1.9 Interacción verbal
- 2.1.2.1 Relaciones personales cuidador/maestro para bebés y niños pequeños
- 2.1.2.2 Interacciones con bebés y niños pequeños
- 2.1.2.3 Espacio y actividad para apoyar el aprendizaje de bebés y niños pequeños
- 2.1.2.4 Separación de bebés y niños pequeños de los niños más grandes
- 2.1.2.5 Aprendizaje/capacitación para usar el baño
- 2.1.3.1 Relaciones personales cuidador/maestro para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.2 Oportunidades de aprendizaje para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.3 Selección de equipo para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.4 Actividades expresivas para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.5 Promover la cooperación para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.6 Promover el desarrollo del lenguaje para niños de tres a cinco años
- 2.1.3.7 Dominio del cuerpo para niños de tres a cinco años

- 2.1.4.1 Actividades supervisadas para niños en edad escolar
- 2.1.4.2 Espacio para actividad de niños en edad escolar
- 2.1.4.3 Desarrollar relaciones para niños en edad escolar
- 2.1.4.4 Planificar actividades para niños en edad escolar
- 2.1.4.5 Alcance de la comunidad para niños en edad escolar
- 2.1.4.6 Comunicación entre el cuidado infantil y la escuela
- 2.2.0.1 Método de supervisión infantil
- 2.2.0.2 Limitar el tiempo del bebé/niño pequeño en cunas, sillas altas, asientos de vehículos, etc.
- 2.2.0.3 Tiempo frente a pantallas/Usos de redes sociales
- 2.2.0.4 Supervisión cerca de cuerpos de agua
- 2.2.0.5 Comportamiento alrededor de una piscina
- 2.2.0.6 Medidas de disciplina
- 2.2.0.7 Manejar la agresión física, mordeduras y golpes
- 2.2.0.8 Prevenir las expulsiones, suspensiones y otras limitaciones en los servicios
- 2.2.0.9 Comportamientos prohibidos de los cuidadores/maestros
- 2.2.0.10 Uso de sujeción física
- 2.4.1.3 Género y conciencia del cuerpo
- 2.4.3.1 Oportunidades para comunicación y dar el ejemplo de educación sobre salud y seguridad para padres/tutores
- 6.4.2.2 Cascos
- 6.4.2.3 Rutas de bicicletas
- 6.5.1.1 Competencia y capacitación del personal de transporte
- 7.2.0.1 Documentación de vacunación
- 7.2.0.2 Niños no vacunados
- 7.2.0.3 Vacunación de cuidadores/maestros

Norma 9.2.3.6: Identificación del médico familiar del niño y consentimiento de los padres para el intercambio de información

Como parte de la inscripción de un niño, el cuidador/maestro debe pedirle a la familia que identifique al proveedor de atención primaria del niño, su médico familiar y otros profesionales de la salud de especialidad. El padre/tutor debe presentar consentimiento escrito para permitir que el cuidador/maestro establezca comunicación con dichos proveedores. Siempre se debe notificar a la familia antes del uso del permiso a menos que se trate de una emergencia. Los proveedores con quienes el centro debe intercambiar información (con el consentimiento de los padres) deben incluir:

- a. Fuentes de atención médica y dental regular (como el proveedor de atención primaria del niño, dentista y centro médico);
- b. Clínicas especiales que el niño puede asistir, incluso sesiones con especialistas médicos y dietistas registrados;
- c. Terapeutas especiales para el niño (por ej., ocupacional, fisioterapia, del habla y nutrición), junto con la documentación escrita de los servicios prestados por el terapeuta especial;
- d. Consejeros, terapeutas o proveedores de servicios de salud mental para padres/tutores (por ej., trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras);
- e. Farmacéuticos para niños que toman medicamentos recetados con regularidad o que tienen medicamentos de emergencia para condiciones específicas.

FUNDAMENTACIÓN

Los proveedores de atención primaria están involucrados no solo en la atención médica del niño, sino también en apoyar las necesidades emocionales y de desarrollo del niño (1-3). Una barrera importante para establecer relaciones de trabajo productivas entre el cuidado infantil y los profesionales de atención de la salud es la comunicación inadecuada (1,2).

Es esencial saber quién trata al niño y coordinar servicios con estas fuentes de servicios para la capacidad de los cuidadores/maestros de ofrecer cuidado apropiado al niño. Cada niño debe tener un médico familiar y los niños con necesidades especiales de atención de la salud pueden tener especialistas y terapeutas adicionales (4-7). El proveedor de atención primaria y los especialistas necesarios crearán un Plan de Cuidado que será el modelo para una inclusión segura y saludable en el cuidado infantil para el niño con necesidades especiales de atención de la salud.

COMENTARIOS

Una fuente de atención de la salud puede ser una clínica de especialidad o de la comunidad, un departamento de salud pública, especialista o un proveedor de atención primaria privado. Las familias también deben saber la ubicación de las salas de emergencias del hospital más cercano a su hogar y el centro de cuidado infantil.

El Programa de Salud de Cuidado Infantil de California ha desarrollado un formulario para ayudar a facilitar el intercambio de información entre profesional de la salud y los padres/tutores y cuidadores/maestros en http://ucsfchildcarehealth.org/pdfs/forms/CFForm_ExchangeofInfo.pdf. También publican un formulario de información en http://ucsfchildcarehealth.org/pdfs/forms/CF_ReferralRel.pdf. Para más información sobre el concepto de médico familiar, visite el sitio web de Médico Familiar de la Academia Americana de Pediatría (AAP) <http://www.medicalhomeinfo.org>.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.5.0.1 Plan de Cuidado para niños con necesidades especiales de atención de la salud
- 9.4.1.3 Política escrita sobre la confidencialidad de los registros
- 9.4.1.4 Acceso a los registros del centro
- 9.4.1.5 Disponibilidad de los registros a la agencia otorgante de licencias
- 9.4.1.6 Disponibilidad de documentos para padres/tutores
- 2.3.3.1 Provisión de información por parte de padres/tutores sobre la salud y el comportamiento de su hijo
- Apéndice AA: Paquete de administración de medicamentos
- Apéndice FF: Evaluación de salud del niño
- Apéndice O: Plan de Cuidado para niños con necesidades especiales de atención de la salud

REFERENCIAS

1. Murph, J. R., S. D. Palmer, D. Glassy, eds. 2005. Health in child care: A manual for health professionals. 4ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
2. Hagan, J. F., J. S. Shaw, P. M. Duncan, eds. 2008. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3ra edición, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
3. Nowak, A. J., P. S. Casamassimo. 2002. The dental home: A primary care concept. JADA 133:93-98.
4. Inkelas, M., M. Regalado, N. Halfon. 2005. Strategies for integrating developmental services and promoting medical homes. Los Angeles: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy.
5. Homer, C. J., K. Klatka, D. Romm, K. Kuhlthau, S. Bloom, P. Newacheck, J. Van Cleave, J. M. Perrin. 2008. A review of the evidence for the medical home for children with special health care needs. Pediatrics 122:e922-37.
6. Starfield, B., L. Shi. 2004. The medical home, access to care, and insurance: A review of evidence. Pediatrics 113:1493-98.
7. American Academy of Pediatrics (AAP). 2001. The pediatrician's role in promoting health and safety in child care. Elk Grove Village, IL: AAP.

Norma 9.2.3.13: Planes para el cuidado infantil de tarde y noche

Los centros que brindan cuidado por la tarde y noche deben tener planes para dicho cuidado que incluyan la supervisión de los niños que duermen y el manejo y mantenimiento del equipo para dormir, incluso su limpieza y desinfección. Los simulacros de evacuación deben realizarse durante las horas que los niños están en cuidado. Los centros deben tener estos planes por escrito.

FUNDAMENTO

Las rutinas de cuidado infantil durante la noche son similares a las que se requieren en el cuidado infantil durante el día, con la excepción de las rutinas para dormir. El cuidado infantil durante la tarde y noche requiere atención especial a las rutinas para dormir, el entorno seguro para dormir, supervisión de los niños que duermen y rutinas de cuidado personal, incluso baño y lavado de dientes. El cuidado infantil durante la noche debe cumplir con las necesidades nutricionales de los niños y abordar rutinas de cuidado personal a la mañana como ir al baño/cambiar pañales, higiene y vestirse para el día. Los niños y el personal deben familiarizarse con los procedimientos de evacuación en caso de que se produzca un desastre natural o provocado por humanos durante el cuidado infantil de tarde y en las horas de cuidado infantil de noche.

COMENTARIOS

La hora de dormir es un tiempo muy sensible para los bebés y los niños pequeños. Se debe prestar atención a las necesidades individuales, los objetos de transición, las preferencias de luz y las rutinas para ir a dormir.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.3.0.4 Limpiar la ropa de cama individual
- 3.3.0.5 Limpiar las superficies de cunas
- 5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir
- 5.4.5.2 Cunas
- 5.4.5.3 Cunas apilables
- 5.4.5.4 Futones
- 5.4.5.5 Literas
- 9.2.4.3 Planificación ante desastres, capacitación y comunicación
- 9.2.4.4 Plan escrito para la gripe estacional y pandémica
- 9.2.4.5 Política de simulacros/ejercicios de evacuación y emergencia
- 2.2.0.1 Método de supervisión infantil

Norma 9.2.3.14: Política sobre la salud oral

El programa debe tener una política sobre la salud oral que incluya lo siguiente:

- a. Información sobre el contenido de flúor en el agua en el centro;
- b. Información de contacto del dentista de cada niño;
- c. Lista de recursos para los niños que no tienen dentista;
- d. Implementación del lavado de dientes diario o enjuague de la boca con agua después de comer;
- e. Uso de vasos antiderrame y biberones solo a la hora de la comida durante el día, no a la hora de la siesta;
- f. Prohibición de servir productos de alimentos azucarados;
- g. Promoción de alimentos saludables de acuerdo con el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) de USDA;
- h. Identificación temprana de caries;
- i. Actividades educativas sobre la salud oral apropiados para la edad;
- j. Plan para manejar emergencias dentales.

FUNDAMENTO

Una buena higiene oral es tan importante para un niño de seis meses con un diente como para un niño de seis años con muchos dientes (1). Es posible que el cepillado de dientes y las actividades en el hogar no sean suficientes para desarrollar la habilidad de lavado de dientes apropiado o lograr la eliminación de placa necesaria, especialmente cuando los niños comen la mayoría de sus comidas y refrigerios durante un día completo en cuidado infantil.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.5.1 Actividades de higiene oral de rutina
- 3.1.5.2 Cepillos de dientes y pasta dental
- 5.5.0.1 Almacenamiento y etiquetado de artículos personales
- 3.1.5.3 Educación sobre salud oral

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry. 2009. Clinical guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children. *Pediatric Dentistry* 30:112-18.

Norma 9.2.4.1: Plan escrito y capacitación para manejar atención médica urgente o incidentes que amenazan la vida



El centro debe tener un plan escrito para informar y manejar qué evalúan como un incidente o evento inusual que amenaza la salud, seguridad o el bienestar de los niños, el personal o los voluntarios. El centro también debe incluir los procedimientos de la capacitación del personal en este plan.

El plan de abordar el manejo, documentación e informe de los siguientes tipos de incidentes, como mínimo, que se producen en el centro de cuidado infantil:

- a. Niño perdido o desaparecido;
- b. Sospecha de maltrato de un niño (también ver los requisitos del estado para informar);
- c. Sospecha de abuso sexual, físico o emocional del personal, voluntarios o miembros de la familia que se produce en las instalaciones del centro de cuidado infantil;
- d. Lesiones a los niños que requieren atención médica o dental;
- e. Enfermedades o lesiones que requieren hospitalización o tratamiento de emergencia;
- f. Emergencias de salud mental;
- g. Emergencias de salud o seguridad que involucran a padres/tutores y visitantes del programa;
- h. Muerte de un niño o miembro del personal, incluso la muerte que fue el resultado de una enfermedad grave o lesión que ocurrió en las instalaciones del centro de cuidado infantil, incluso si la muerte ocurrió fuera del horario del cuidado infantil;
- i. La presencia de una persona amenazadora que intenta o logra ingresar al centro.

Los siguientes procedimientos, como mínimo, se deben abordar en el plan para atención de urgencia:

- a. Disposición para que un cuidador/maestro acompañe al niño a una fuente de atención de urgencia y se quede con el niño hasta que el padre/tutor asuma la responsabilidad del niño;
- b. Disposición para que el cuidador/maestro brinde al personal de atención médica un formulario de autorización firmado por el padre/tutor para atención médica de emergencia y un consentimiento escrito informado firmado por el padre/tutor que permita al centro compartir los registros de salud del niño con otros proveedores de servicios;
- c. Disposición para un cuidador/maestro de respaldo o sustituto para que los hogares de cuidado infantil familiar grandes y pequeños puedan coordinar la atención de urgencia (se debe mantener la proporción de personal por niño en el centro durante la emergencia);
- d. Notificación a padres/tutores;
- e. Planificación previa para la fuente de atención médica y dental de urgencia (como una sala de emergencias de hospital, clínica médica o dental u otro centro dotado de personal constantemente que los cuidadores/maestros conozcan y sea aceptable para los padres/tutores);
- f. Finalización de un informe escrito de incidentes/lesiones y la respuesta del programa;
- g. Asegurar que los kits de primeros auxilios se reabastezcan después de cada incidente de primeros auxilios, y que los contenidos requeridos se mantengan en condiciones de servicio, mediante una revisión mensual de los contenidos;
- h. Política para las revisiones programadas de la habilidad de los miembros del personal para administrar primeros auxilios para evitar la necesidad de servicios médicos de emergencia;
- i. Política para la supervisión del personal después de un incidente cuando un niño se pierde, desaparece o resulta gravemente lesionado.

FUNDAMENTACIÓN

Las situaciones de emergencia no conducen a un pensamiento tranquilo y sereno. Un plan escrito brinda la oportunidad de prepararse y prevenir que se tomen malas decisiones debido al estrés de una emergencia.

Las situaciones simuladas no anunciadas que se utilizan como simulacros pueden ayudar a aliviar la tensión y generar confianza en la capacidad del personal para responder con calma en caso de un incidente real. Después del simulacro, se debe llevar a cabo una sesión de debate con respecto al desempeño y las oportunidades de mejora.

Es necesario un enfoque organizado e integral para la prevención y control de lesiones para garantizar un ambiente seguro para los niños en el cuidado infantil. Dicho enfoque requiere planes escritos, políticas y procedimientos y mantenimiento de registros para que haya consistencia con el tiempo y el personal y un entendimiento entre los padres/tutores y los cuidadores/maestros sobre preocupaciones y temas de seguridad de los niños.

Es necesario el reabastecimiento regular de los kits de primeros auxilios para garantizar que haya suministros disponibles en el momento de una emergencia. El personal debe estar capacitado en el uso de las precauciones estándar durante la respuesta a una situación en donde puede producirse exposición a fluidos corporales. El manejo aproximadamente dentro de la primera hora después de una lesión dental puede salvar un diente.

Se han producido intrusiones de personas amenazantes en los centros de cuidado infantil, y algunas involucraron violencia y resultaron en lesiones y muertes. Estas amenazas provienen de extraños que obtuvieron acceso al patio de juegos o un edificio no seguro, o miembros de la familia afectados con fácil acceso a un edificio seguro. Los centros deben tener un plan para saber qué hacer en dichas situaciones (1-3).

COMENTARIOS

La declaración de política de la Academia Americana de Pediatría, "Emergencias médicas que se producen en la escuela", contiene información que incluye una lista completa de los recursos relevantes para los centros de cuidado infantil. El Centro Nacional de Recursos de Servicios Médicos de Emergencias para

Niños (<http://www.childrensnational.org/emsc/>) tiene información impresa descargable para capacitación médica de emergencia, particularmente el folleto titulado "Pautas para emergencias en la escuela" en [http://ems.ohio.gov/EMSC web site_11_04/pdf_doc files/EMSCGuide.pdf](http://ems.ohio.gov/EMSC_web_site_11_04/pdf_doc_files/EMSCGuide.pdf). El sitio también incluye enlaces de internet a planes de emergencia para necesidades médicas específicas como diabetes, asma, convulsiones y reacciones alérgicas. Se pueden encontrar recursos para respuesta de emergencia a incidentes no médicos en <http://www.chtc.org/dl/handouts/20061114/20061114-2.pdf> y <http://dcf.vermont.gov/sites/dcf/files/pdf/cdd/care/EmergencyResponse.pdf>. Se recomienda que los padres/tutores informen a los cuidadores/maestros sus fuentes preferidas para atención médica y dental en caso de emergencia. Los padres/tutores deben ser notificados, si es posible, antes de que se brinden servicios dentales, pero la atención de emergencia no debe ser demorada porque el propio dentista del niño no está disponible de inmediato.

Los centros deben desarrollar e implementar medidas para controlar el acceso de una persona amenazadora al centro y los medios para alertar a los demás en el centro y para llamar a la policía en caso de que esto ocurra.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

9.4.1.9 Registros de lesiones

1.5.0.1 Empleo de sustitutos

1.5.0.2 Orientación de sustitutos

3.2.3.4 Prevención de la exposición a la sangre y fluidos corporales

3.6.4.5 Fallecimiento

9.2.4.2 Revisión del plan escrito para atención de urgencia

9.2.4.3 Planificación ante desastres, capacitación y comunicación

9.4.1.10 Documentación de notificación del padre/tutor sobre lesiones, enfermedades o muerte en el programa

9.4.1.11 Revisión y accesibilidad a informes de lesiones y enfermedades

9.4.2.1 Contenidos de los registros de los niños

REFERENCIAS

1. Guerra, C. 2010. Child care providers get lessons in Lee County on being prepared. News-Press, Apr 19. <http://beta.news-press.com>.
2. Haggerty, R. 2010. Man kills self after firing shots at day care. Journal Sentinel, Feb 17. <http://www.jsonline.com/news/crime/>.
3. AFP. 2009. Belgian charged over daycare killings. Nine News, Jan 24. <http://news.ninensn.com.au/world/>.

Norma 9.4.2.4: Contenidos de la evaluación de proveedores de atención primaria de los niños

El archivo para cada niño debe incluir una evaluación de salud inicial completada y firmada por el proveedor de atención primaria del niño. Esto debe estar en el archivo preferentemente en el momento de la inscripción y no más tarde que seis meses después de la admisión. (Se pueden eximir los requisitos para cumplir con la Ley federal de asistencia para personas sin hogar de McKinney-Vento con respecto a los registros de salud y salud). Debe incluir:

- a. Registros de vacunación;
- b. Evaluación de crecimiento: puede incluir percentiles de peso, altura y circunferencia de la cabeza (menos de dos años); el registro del índice de masa corporal (IMC) y el percentil para la edad es especialmente útil para los niños menores de dos años y mayores con peso de más o de menos;
- c. Evaluación de salud: incluye descripciones de cualquier problema de salud agudo actual o crónico y también debe incluir los hallazgos de exámenes o evaluaciones que pueda necesitar seguimiento, por ej., pruebas de visión, audición, dental, obesidad o nutricional o pruebas para detectar plomo, anemia o tuberculosis (estos temas de salud pueden requerir un plan de cuidado y posiblemente un plan de medicamentos [consultar h] a continuación);
- d. Problemas de desarrollo: incluye descripciones de preocupaciones y las necesidades especiales del niño en un entorno de cuidado infantil (por ejemplo, un déficit de visión o audición, una variación de desarrollo, prematuridad o un trastorno emocional o conductual);
- e. Los hallazgos físicos significativos para que los cuidadores/maestros puedan saber si hubo cambios del punto de referencia e informar esos hallazgos;
- f. Fechas de enfermedades y/o lesiones significativas;
- g. Alergias;
- h. Lista de medicamentos: incluye dosis, hora y frecuencia de administración de cualquier medicamento recetado o no recetado (de venta libre [OTC]) que la persona con autoridad para recetar recomiende para el niño.

Esta lista también incluye información para reconocer los efectos secundarios y responder a estos de manera apropiada y también puede contener la misma información para el uso intermitente de un medicamento para reducir la fiebre;

- i. Modificaciones de dieta;
- j. Planes ante emergencias;
- k. Otras instrucciones especiales para el cuidador/maestro;
- l. Plan de Cuidado: (si el niño tiene una necesidad especial de la salud como se indica en c) o d) arriba) incluye planes de manejo de rutina y emergencia que el centro de cuidado infantil puede requerir mientras está en cuidado infantil. Este plan también incluye instrucciones específicas para las observaciones del cuidador/maestro, actividades o servicios que difieren de los requeridos para niños que se desarrollan normalmente y deben incluir instrucciones específicas para los cuidadores/maestros con respecto a cómo administrar medicamentos, procedimientos o implementar modificaciones que requieren los niños con asma, reacciones alérgicas severas, diabetes, alimentaciones especiales indicadas por un médico, convulsiones, trastornos de la audición, problemas de la visión o cualquier otra condición que requiera una adaptación en cuidado infantil;
- m. Evaluación y preocupaciones de los padres/tutores (4).

Para los niños de hasta tres años, se deben realizar evaluaciones profesionales de la salud a los intervalos recomendados por la Academia Americana de Pediatría (AAP) (3). Para todos los demás niños, las actualizaciones de la Evaluación Profesional de la Salud se deben realizar una vez al año. Debe incluir cualquier cambio significativo en el estado de la salud, nuevos medicamentos, hospitalizaciones y cualquier vacuna administrada desde la evaluación de salud anterior. Este informe de salud será complementado por el historial de salud que el proveedor de cuidado infantil obtendrá de los padres/tutores en el momento de la inscripción.

FUNDAMENTACIÓN

El requisito de un informe de salud para cada niño que refleje la realización de evaluaciones de salud y vacunaciones es una manera válida para garantizar un cuidado preventivo oportuno para los niños que de otra manera pueden no recibirlo y se puede utilizar para la toma de decisiones en el momento de la admisión y durante el cuidado continuo (2). Este requisito alienta a las familias a tener un proveedor de atención primaria (médico familiar) para cada niño que realizará evaluaciones bienestar oportunas y regulares. El objetivo de las evaluaciones oportunas y regulares es permitir la detección y el tratamiento de una mejor salud oral, física, mental y socioemocional (1,3). Los informes de dichas evaluaciones brindan un conducto para la comunicación de información que ayuda al proveedor de atención primaria y el cuidador/maestro a determinar los servicios apropiados para el niño. Cuando el padre/tutor lleva la solicitud del informe al proveedor de atención primaria, el padre/tutor puede comunicar las preocupaciones del cuidador/maestro al proveedor de atención primaria del niño y, por lo tanto, se da su consentimiento para la comunicación. El padre/tutor puede brindar consentimiento escrito para la comunicación directa entre el proveedor de atención primaria y el cuidador/maestro para que los formularios se puedan enviar por fax o correo postal.

El cuidado infantil de calidad requiere información sobre el estado de salud del niño y necesita adaptaciones en cuidado infantil (2).

COMENTARIOS

El propósito de la evaluación profesional de la salud es:

- a. Brindar información sobre los antecedentes de salud del niño, necesidades especiales de atención de la salud y el estado de la salud actual para permitir que el cuidador/maestro brinde un entorno seguro y experiencias saludables para cada niños;
- b. Promover la salud individual y colectiva promoviendo el cumplimiento con los estándares aprobados para las evaluaciones de atención de la salud y vacunas;
- c. Documentar el cumplimiento con los estándares de otorgamiento de licencia;
- d. Actuar como medio para garantizar la detección temprana de problemas de salud y una guía para las medidas de reparación;
- e. Actuar como medio para facilitar y alentar la comunicación y aprendizaje sobre las necesidades del niño entre los cuidadores/maestros, proveedores de atención primaria y padres/tutores.

En general, este enfoque es el más eficiente, efectivo y el menos costoso ya que el proveedor de atención primaria tiene al niño, el miembro de la familia y el registro a mano, para brindar la información que el centro de cuidado infantil debe tener. Cuando los datos se solicitan por separado de la visita al proveedor de atención primaria para la evaluación de la salud, se debe retirar el registro del archivo y se debe extraer la información de las notas en el archivo. Algunos centros de atención de la salud cobran a las familias el costo del trabajo adicional para completar formularios en el momento de la visita a la atención o después. Colaborar para reducir la carga de completar formularios y anotar la información que se conoce antes de entregar los formularios al proveedor de atención primaria ayuda a fomentar una comunicación efectiva. Muchos proveedores de atención primaria agradecen que se complete la información de identificación en el formulario sobre el centro de cuidado infantil, el niño, la familia y una nota sobre las inquietudes a tratar.

Los cuidadores/maestros pueden ofrecer un período de gracia de cuatro semanas durante el cual el padre/tutor puede coordinar esta evaluación. El historial de salud puede servir como una evaluación de salud provisional durante este período de gracias.

Los datos de salud se deben presentar en un formulario que los cuidadores/maestros puedan utilizar para ayudar a identificar las necesidades especiales de cuidado. Se debe contactar al contratista del programa local para la Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT), si está disponible, para ayudar con las actividades de enlace y educación. En algunas situaciones, se pueden realizar pruebas en los centros, pero siempre es preferible que el niño tenga un médico familiar y un proveedor de atención primaria que evalúe al niño y brinde la información. Cuando los médicos clínico no completan los formularios lo suficiente para asistir al cuidador/maestro para entender la importancia de los hallazgos de la evaluación de salud o las características únicas de un niño, el cuidador/maestro debe obtener el consentimiento de los padres para contactar al proveedor de atención primaria del niño para explicar por qué se necesita la información y solicitar aclaraciones.

Las evaluaciones de salud se deben presentar en un formato que los cuidadores/maestros puedan utilizar para identificar las necesidades especiales de cuidado.

El proveedor de atención primaria del niño es un recurso clave para las familias cuando las desigualdades raciales, étnicas, socioeconómicas o educativas crean barreras para que el niño reciba atención dental regular. El proveedor puede realizar una evaluación oral y una evaluación de riesgos de la salud oral y llevar a cabo triaje para bebés y niños pequeños. Los niños con sospecha de problemas orales deben consultar al dentista de inmediato, sin importar la edad o el intervalo.

La Academia Americana de Pediatría y Bright Futures recomiendan evaluaciones de visión/audición y dental:

- a. Evaluación de visión/audición en cada visita de bienestar (con medidas objetivas de agudeza visual a los cuatro años y medidas de audiometría de la audición a los cinco años de edad);
- b. Evaluación dental al año de edad (o antes si se sospechan problemas orales) (3).

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

[9.4.2.1](#) Contenidos de los registros de los niños

[9.4.2.5](#) Historial de salud

[Apéndice FF](#): Evaluación de salud del niño

[Apéndice O](#): Plan de Cuidado para niños con necesidades especiales de atención de la salud

REFERENCIAS

1. Murph, J. R., S. D. Palmer, D. Glassy, eds. 2005. Health in child care: A manual for health professionals. 4ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
2. Hagan, J. F., J. S. Shaw, P. M. Duncan, eds. 2008. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3ra edición, Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
3. Crowley A. A., G. C. Whitney. 2005. Connecticut's new comprehensive and universal early childhood health assessment form. J School Health 75:281-85.
4. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Steering Committee. 2007. Policy statement: Recommendations for preventive pediatric health care. Pediatrics 120:1376.

Norma 9.4.2.5: Historial de salud

El archivo para cada niño debe incluir un historial de salud completado por el padre/tutor en el momento de la admisión, preferentemente con la participación del personal. Esta historia debe incluir lo siguiente:

- a. Identificación del médico familiar/proveedor de atención primaria del niño y dentista familiar;
- b. Permiso para contactar a estos profesionales en caso de una emergencia;
- c. Enfermedades crónicas/problemas de salud actualmente bajo tratamiento;
- d. Variaciones de desarrollo, trastorno sensorial, problemas de conducta graves o discapacidades que pueden necesitar consideración en el entorno de cuidado infantil;
- e. Descripción de los niveles actuales de desarrollo físico, social y del lenguaje;
- f. Medicamentos actuales, tratamientos médicos y otras intervenciones terapéuticas;
- g. Cuestiones especiales (como alergias, enfermedad crónica, necesidades de información de primeros auxilios pediátricos);
- h. Restricciones específicas de dieta, si el niño se encuentra en una dieta especial;
- i. Características individuales o factores de personalidad relevantes al cuidado infantil;
- j. Consideraciones familiares especiales;
- k. Fechas de enfermedades infecciosas;

- l. Planes para emergencias médicas;
- m. Cualquier equipo especial que se pueda necesitar;
- n. Adaptaciones especiales de transporte.

FUNDAMENTACIÓN

El historial de salud es la base para cubrir las necesidades médicas y psicosociales en el entorno de cuidado infantil. El cuidador/maestro significativo debe obtener y revisar esta información en el momento de la admisión. Esta información puede ser la única información de salud en el archivo hasta por cuatro semanas después de la inscripción.

COMENTARIOS

Este historial complementará el historial de salud del niño que completa el proveedor de atención primaria.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

9.4.2.1 Contenidos de los registros de los niños

Licencia y responsabilidades del estado

Norma 10.3.2.1: Consejo Asesor otorgante de licencia de cuidado infantil

Los estados deben tener un organismo asesor otorgante de licencias de cuidado infantil oficial para cuestiones regulatorias y relacionadas con políticas. Un consejo asesor de cuidado infantil debe:

- a. Revisar las normas y regulaciones propuestas antes de la adopción;
- b. Recomendar política administrativa;
- c. Recomendar cambios en la legislación; y
- d. Guiar el cumplimiento, si se le concede esta autoridad a través del proceso legislativo.

El grupo asesor debe incluir a representantes de las siguientes agencias y grupos:

- a. Agencias estatales con responsabilidad reguladora o un interés en cuidado infantil (servicios humanos, salud pública, jefe de bomberos, servicios médicos de emergencia, educación, recursos humanos, procurador general, consejo de seguridad);
- b. Organizaciones con enfoque en cuidado infantil;
- c. Operadores, directores, dueños y cuidadores/maestros que reflejan diferentes tipos de programas de cuidado infantil, incluso con y sin fines de lucro;
- d. Profesionales con experiencia relacionada con las normas; puede incluir pediatría, actividad física, nutrición, salud mental, salud oral, prevención de lesiones, recursos y derivación, educación de la primera infancia y desarrollo profesional en primera infancia;
- e. Padres/tutores que reflejen la diversidad de las familias que son consumidoras de los programas de cuidado infantil con licencia.

Este consejo asesor debe estar vinculado con el Consejo Asesor Estatal de la Primera Infancia (consultar Norma 10.3.2.2) de acuerdo a la Ley de Head Start de 2007 (1).

FUNDAMENTACIÓN

El grupo asesor debe buscar activamente la participación de los ciudadanos en el desarrollo de política de cuidado infantil, incluso padres/tutores, administradores de cuidado infantil y cuidadores/maestros. El consejo asesor otorgante de licencias debe informar directamente a la agencia que tiene autoridad administrativa con respecto a la licencia.

NORMAS RELACIONADAS

10.3.2.2 Consejo Asesor Estatal de la Primera Infancia

REFERENCIAS

1. U.S. Congress. 2007. Head Start Act. 42 USC 9801. <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Head-Start-Program/Program-Design-and-Management/Head-Start-Requirements/Head-Start-Act/>.

Norma 10.3.4.1: Fuentes de asistencia técnica para apoyar la calidad del cuidado infantil

Las autoridades públicas (como agencias otorgantes de licencias) y agencias privadas (como agencias de recursos y derivación) deben desarrollar sistemas para asistencia técnica para los estados, localidades, agencias de cuidado infantil y cuidadores/maestros que aborde lo siguiente:

- a. Cumplir con los requisitos de la licencia;
- b. Establecer programas que cubran las necesidades de desarrollo de los niños;
- c. Educar a los padres/tutores sobre cuestiones específicas de salud y seguridad a través de la producción y distribución de material relacionado.

FUNDAMENTACIÓN

La práctica administrativa de desarrollar sistemas para asistencia técnica está diseñada para mejorar la calidad general de cuidado infantil que cubre las necesidades sociales y de desarrollo de los niños. Las fuentes principales de asistencia técnica son:

- a. Agencias otorgantes de licencia (sobre maneras para cumplir con las regulaciones);
- b. Departamentos de salud (sobre cuestiones relacionadas con la salud);
- c. Agencias de recursos y derivación (sobre maneras para lograr calidad, cómo comenzar un nuevo centro, datos de oferta y demanda, cómo obtener una licencia y qué padres/tutores desean);
- d. Las redes de consultores de salud, educación, salud mental de cuidado infantil; capítulos del estado de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y contactos de cuidado infantil; y subsidios estatales de Sistemas Integrales de Primera Infancia (ECCS) son algunos ejemplos de socios que brindan asistencia técnica sobre salud y cuestiones relacionadas con el cuidado infantil.

La agencia estatal tiene la responsabilidad continua de ayudar al solicitante a calificar para una licencia y ayudar a los licenciarios a mejorar y mantener la calidad de su centro. Las regulaciones deben estar disponibles para padres/tutores y ciudadanos interesados previa solicitud y se deben traducir si es necesario. Los inspectores otorgantes de licencias en todo el estado deben ofrecer asistencia y consulta como parte regular de sus tareas y coordinar consultas con otros proveedores de asistencia técnica, ya que esta es una parte integral del proceso de otorgamiento de licencias.

La Oficina de Salud Maternal y de los Niños (MCHB, por sus siglas en inglés) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) y la Oficina de Cuidado Infantil (OCC, por sus siglas en inglés) de la Administración de Niños y Familias (ACF, por sus siglas en inglés) continúan desarrollando iniciativas para brindar fondos para apoyar la asistencia técnica a cuidado y educación de la primera infancia. Los estados deben contactarse con los Administradores de Cuidado Infantil del Estado, Directores de Salud Maternal y de los Niños y los Directores de Colaboración del Estado de Head Start para solicitar más información.

El objetivo de brindar a los centros y redes de hogares de cuidado infantil familiar pequeños y grandes pautas e información sobre el establecimiento de un programa de cuidado es promover programas apropiados de actividades. Los miembros del personal de cuidado infantil rara vez son profesionales de la salud capacitados. Como generalmente el personal y el tiempo son limitados, los cuidadores/maestros deben tener acceso a consulta sobre recursos disponibles en una variedad de campos (como cuidado de la salud física y mental; nutrición; seguridad, incluso seguridad contra incendios; atención de la salud oral; discapacidades del desarrollo; y sensibilidad cultural) (1,2).

Las agencias públicas pueden facilitar el acceso a niños y sus familias brindando materiales útiles a los proveedores de cuidado infantil.

NORMAS RELACIONADAS

[2.4.3.2 Plan de educación de padres/tutores](#)

[10.3.3.1 Acreditación de proveedores de cuidado infantil individual](#)

[10.4.1.3 Procedimiento de la agencia otorgante de licencias antes de emitir una licencia](#)

[2.4.3.1 Oportunidades para comunicación y dar el ejemplo de educación sobre salud y seguridad para padres/tutores](#)

REFERENCIAS

1. Alkon, A., J. Bernzweig, K. To, M. Wolff, J. F. Mackie. 2009. Child care health consultation improves health and safety policies and practices. *Acad Pediatr* 9:366-70.
2. Academia Americana de Pediatría. 2001. *The pediatrician's role in promoting health and safety in child care*. Elk Grove Village, IL: AAP.

Norma 10.3.4.3: Apoyo para los consultores para brindar asistencia técnica a los centros

Las agencias estatales deben alentar la disposición y coordinación y el apoyo fiscal para los consultores de la comunidad local para proporcionar asistencia técnica para el desarrollo y mantenimiento del programa.

Los consultores deben tener capacitación y experiencia en educación de primera infancia, crecimiento y desarrollo de la primera infancia, cuestiones de salud y seguridad en entornos de cuidado infantil, prácticas comerciales, habilidad para establecer relaciones académicas con proveedores de cuidado infantil, técnicas de aprendizaje de adultos y la habilidad de ayudar a establecer enlaces entre los centros y los recursos de la comunidad. Debe existir una colaboración entre todas las partes de la comunidad de educación y primera infancia para brindar asistencia técnica y consulta para mejorar la calidad del cuidado. La agencia otorgante de licencia debe ser una parte integral de sistema de calificación de mejora de calidad (QRIS, por sus siglas en inglés) en el estado; todas las partes del sistema deben colaborar para asegurar el uso más efectivo y eficiente de recursos para promover la mejora de calidad. Consulte el Glosario para la definición de QRIS.

La agencia reguladora del estado con el Título V o la Agencia de Recursos de Cuidado Infantil y Derivación del Estado deben brindar o coordinar para otras agencias públicas, organizaciones privadas o agencias de asistencia técnica (como la agencia de recursos y derivación) para que los siguientes consultores estén disponibles para la comunidad de proveedores de cuidado infantil de todo tipo:

- a. El consultor del programa, para brindar asistencia médica para el desarrollo y mantenimiento del programa y prácticas comerciales. Los consultores deben elegirse en función de la capacitación y la experiencia en educación de la primera infancia y la capacidad de ayudar a establecer vínculos entre los centros y los recursos de la comunidad;
- b. El consultor de salud de cuidado infantil (CCHC, por sus siglas en inglés), que tiene conocimiento y experiencia en salud infantil y desarrollo infantil, conoce las necesidades especiales de los niños en entornos de cuidado fuera del hogar y conoce los requisitos de licencia de cuidado infantil y los recursos de salud disponibles. Se debe desarrollar un plan regional para que los consultores estén disponibles para los centros para relaciones continuas;
- c. El nutricionista/dietista registrado, que también tiene conocimiento del desarrollo de bebés y niños, servicio de comida, nutrición y métodos de educación en nutrición, para que sea responsable del desarrollo de políticas y procedimientos y para la implementación de estándares de nutrición para brindar comida de alta calidad, programas de educación en nutrición y personal adecuadamente capacitado, y brindar consultoría al personal de la agencia, incluso colaborar con los inspectores otorgantes de licencia;
- d. El consultor de educación de la primera infancia, para asistir a los centros, a hogares de cuidado infantil familiar grandes y redes de hogares de cuidado infantil familiar pequeños a asociarse con las familias para cubrir las necesidades individuales de aprendizaje y desarrollo de los niños, incluso cualquier necesidad especial de desarrollo y educación que un niño pueda tener. Los Consultores de Educación de la Primera Infancia pueden asistir a los proveedores en la detección temprana y derivación para identificar y abordar necesidades especiales de aprendizaje, especialmente para bebés y niños pequeños;
- e. El consultor de salud mental de la primera infancia (ECMHC), para asistir a los centros, a hogares de cuidado infantil familiar grandes y redes de hogares de cuidado infantil familiar pequeños a cubrir las necesidades emocionales de los niños y las familias. La agencia de salud mental del estado debe promover fondos a través de las agencias de salud mental de la comunidad y clínicas de orientación infantil para estos servicios. Como mínimo, estos consultores deben estar disponibles cuando los cuidadores/maestros identifican a niños cuyos comportamientos son más difíciles de manejar que los niños que se desarrollan normalmente;
- f. El consultor de salud dental, para asistir a los centros, a hogares de cuidado infantil familiar grandes y redes de hogares de cuidado infantil familiar pequeños a cubrir las necesidades de salud oral de los niños. El consultor de salud dental debe tener conocimiento de la salud oral pediátrica y poder ayudar con el desarrollo de políticas y procedimientos en esta área;
- g. El consultor de actividad física, que tiene conocimiento en el desarrollo motor de bebés y niños (biomecánica de desarrollo), locomoción, balística y habilidades manipulativas, desarrollo sensorial y de la percepción, limitaciones sociales, psicosociales y culturales en el desarrollo motor, y desarrollo de resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y flexibilidad y composición del cuerpo, para ser responsable del desarrollo de políticas y procedimientos para la implementación de estándares de actividad física apropiada para la edad y el desarrollo para brindar a los niños las experiencias de movimiento necesarias para el crecimiento y desarrollo óptimo, programas de movimiento/educación física, y personal adecuadamente capacitado, y brindar consultoría al personal de la agencia, incluso colaborar con los inspectores otorgantes de licencia.

Debe existir un plan que respalde la colaboración interdisciplinaria del apoyo de consultores a los programas para garantizar un apoyo coordinado, evitar la duplicación y el estrés de los programas y las familias, y promover el uso eficiente de los recursos de consultores.

Además, debe existir un plan que describa cómo el estado identifica, capacita y apoya a los consultores que, a la vez, apoyan a los programas. Las calificaciones mínimas requeridas de los consultores pueden especificarse en las regulaciones estatales. Existen recursos para capacitar a consultores que se pueden integrar en los planes del estado para apoyar consultores de salud y otros consultores de primera infancia. Los estados idealmente aprovecharán las oportunidades para asociarse con Head Start, bienestar infantil, Parte C y la Parte B, y otros para mantener un sistema continuo de consultores de apoyo y fomentar asociaciones que apoyen a los niños, las familias y los programas y ayuden a mejorar la calidad general de los servicios proporcionados en la comunidad.

FUNDAMENTACIÓN

Es aceptable asegurar la experiencia por cualquier método que sea más viable en el nivel estatal o local (por ejemplo, se puede brindar consultoría desde una agencia de recursos y derivación). Los proveedores, no la agencia reguladora, son responsables de asegurar el tipo de consulta que los centros individuales requieren.

Las relaciones continuas con CCHC, nutricionistas/dietistas registrados y ECMHC son eficaces para promover entornos seguros y saludables (3-5).

COMENTARIOS

Muchos estados ahora tienen consultores de salud mental que sirven específicamente a la comunidad de cuidado infantil. Hay diferentes modelos de consultas de salud mental: Algunos modelos son programáticos y solo incluyen al personal, otros trabajan con niños individuales con problemas de comportamiento o emocionales y el tercer modelo integra ambos enfoques. En general, MHC son trabajadores sociales o profesionales con experiencia en desarrollo o psicología infantil capacitados para trabajar en entornos de cuidado infantil (2). No existe una capacitación formal o estandarizada para ECMHC a nivel nacional. Los pediatras de desarrollo o comportamiento, psiquiatras de niños o adolescentes y psicólogos infantiles son recursos para las necesidades de comportamiento y salud mental de los niños pequeños (1). Algunos, pero no todos, psiquiatras y psicólogos de niños y adolescentes, trabajadores sociales y consejeros infantiles tienen las habilidades necesarias para trabajar con programas de comportamiento de este grupo más pequeño. Para encontrar estos especialistas, contacte al Departamento de Pediatría en los centros académicos o el Departamento de Salud Mental del Estado. El cuerpo docente en estos centros generalmente puede derivar a centros de cuidado infantil a personas con las habilidades necesarias en su área.

La práctica administrativa de desarrollar sistemas para asistencia técnica está diseñada para mejorar la calidad general de cuidado infantil que cubre las necesidades sociales y de desarrollo de los niños. Las fuentes principales de asistencia técnica son:

- Contacto de cuidado infantil del Capítulo de AAP (la información de contacto se puede encontrar en <http://www.healthychildcare.org>);
- Agencias otorgantes de licencia (sobre regulaciones y hacer mejoras de calidad);
- Departamentos de salud (sobre cuestiones relacionadas con la salud);
- Agencias de recursos y derivación (sobre maneras para lograr calidad, cómo comenzar un nuevo centro, datos de oferta y demanda, cómo obtener una licencia y qué padres/tutores desean);
- Programas de acción de la comunidad u organizaciones sin fines de lucro (sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluso educación física, para cuestiones de educación de salud o mejora de calidad);
- Departamentos de kinesiología de la universidad local (sobre cuestiones de actividad física y desarrollo de la motricidad en la primera infancia);
- Administración de pequeños negocios (sobre cuestiones financieras relacionadas con las operaciones del programa);
- Las agencias de subsidio pueden financiar una variedad de consultores para programas a través de dinero de calidad del Fondo de Desarrollo y Cuidado Infantil (CCDF, por sus siglas en inglés);
- En general, los departamentos de educación administran el dinero del programa de alimentos y pueden tener asistencia técnica relacionada con la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA).

REFERENCIAS

- Alkon, A., J. Bernzweig, K. To, M. Wolff, J. F. Mackie. 2009. Child care health consultation improves health and safety policies and practices. *Acad Pediatr* 9:366-70.
- Dellert, J. C., D. Gasalberti, K. Sternas, P. Lucarelli, J. Hall. 2006. Outcomes of child care health consultation services for child care providers in New Jersey: A pilot study. *Pediatric Nursing* 32:530-37.
- Crowley, A. A., J. M. Kulikowich. Impact of training on child care health consultant knowledge and practice. *Ped Nurs* 35:93- 100.
- Healthy Child Care America. 2006. *The influence of child care health consultants in promoting children's health and well-being: A status report*. Rockville, MD: Maternal and Child Health Bureau.
- American Academy of Pediatrics (AAP). 2001. *The pediatrician's role in promoting health and safety in child care*. Elk Grove Village, IL: AAP.

Norma 10.3.4.4: Desarrollo de la lista de proveedores de servicios para las instalaciones

La agencia reguladora local o la agencia de recursos y derivación deben asistir a los centros y los hogares de cuidado infantil familiar grandes y pequeños a formular mantener una lista de profesionales y agencias de la comunidad disponibles para brindar los servicios necesarios de salud, dentales y sociales a las familias.

FUNDAMENTO

Las familias dependen de sus centros de cuidado infantil para que les brinde información sobre cómo obtener atención dental y de salud y otros servicios de la comunidad. Una cantidad de comunidades tienen Centros de Recursos para las Familias, que son puntos centrales de información. Es importante que las agencias reguladoras y las agencias de recursos y derivación tengan el conocimiento de los centros de recursos para las familias o que puedan brindar un directorio de servicios de la comunidad a los centros de cuidado infantil.

Las asociaciones entre los profesionales de la salud y las agencias de la comunidad son necesarias para brindar un médico familiar para todos los niños.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) define médico familiar como el cuidado que es accesible, centrado en la familia, continuo, integral, coordinado, compasivo y culturalmente competente. El médico familiar no es un edificio, una casa o un hospital, sino un enfoque para brindar servicios de atención de la salud de una manera rentable y de alta calidad (1,2). Los profesionales de la salud y otras agencias de servicios de la comunidad comienzan a reconocer que los centros de cuidado infantil son una oportunidad lógica para brindar información o derivación de los niños a un médico familiar. Los programas de cuidado infantil también brindan oportunidades para educación en promoción de la salud y prevención de enfermedades para los niños y las familias (3).

REFERENCIAS

1. Gupta, R. S., S. Shuman, E. M. Taveras, M. Kulldorff, J. A. Finkelstein. 2005. Opportunities for health promotion education in child care. *Pediatrics* 116: e499-e505.
2. Academia Americana de Pediatría. 2008. Policy statement: The medical home. *Pediatrics* 122:450.
3. Kempe, A., B. Beaty, B. P. Englund, R. J. Roark, N. Hester, J. F. Steiner. 2000. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children. *Pediatrics* 105:1020-28.

Norma 10.6.1.1: Provisión de la Agencia Regulatoria de servicios de apoyo y capacitación de cuidadores/maestros y consumidores

La agencia otorgante de licencias debe promover la participación en una variedad de servicios de capacitación y apoyo a cuidadores/maestros y consumidores como un componente integral de su misión para reducir los riesgos para los niños en cuidado infantil fuera del hogar. Dicha capacitación debe hacer hincapié en la importancia de realizar controles regulares de seguridad y brindar supervisión directa a los niños en todo momento. Los planes de capacitación deben incluir mecanismos para la capacitación del posible personal de cuidado infantil antes de que asuman la responsabilidad del cuidado de los niños y para la educación continua. Las instituciones de educación superior que ofrecen programas de grado de educación temprana se deben coordinar con la capacitación prevista a nivel de la comunidad para promover la educación continua y la disponibilidad de contenido apropiado en los cursos provistos por estas instituciones de educación superior.

Las personas que desean ingresar al campo de cuidado infantil deben aprender de la agencia regulatoria sobre las oportunidades de capacitación que ofrecen las agencias públicas y privadas. Las conversaciones sobre estas capacitaciones pueden hacer hincapié en los mensajes esenciales de salud y seguridad en el cuidado infantil. Se puede brindar capacitación en línea para reforzar la educación en el aula.

Los programas de capacitación deben abordar los siguientes:

- a. Crecimiento y desarrollo infantil, incluso desarrollo socioemocional, cognitivo, del lenguaje y físico;
- b. Programación y actividades de cuidado infantil;
- c. Disciplina y manejo del comportamiento;
- d. Denuncia obligatoria del abuso y negligencia de menores;
- e. Prácticas de salud y seguridad, que incluyen prevención de lesiones, primeros auxilios básicos y RCP, prevención y control de enfermedades infecciosas, promoción de la salud y salud ambiental de los niños y reducir el riesgo de SMSL y uso de prácticas seguras para dormir;
- f. Diversidad cultural;
- g. Nutrición y hábitos alimentarios, incluso la importancia de la lactancia y la prevención de la obesidad y enfermedades crónicas relacionadas;
- h. Educación de padres/tutores;
- i. Diseño, uso y limpieza segura del espacio físico;
- j. Cuidado y educación de necesidades especiales de atención de la salud;
- k. Cuidado de salud oral;
- l. Requisitos de informe de brotes de enfermedades infecciosas;
- m. Salud de los cuidadores/maestros;
- n. Actividad física apropiada para la edad.

FUNDAMENTO

La capacitación mejora la competencia del personal (1,2,4). Además de la baja proporción de personal por niño, el tamaño del grupo, diferentes edades de los niños y la continuidad del cuidador/maestro, la capacitación/educación de los cuidadores/maestros es un indicador específico de la calidad de cuidado infantil (1,2). La mayoría de los estados requieren capacitación limitada para el personal de cuidado infantil dependiendo de sus funciones y responsabilidades. Algunos estados no requieren la finalización de la escuela secundaria o GED para diferentes niveles de posiciones de enseñanza (5). Los miembros del personal que están mejor capacitados son más capaces de prevenir, reconocer y corregir problemas de salud y seguridad.

Las decisiones sobre el manejo de enfermedades son tomadas por la mayor habilidad del cuidador/maestro para evaluar el comportamiento de un niño que sugiere alguna enfermedad (2,3). La capacitación debe promover mayores oportunidades en el campo y oportunidades para avanzar a través de una educación con credenciales adicionales.

NORMAS RELACIONADAS

1.4.2.1 Orientación inicial de todo el personal

1.4.2.2 Orientación para el cuidado de niños con necesidades especiales de atención de la salud

1.4.2.3 Temas de orientación

10.6.2.1 Desarrollo de organizaciones y redes de proveedores de cuidado infantil

REFERENCIAS

1. National Child Care Information and Technical Assistance Center, National Association for Regulatory Administration (NARA). 2010. The 2008 child care licensing study: Final report. Lexington, KY: NARA. http://www.naralicensing.org/associations/4734/files/1005_2008_Child_Care_Licensing_Study_Full_Report.pdf.
2. Moon, R. Y., R. P. Oden. 2003. Back to sleep: Can we influence child care providers? *Pediatrics* 112:878-82.
3. Kendrick, A. S. 1994. Training to ensure healthy child day-care programs. *Pediatrics* 94:1108-10.
4. Aronson, S. S., L. S. Aiken. 1980. Compliance of child care programs with health and safety standards: Impact of program evaluation and advocate training. *Pediatrics* 65:318-25.
5. Galinsky, E., C. Howes, S. Kontos, M. Shinn. 1994. The study of children in family child care and relative care. New York: Families and Work Institute.
6. U.S. General Accounting Office (USGAO); Health, Education, and Human Services Division. 1994. Child care: Promoting quality in family child care. Report to the chairman, subcommittee on regulation, business opportunities, and technology, committee on small business, House of Representatives. Publication no. GAO-HEHS-95-36. Washington, DC: USGAO.

Cuestiones relacionadas

Norma 1.7.0.1: Evaluaciones de salud de adultos antes del empleo y continuas, incluso vacunación



Todos los miembros del personal pagos y voluntarios deben someterse a una evaluación de salud antes de la primera interacción con el trabajo de cuidado infantil. La evaluación debe identificar cualquier adaptación que debe realizar el centro para el miembro del personal para desempeñar su puesto asignado.

Las evaluaciones de salud para los miembros del personal pagos y voluntarios deben incluir:

- a. Examen físico;
- b. Examen dental;
- c. Examen de visión y audición;
- d. Los resultados y el seguimiento apropiado de una prueba de tuberculosis (TB), el uso de una Prueba Cutánea de la Tuberculina (TST) o IGRA (prueba de liberación de intererón gamma), una vez al ingresar al campo de cuidado infantil y luego pruebas TB posteriores según lo determine el historial de alto riesgo de TB;
- e. Una revisión y certificación del estado al día de vacunación de acuerdo con el Cronograma Recomendado de Vacunas para Adultos que se encuentra en el Apéndice H, incluso la vacuna anual contra la gripe y Tdap al día;
- f. Una revisión de las preocupaciones de salud ocupacionales sobre la base del desempeño de las funciones esenciales del puesto.

Todos los adultos que residen en un hogar de cuidado infantil familiar que se consideran en riesgo de TB deben someterse a una prueba de TB (1) como se especifica en la Norma 7.3.10.1. Los adultos que se consideran en alto riesgo de TB incluyen los adultos que nacieron en el extranjero, que tienen antecedentes de falta de hogar, están infectados con VIH, tienen contacto con la población en prisión, o tienen contacto con alguien que tiene TB activa.

No se debe repetir prueba para detectar TB de los miembros del personal con pruebas cutáneas previamente negativas con regularidad, a menos que el departamento de salud local o estatal lo requiera. Un registro de los resultados de la prueba y la evaluación de seguimiento apropiada deben guardarse en el archivo del centro.

FUNDAMENTO

Los cuidadores/maestros deben estar física y emocionalmente saludables para desempeñar las tareas de brindar cuidado a los niños. Desempeñar su trabajo mientras están enfermos puede transmitir enfermedades infecciosas y enfermedades a otros miembros del personal y a los niños bajo su cuidado (2). En virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), se espera que los empleadores realicen las adaptaciones razonables para personas con discapacidades. Conforme a la ADA, las adaptaciones dependen de cada caso.

La dificultad excesiva también se define según el caso. La adaptación requiere conocimiento de las condiciones que se deben adaptar para asegurar la función competente del personal y el bienestar de los niños en el cuidado (3). Como que la detección de tuberculosis mediante la prueba cribado de personas sanas tiene un rendimiento bajo en comparación con la prueba de cribado de contactos de casos conocidos de tuberculosis, las autoridades de salud pública han determinado que realizar pruebas de cribado repetidas de rutina de personas sanas con pruebas cutáneas previamente negativas no es un uso razonable de los recursos. Como las circunstancias locales y los riesgos de exposición pueden variar, esta recomendación debe estar sujeta a modificación por parte de las autoridades de salud locales o estatales.

COMENTARIOS

Los centros de cuidado infantil deben brindar una descripción del empleo o una lista de las actividades que se espera que desempeñe el miembro del personal. A menos que la descripción del empleo defina las tareas de la función específicamente, conforme a la ley federal, el centro deberá ajustar las actividades de esa persona. Por ejemplo, los centros de cuidado infantil generalmente requieren las siguientes actividades de los cuidadores:

- a. Moverse rápidamente para supervisar y asistir a niños pequeños;
- b. Levantar niños, equipo y suministro;
- c. Sentarse en el piso y en muebles de tamaño para niños;
- d. Lavarse las manos con frecuencia;
- e. Responder rápidamente en caso de una emergencia;
- f. Comer la misma comida que se sirve a los niños (a menos que el miembro del personal tenga restricciones de dieta);
- g. Escuchar y ver a una distancia requerida para la supervisión en el patio de juegos o para conducir;
- h. Estar ausente del trabajo por enfermedad no más a menudo que el adulto típico, para brindar continuidad a las relaciones de cuidado de los niños en cuidado infantil.

Healthy Young Children: A Manual for Programs [Niños pequeños saludable: un manual para los programas], de la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC), brinda un modelo para una evaluación por parte de un profesional de la salud. También consulte el Modelo de políticas de salud en el cuidado infantil, de NAEYC y la Academia Americana de Pediatría (AAP).

La preocupación por el costo de los exámenes de salud (particularmente cuando muchos cuidadores/maestros no reciben beneficios de salud y ganan el salario mínimo) es una barrera para cumplir con esta norma. Cuando los miembros del personal necesitan vacuna contra la hepatitis B para cumplir con los requisitos de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) (4), el costo de esta vacuna puede o no estar cubierto por un contrato de atención administrada. De lo contrario, el costo de la supervisión de salud (como vacunas, exámenes dentales y de salud) debe ser cubierto como parte de la preparación para trabajar del empleado en el entorno de cuidado infantil por parte del posible empleado o del empleador. Los trabajadores de cuidado infantil se encuentran entre aquellos para quienes se recomienda enfáticamente la vacunación anual contra la gripe.

Los centros deben consultar con expertos en la ADA a través de los Centros de Asistencia Técnica para Discapacidades y Negocios (DBTAC) financiados por el Departamento de Educación de los EE. UU. en todo el país. Se puede contactar a estos centros llamando al 1-800-949-4232 (las personas que llaman son dirigidas a la región apropiada) o accediendo a los contactos del centro regional directamente en <http://adata.org/Static/Home.aspx>.

TIPO DE INSTALACIONES

Centro, Early Head Start, Head Start, hogar de cuidado infantil familiar grande, hogar de cuidado infantil familiar pequeño

NORMAS RELACIONADAS

1.7.0.3 Limitaciones de salud del personal

1.7.0.4 Peligros ocupacionales

7.2.0.1 Documentación de vacunación

7.2.0.2 Niños no vacunados

7.2.0.3 Vacunación de cuidadores/maestros

7.3.10.1 Medidas de detección, control e informe de la tuberculosis

7.3.10.2 Asistencia de niños con Infección de Tuberculosis Latente o Enfermedad de Tuberculosis Latente

Apéndice E: Evaluación de salud del personal de cuidado infantil

REFERENCIAS

1. Administración de Salud y Seguridad Ocupacional. 2008. *Bloodborne pathogens*. Título 29, pt. 1910.1030. http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=standards&p_id=10051.
2. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2015. Recommended adult immunization schedule – United States, 2015. <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/easy-to-read/adult.html>.

3. Keyes, C. R. 2008. Adults with disabilities in early childhood settings. *Child Care Info Exchange* 179:82-85.
4. Baldwin, D., S. Gaines, J. L. Wold, A. Williams. 2007. The health of female child care providers: Implications for quality of care. *J Comm Health Nurs* 24:1-7.