

Las normas traducidas para la sección de Prácticas seguras para dormir y reducción de riesgo de SMSL/sofocación 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

## *Prácticas seguras para dormir y reducción de riesgo de SMSL/sofocación*

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)

Adaptados de *Caring for Our Children [Cuidado de nuestros hijos]: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs [Normas de Desempeño de Salud y Seguridad Nacionales, Pautas de programas de cuidado y educación en la primera infancia]*, 3ra edición.

Copyright © 2012

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

Todos los derechos reservados. Esta publicación está protegida con derechos de autor. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida de ninguna manera o por ningún medio, lo que incluye fotocopiar, o ser utilizada por cualquier sistema de recuperación y almacenamiento de información sin el permiso escrito previo del editor.

Para solicitar permiso para reproducir materiales de esta publicación, contacte al Editor de Permisos en la Academia Americana de Pediatría por fax (847/434-8780), correo (PO Box 927, Elk Grove Village, IL 60007-1019) o correo electrónico (marketing@aap.org).

Mención sugerida:

Academia Estadounidense de Pediatría, Asociación Estadounidense de Salud Pública, Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana. 2012. Prácticas seguras para dormir y reducción de riesgo de SMSL: Normas aplicables de: *Caring for our children [Cuidado de nuestros hijos]: National Health and Safety Performance Standards; Guidelines for Early Care and Education Programs [Normas de Desempeño de Salud y Seguridad Nacionales, Pautas de programas de cuidado y educación en la primera infancia]*. 3ra Edición. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría, Washington, DC: American Public Health Association.

Disponible en <http://nrckids.org>.

Las Normas Nacionales son solo para fines de referencia y no se deberán usar como sustituto para consulta médica o legal, ni se deben usar para autorizar acciones más allá de la licencia, capacitación o capacidad de una persona.

Diseño y composición tipográfica: Betty Geer, Diane Malk, Lorina Washington

---

## Tabla de contenidos

## Prácticas seguras para dormir

- 3.1.4.1 Prácticas seguras para dormir y Muerte súbita inesperada del lactante (SUID, por sus siglas en inglés)/Reducción del riesgo de SMSL
- 3.1.4.2 Envolver bien apretado
- 3.1.4.3 Uso del chupón
- 3.1.4.4 Períodos de descanso programados y arreglos para dormir
- 2.2.0.1 Métodos de supervisión infantil

## Ambientes para el sueño seguro

- 5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir
- 5.4.5.2 Cunas
- 5.4.5.3 Cunas apilables
- 6.4.1.3 Juguetes en la cuna
- 2.2.0.2 Limitar el tiempo del bebé/niño pequeño en cunas, sillas altas, asientos de vehículos, etc.
- 5.3.1.10 Requisitos para equipos infantiles con restricción de movimiento
- 5.3.1.1 Seguridad de los equipos, materiales y muebles
- 5.3.1.2 Monitoreo de retirada de productos
- 3.4.1.1 Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas

## Educación sobre el sueño seguro y reducir el riesgo de SMSL

### Base de conocimientos

- 1.3.1.1 Calificaciones generales de los directores
- 1.3.2.4 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños desde el nacimiento hasta los treinta cinco meses de edad
- 1.3.3.1 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros de cuidado infantil familiar que operan un hogar de cuidado infantil familiar
- 1.3.2.7 Calificaciones y responsabilidades de los defensores de salud
- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil

### Orientación, capacitación y educación continua

- 1.4.1.1 Capacitación previa al servicio
- 1.4.2.1 Orientación inicial de todo el personal
- 1.5.0.1 Empleo de sustitutos
- 1.5.0.2 Orientación de sustitutos
- 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
- 2.4.2.1 Temas de educación de salud y seguridad para el personal
- 9.4.3.3 Registro de capacitación
- 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

## Políticas e información sobre el sueño seguro

- 9.2.1.1 Contenido de las políticas
- 1.8.2.1 Familiaridad del personal con las políticas, los planes y los procedimientos del centro
- 9.2.1.3 Información de inscripción para padres/tutores y cuidadores/maestros
- 9.4.2.3 Contenidos del acuerdo de admisión entre el programa de cuidado infantil y padre/tutor
- 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

## Cuestiones relacionadas

4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés

3.6.4.5 Fallecimiento

## Apéndices

Apéndice D: Guantes

Apéndice JJ: Nuestro centro de cuidado infantil apoya la lactancia

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

## Prácticas seguras para dormir

Norma 3.1.4.1: Prácticas seguras para dormir y Muerte súbita inesperada del lactante (SUID, por sus siglas en inglés)/Reducción del riesgo de SMSL



Las prácticas seguras para dormir ayudan a reducir el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Las instalaciones deben desarrollar una política escrita describiendo las prácticas que se deben usar para promover sueño seguro para los bebés. La política debe explicar que estas prácticas tienen la intención de reducir el riesgo de SUID, incluso el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), sofocación y otras muertes que pueden ocurrir cuando un bebé está en una cuna o dormido. Alrededor de 3,500 SUID ocurrieron en los EE.UU. en el año 2014 (1).

Todo el personal, padres/tutores, voluntarios y otros aprobados para ingresar a las habitaciones donde se cuidan a los bebés deben recibir una copia de la Política de Sueño seguro e información educativa adicional y capacitación sobre la importancia del uso constante de políticas y prácticas seguras para dormir que tienen permitido para cuidado de bebés (es decir, primer día como empleado/voluntario/sustituto). La documentación de que ha ocurrido esta capacitación y de que estas personas han recibido y revisado la política escrita antes de que cuiden a los niños se debe mantener en el archivo. Materiales educativos adicionales se pueden encontrar en <https://www.nichd.nih.gov/sts/materials/Pages/default.aspx>.

Todo el personal, padres/tutores, voluntarios y otros que cuidan a bebés en el entorno de cuidado infantil deben seguir estas prácticas seguras para dormir tal como lo recomienda la Academia Americana de Pediatría (AAP) (2):

- a. Los bebés de hasta doce meses de edad deben colocarse para dormir en posición supina (completamente boca arriba) para que duerman siestas o tiempo de dormir, a menos que el proveedor de atención médica primaria del bebé haya completado una renuncia firmada que indique que el niño requiere una posición alternativa para dormir;
- b. Los bebés deben colocarse para dormir en ambientes para el sueño seguro; que incluyen un colchón de cuna firme cubierto por una sábana ajustada en una cuna con aprobación de seguridad (la cuna debe cumplir con los estándares y pautas revisadas/aprobadas por la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor [CPSC] de EE.UU. (3) y ASTM International [ASTM]). No se deben usar monitores o dispositivos de posicionamiento a menos que sea requerido por el proveedor de atención médica del niño, y ningún otro artículo debe estar en una cuna ocupada por un bebé, excepto por un chupón;
- c. Los bebés no deben dormir siestas o dormir en un asiento de seguridad de un vehículo, silla de pelotas de semillas, asiento rebotador, silla para bebés, columpios, silla para saltar, corralito o patio de juegos, silla alta, silla, futón, sofá/sillón o cualquier otro tipo de mueble/equipo que no sea una cuna con aprobación de seguridad (que cumpla con los estándares de seguridad de la CPSC ASTM) (3);
- d. Si un bebé arriba a la instalación dormido en un asiento de seguridad de vehículos, el padre/tutor o el cuidador/maestro debe sacar de inmediato al bebé de este asiento y colocarlo en posición supina en un ambiente para el sueño seguro (es decir, la cuna asignada del bebé).
- e. Si un bebé se queda dormido en cualquier lugar que no sea un ambiente para el sueño seguro, el personal debe sacar de inmediato al bebé y colocarlo en posición supina en su cuna;
- f. Solo se debe colocar a un bebé en cada cuna (no se recomiendan las cunas apilables);
- g. La ropa de cama suave o suelta se debe mantener lejos de los bebés que duermen y fuera de los ambientes para el sueño seguro. Esto incluye, entre otros: almohadillas protectoras, almohadas, edredones, cobijas, dispositivos de posicionamiento para dormir, pieles de oveja, mantas, sábanas lisas, pañales de tela, baberos, etc. Además, las sábanas/elementos no deben colgar de los lados de las cunas.

- Las sábanas sueltas o mal ajustadas han provocado que los bebés se estrangulen o asfixien (2).
- h. Envolver bien apretados a los bebés cuando están en una cuna no es necesario ni se recomienda, pero en su lugar se debe usar mamelucos de una sola pieza (consulte la [Norma 3.1.4.2](#) para información más detallada sobre envolver bien apretado) (2);
  - i. Los juguetes, incluidos los móviles y otros tipos de equipos de juego que están diseñados para colocarse en cualquier parte de la cuna, se deben mantener alejados de los bebés que duermen y fuera de los ambientes para el sueño seguro;
  - j. Cuando los cuidadores/maestros colocan a los bebés en su cuna para dormir, se debe controlar que la temperatura en la habitación sea cómoda para un adulto con ropa liviana, controlar a los bebés para asegurarse de que tengan ropa cómoda (no sobrecalentados o sudados) y que se quiten los baberos, collares y prendas con lazos o cordones. (Se pueden usar sacos de ropa segura u otra ropa diseñada para sueño seguro en lugar de mantas);
  - k. 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;
  - l. La ropa de cama se debe cambiar entre los niños, y si se usan las colchonetas, se deben limpiar entre los usos.

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 (si se usa).

Un cuidador/maestro capacitado en prácticas seguras para dormir y aprobado para cuidar a los bebés debe estar presente en cada habitación en todo momento donde haya un bebé. Este cuidador/maestro debe permanecer alerta y debe supervisar de manera activa a los bebés que duermen continuamente. Además, el cuidador/maestro debe controlar para garantizar que la cabeza del bebé no esté cubierta y reajustar la vestimenta cuando sea necesario.

La construcción y uso de las habitaciones para dormir para bebés separadas de la habitación de grupo de bebés no se recomienda debido a la necesidad de supervisión directa. En situaciones en las que existen instalaciones con dormitorios separados, las instalaciones tienen un plan para modificar la asignación de habitaciones y/o prácticas para eliminar la colocación de los bebés para dormir en habitaciones separadas.

Las instalaciones deben seguir la recomendación actual de la AAP sobre el uso del chupón (2). Si se permiten chupones, las instalaciones deben tener una política escrita que describa procedimientos y pautas relevantes. El uso del chupón fuera de una cuna en habitaciones y programas donde hay bebés y niños pequeños móviles no está recomendado.

La instalación debe alentar, hacer arreglos y apoyar la lactancia materna. La lactancia materna o alimentación de un bebé con la leche materna extraída de la madre se asocia además con un menor riesgo de muertes de bebés relacionadas con el sueño (2).

## FUNDAMENTO

A pesar de la disminución de muertes atribuidas a prácticas para dormir y la disminución de la frecuencia de la posición prona para dormir bebés (boca abajo) en las últimas dos décadas, algunos cuidadores/maestros continúan colocando a los bebés a dormir en posiciones o ambientes que no son seguros. La mayoría de las muertes relacionadas con el sueño en las instalaciones de cuidado infantil ocurren el primer día o la primera semana en que un bebé comienza a asistir a un programa de cuidado infantil (4). Muchas de estas muertes parecen estar asociadas con la posición prona, especialmente cuando el bebé no está acostumbrado a que lo coloquen en esa posición (2). La capacitación que incluye las observaciones y trata las barreras para cambiar las prácticas del cuidador/maestro debería ser más efectiva. El uso de las políticas de sueño seguro, la educación continua de padres/tutores, esfuerzos de capacitación ampliados para profesionales de cuidado infantil, regulaciones y mandatos a nivel estatal, y aumento en el monitoreo y observación de bebés mientras están durmiendo son fundamentales para reducir el riesgo de SUID en cuidado infantil (2).

Los bebés que son cuidados por adultos que no sean su padre/tutor o el cuidador/maestro principal están en un riesgo mayor de SUID (4,5). Los proyectos de investigación y demostración recientes (6,7) han revelado que:

- a. Los cuidadores/maestros desconocen los peligros o riesgos asociados con la posición prona o de lado del bebé, y muchos creen que están usando las prácticas más seguras posibles, incluso cuando no lo hacen;
- b. Aunque los programas de capacitación son efectivos para mejorar el conocimiento de los cuidadores/maestros, estos programas por sí solos no siempre conducen a cambios en las prácticas, creencias o actitudes de los cuidadores/maestros; y
- c. Los cuidadores/maestros informan las siguientes barreras importantes para implementar prácticas seguras para dormir: Han sido mal informados sobre los métodos que han demostrado reducir el riesgo de SUID;

- 1) Las instalaciones no tienen o usan políticas o pautas escritas de "sueño seguro";
- 2) Las regulaciones estatales de cuidado infantil no obligan al uso de la posición de dormir supina (completamente sobre su espalda) para bebés en cuidado infantil y/o capacitación para cuidadores/maestros de bebés;
- 3) Otros cuidadores/maestros o padres/tutores tienen objeciones para con el uso de prácticas seguras para dormir, ya sea por su preocupación de ahogo o aspiración, y/o su preocupación de que algunos bebés no duermen bien en la posición supina; y

4) Los padres/tutores modelan sus prácticas después de lo que sucede en el hospital o lo que otros recomiendan. A los bebés a los que se los coloca para dormir en otras posiciones en el hospital o ambientes de hogar pueden tener una transición difícil a la posición supina en el hogar y más adelante en cuidado infantil.

## COMENTARIOS

**Antecedentes:** Las muertes de bebés que están dormidos en cuidado infantil pueden no ser declaradas debido a la falta de consistencia en capacitación y regulación de las investigaciones de la escena de la muerte y determinación e información de la causa de muerte. No todos los estados requieren documentación que aclare que un bebé murió mientras estaba siendo cuidado por alguien que no era sus padres/tutores.

Aunque es posible que no se conozca la causa de muchas muertes súbitas de bebés, los investigadores creen que algunos bebés se desarrollan de una manera que les dificulta despertarse o respirar cuando experimentan un desafío que pone en peligro su vida durante el sueño. Aunque algunas regulaciones del estado requieren que los cuidadores/maestros “controlen” a los bebés que duermen cada diez, quince, o treinta minutos, un bebé puede sofocarse o morir en solo algunos minutos. Es por esta razón que las normas anteriores desalientan los juguetes o móviles en las cunas y recomiendan la supervisión directa, activa y continua cuando los bebés se están quedando dormidos, están durmiendo o se están despertando. Ésta también es la razón por la que *Caring for Our Children [Cuidado de nuestros hijos]* describe un ambiente para el sueño seguro que incluye una cuna con aprobación de seguridad, colchón firme, sábana bien ajustada, y el bebé colocado boca arriba en todo momento, con prendas cómodas y seguras, pero nada más, ni siquiera una manta.

Cuando los bebés se estén cayendo, el personal puede estar ocupado. Exigir a los padres/tutores que retiren al bebé del asiento del automóvil y lo vuelvan a colocar en la posición supina en su cuna (si está durmiendo), reforzará las prácticas seguras para dormir y les asegurará a los padres/tutores que su hijo está en una posición segura antes de salir de la instalación.

**Desafíos:** Las recomendaciones nacionales para reducir el riesgo de SUID se proporcionan para ser usadas en la población general. La mayoría de las investigaciones revisadas para guiar el desarrollo de estas recomendaciones no se realizaron en entornos de cuidado infantil. Debido a que los bebés tienen un mayor riesgo de morir por causas relacionadas con el sueño en cuidado infantil (4,5), los cuidadores/maestros deben proporcionar el ambiente para el sueño más seguro para los bebés bajo su cuidado.

Cuando el personal del hospital o los padres/tutores de bebés que pueden asistir al lugar de cuidado infantil colocan al bebé en una posición que no sea supina para dormir, el bebé se acostumbra a esto y puede tener más dificultades para adaptarse al cuidado infantil, especialmente cuando se lo coloca para dormir en una nueva posición no familiar.

Los padres/tutores y los cuidadores/maestros quieren que los bebés pasen a las instalaciones de cuidado infantil de manera cómoda y fácil. Puede ser difícil para los bebés quedarse dormidos en un entorno nuevo porque hay diferentes personas, equipos, iluminación, ruidos, etc. Cuando los bebés duermen bien en cuidado infantil, los adultos se sienten mejor. Colocar elementos personales en cunas con bebés y cubrir o envolver a bebés con mantas puede ayudar a los adultos a creer que el niño está más cómodo o se siente cómodo. Sin embargo, esto puede ser verdad o no. Estas prácticas no son las más seguras para los bebés en cuidado infantil, y no se deben permitir. Se debe continuar con los esfuerzos para educar al público sobre el riesgo de muertes relacionadas con el sueño que promueven el uso de prácticas seguras para dormir.

**Planes de cuidado especial:** Algunas instalaciones requieren que el personal coloque a los bebés en una posición supina para dormir, a menos que haya documentación en el plan de cuidado especial del niño que indique la necesidad médica de una posición diferente. Esto puede brindar al cuidador/maestro más confianza para implementar la política de sueño seguro y rechazar las demandas de los padres que no son consistentes con las prácticas seguras para dormir. Es probable que un bebé no esté acostumbrado a dormir en posición supina si sus padres/tutores se oponen a la posición supina (y por lo tanto colocan al bebé en posición prona para dormir en el hogar). Al proporcionar información educativa sobre la importancia del uso constante de las políticas y prácticas de sueño seguro para los futuros padres, las instalaciones ayudarán a crear conciencia sobre estos problemas, promoverán la seguridad del bebé y aumentarán el apoyo para la implementación adecuada de políticas y prácticas seguras para dormir en el futuro.

**Uso de chupones:** Los cuidadores/maestros deben estar al tanto de la recomendación actual de la AAP sobre el uso del chupón para reducir el riesgo de SUID (2). Si bien el uso de chupones para reducir el riesgo de SMSL parece prudente (especialmente si el bebé ya está durmiendo con un chupón en el hogar), también se ha demostrado que el uso de chupones está asociado con un mayor riesgo de infecciones de oído. Mantener los chupones limpios y limitar su uso a la hora de dormir es lo mejor. Usar chupones de manera segura e higiénica en entornos de cuidado grupal requiere diligencia especial.

Se deben inspeccionar los chupones por roturas antes del uso. Los chupones no se deben enganchar a la vestimenta de un bebé o atar alrededor del cuello de un bebé.

Para los niños en la población general, la AAP recomienda lo siguiente:

- a. Las instalaciones de cuidado infantil requieren permiso escrito del padre/tutor del niño para uso del chupón;
- b. Considerar ofrecer un chupón cuando se coloca al bebé para una siesta o tiempo de dormir;
- c. Si el bebé rechaza el chupón, no se lo debe forzar a tomarlo;

- d. Si el bebé se queda dormido y el chupón se cae de la boca del bebé, debe quitarse de la cuna y no es necesario volver a colocarlo. Se ha demostrado que un chupón reduce el riesgo de SMSL, incluso si el chupón se cae durante el sueño (2);
- e. Los chupones no deben mojarse en ninguna solución dulce, y se deben limpiar y reemplazar regularmente; y
- f. Para bebés alimentados con leche materna, retrasar la introducción del chupón hasta los quince días de edad para garantizar que la lactancia materna se haya establecido bien (2).

Envolver bien apretado: El personal del hospital o los médicos, particularmente aquellos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales o en enfermerías de bebés pueden recomendar que se envuelva bien apretado a los recién nacidos en el entorno de hospital. Aunque los padres/tutores puede elegir continuar con esta práctica en el hogar, envolver bien apretado a los bebés cuando se los coloca para dormir o están durmiendo en una instalación de cuidado infantil no es necesario ni se recomienda. Consulte la [Norma 3.1.4.2](#) para información más detallada.

Preocupación sobre plagiocefalia: Si los padres/tutores o cuidadores/maestros están preocupados por la plagiocefalia posicional (cabeza plana o puntos planos sobre la cabeza), pueden continuar usando las prácticas seguras para dormir, pero además hacer lo siguiente:

- a. Ofrecer a los bebés oportunidades para sostenerse erguidos y participar en “tummy Time [Tiempo boca abajo]” cuando están despiertos;
- b. Cambiar la posición del bebé y, de esta manera, cambiar la posición supina de la cabeza y cara del bebé. Esto se puede lograr fácilmente alternando la colocación del bebé en la cuna: coloque al bebé a dormir con la cabeza hacia un lado durante una semana y luego gire al bebé para que la cabeza y la cara queden en el otro lado. Los bebés generalmente giran la cabeza hacia un lado de la habitación o la puerta, por lo que, si se colocan con la cabeza hacia un lado de la cama para dormir una vez y luego se colocan con la cabeza hacia el otro lado de la cama la próxima vez, esto cambia el área de la cabeza que está en contacto con el colchón.

Una pregunta común entre los cuidadores/maestros y los padres/tutores es si deben volver al bebé a la posición supina si éste se gira sobre su lado o boca abajo. Los bebés de hasta doce meses de edad deben colocarse completamente en posición supina para dormir todo el tiempo. De hecho, a todos los niños se los debe colocar (o alentar a que se acuesten) boca arriba para dormir. Cuando los bebés son capaces por su nivel de desarrollo de rodar cómodamente desde la espalda al frente y viceversa, no hay evidencia que sugiera que deban volver a colocarse en la posición supina.

El Programa de Salud de Cuidado infantil de California [Política de sueño seguro para bebés en programas de cuidado infantil](#). La AAP brinda un [curso en línea gratuito](#) sobre prácticas seguras para dormir.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.4.2 Envolver bien apretado
- 3.1.4.3 Uso del chupón
- 3.1.4.4 Períodos de descanso programados y arreglos para dormir
- 3.4.1.1 Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas
- 3.4.6.1 Peligros de estrangulación
- 3.6.4.5 Fallecimiento
- 4.3.1.1 Plan general para alimentar a bebés
- 4.5.0.3 Actividades que son incompatibles con la alimentación
- 5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir
- 5.4.5.2 Cunas
- 9.2.3.15 Políticas que prohíben fumar, el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y sustancias tóxicas
- 2.2.0.1 Métodos de supervisión infantil
- 6.4.1.3 Juguetes en la cuna

## REFERENCIAS

1. Moon R. Y., T. Calabrese, L. Aird. 2008. Reducing the risk of sudden infant death syndrome in child care and changing provider practices: Lessons learned from a demonstration project. *Pediatrics* 122:788-79.
2. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2013. Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). <http://www.cdc.gov/features/sidsawarenessmonth/>.
3. Programa de Salud de Cuidado Infantil de California (CCHP) de UCSF. 2016. Safe sleep policy for infants in child care programs. UCSF School of Nursing California Childcare Health Program, San Francisco, CA: CCHP. <http://cchp.ucsf.edu/Safe-Sleep-Policy>.
4. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Safe sleep ® campaign materials.

2014. <https://www.nichd.nih.gov/sts/materials/Pages/default.aspx>.
5. Programa de Salud de Cuidado Infantil de California (CCHP) de UCSF. 2016. Safe Sleep: Reducing the Risk of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). UCSF School of Nursing California Childcare Health Program, San Francisco, CA: CCHP. <http://cchp.ucsf.edu/Safe-Sleep-FAM>.
  6. Programa de Salud de Cuidado Infantil de California (CCHP) de UCSF. 2016. Safe Sleep for Infants in Child Care Programs: Reducing the Risk of SIDS and SUID. UCSF School of Nursing California Childcare Health Program, San Francisco, CA: CCHP. <http://cchp.ucsf.edu/SIDS-Note>.
  7. Healthy Child Care America. 2012. A child care provider's guide to safe sleep. Helping you to reduce the risk of SIDS. <http://www.healthychildcare.org/PDF/SIDSchildcaresafesleep.pdf>.
  8. First Candle. 2016. SIDS and daycare: A fatal combination. <http://www.firstcandle.org/sids-and-daycare-a-fatal-combination/>.
  9. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). 2012. Cunas. <https://www.cpsc.gov/safety-education/safety-guides/kids- and-babies/cribs>.
  10. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2016. About SUID and SIDS. <http://www.cdc.gov/sids/aboutsuidandsids.htm>.
  11. 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>.
  12. Jenik, A. G., N. E. Vain, A. N. Gorestein, N. E. Jacobi, Pacifier and Breastfeeding Trial Group. 2009. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *Pediatrics* 155:350-54.
  13. Pease AS, Fleming PJ, Hauck FR, et al. 2016. Swaddling and the risk of sudden infant death syndrome: A Meta- analysis. *Pediatrics*;137(6):e20153275.

**NOTAS**

El contenido en la NORMA fue modificado el 12/05/2011 y el 12/1/2016.

**Norma 3.1.4.2: Envolver bien apretado**

En los entornos de cuidado infantil, envolver bien apretado no es necesario ni se recomienda.

**FUNDAMENTO**

Existe evidencia de que envolver bien apretado puede aumentar el riesgo de problemas de salud graves, especialmente en determinadas situaciones. El riesgo de muerte súbita del lactante aumenta si se envuelve bien apretado al lactante y se lo coloca boca abajo para dormir (1,2) o si el bebé puede darse vuelta desde la espalda al estómago. Las sábanas sueltas alrededor de la cabeza pueden ser un factor de riesgo para síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (3). Al envolver bien ajustado, existe un mayor riesgo de displasia congénita de la cadera, una condición de la cadera que puede resultar en una discapacidad a largo plazo (4,5). La displasia de cadera se siente más comúnmente envolviendo bien apretado porque las piernas del bebé pueden extenderse forzosamente. Envolver bien apretado en forma excesiva puede hacer que los bebés se sobrecalienten (es decir, sufran de hipertermia) (6).

**COMENTARIOS**

La mayoría de los bebés en centros de cuidado infantil tienen por lo menos seis semanas de edad. Con los recién nacidos, la investigación no proporciona datos concluyentes sobre si envolver bien ajustado se debe usar o no. Los beneficios de envolver bien ajustado pueden incluir menos llanto, mayores períodos de sueño y mejora en el control de la temperatura. Sin embargo, la temperatura se puede mantener con vestimenta de bebés apropiada y/o con una bolsa para dormir bebés. Aunque envolver bien apretado puede disminuir el llanto, hay otras preocupaciones de salud más graves que considerar, incluso SMSL enfermedad de la cadera. Si se usa envolver bien apretado, debe hacerse cada vez menos en el transcurso de las primeras semanas y meses de vida de un bebé.

**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 Muerte súbita inesperada del lactante (SUID, por sus siglas en inglés)/Reducción del riesgo de SMSL

**REFERENCIAS**

1. Pease AS, Fleming PJ, Hauck FR, et al. 2016. Swaddling and the risk of sudden infant death syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*;137(6):e20153275.
2. Franco, P., N. Seret, J. N. Van Hees, S. Scaillet, J. Groswasser, A. Kahn. 2005. Influence of swaddling on sleep and arousal characteristics of healthy infants. *Pediatrics* 115:1307-11.

3. Mahan, S. T., Kasser J. R. 2008. Does swaddling influence developmental dysplasia of the Hip? *Pediatrics* 121:177-78.
4. Van Sleuwen, B. E., A. C. Engelberts, M. M. Boere-Boonekamp, W. Kuis, T. W. J. Schulpen, M. P. L'Hoir. 2007. Envolver bien apretado: A systematic review. *Pediatrics* 120:e1097-e1106.
5. Contemporary Pediatrics. 2004. *A Guide for Parents: Swaddling 101*.  
[http://www.aap.org/sections/scan/practicingsafety/Toolkit\\_Resources/Module1/swadling.pdf](http://www.aap.org/sections/scan/practicingsafety/Toolkit_Resources/Module1/swadling.pdf).
6. Richardson, H. L., A. M. Walker, R. S. Horne. 2010. Influence of swaddling experience on spontaneous arousal patterns and autonomic control in sleeping infants. *J Pediatrics* 157:85-91.



### Norma 3.1.4.3: Uso del chupón

Las instalaciones deben estar informadas y seguir las recomendaciones actuales del 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 (7).

## 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 de la NORMA fue modificado el 12/5/2011.

### Norma 3.1.4.4: Períodos de descanso programados y arreglos para dormir



La instalación debe dar una oportunidad, pero no debe exigir, de dormir y descansar. La instalación debe poner a disposición períodos de descanso regulares para todos los niños y un entorno de sueño/siesta apropiado para la edad ([Consulte la Norma 5.4.5.1](#)). Para los niños que no pueden dormir, la instalación debe dar tiempo y espacio para juego tranquilo. Una instalación que incluye a niños en edad preescolar y niño en edad escolar debe tener libros, juegos de mesa y otras formas de juego tranquilo disponible.

Las instalaciones que ofrecen cuidado de bebés deben proporcionar un ambiente para el sueño seguro y usar una política de sueño seguro que describa las prácticas que siguen para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y otras muertes de bebés. Por ejemplo, cuando los bebés se duermen, se los debe poner a dormir sobre su espalda en una cuna con un colchón firme y sin mantas u objetos suaves.

## FUNDAMENTO

Las condiciones que llevan a dormir y descansar a niños más pequeños incluyen un cuidado constante, un lugar tranquilo de rutina, horas regulares de descanso y el uso de rutinas y prácticas seguras. La mayoría de los niños en edad preescolar en cuidado de todo el día se benefician de períodos de descanso programados. Este descanso puede tomar la forma de siesta real, un tiempo en calma o un cambio de ritmo entre las actividades. Las horas y duración de las siestas afectarán el comportamiento en el hogar (1).

Los niños pequeños necesitan desarrollar hábitos saludables para dormir para el desarrollo óptimo. Sin embargo, los problemas de sueño, es decir, la corta duración del sueño, los problemas de sueño conductuales y la respiración con trastornos del sueño alcanzan su punto máximo durante los años de preescolar. En 2016, la Fundación Nacional del Sueño emitió duraciones de sueño recomendadas para recién nacidos (14–17 horas), bebés (12–15 horas), niños pequeños (11–14 horas), y niños en edad preescolar (10–13 horas), que incluyen tanto el sueño del día y de la noche (2,3). Dormir lo suficiente ayuda a prevenir la obesidad pediátrica. En metanálisis, la duración corta del sueño antes de los 5 años de edad está asociada con el 30 % al 90 % de aumento de probabilidades de sobrepeso/obesidad en edades más avanzadas (4,5). Para prevenir la obesidad en la primera infancia, el Instituto de Medicina recomienda que se requiera que los proveedores de cuidado infantil adopten prácticas que promuevan la duración del sueño apropiado para la edad y que se capacite el personal para asesorar a padres sobre las duraciones de sueño recomendadas.

(6). Los problemas para dormir conductuales (es decir, la dificultad para llegar a dormirse/dormirse) a los 18 meses de edad están asociados con un 60% a 80% mayor riesgo de problemas emocionales y de comportamiento a los 5 años de edad (7). Las horas para dormir irregulares durante toda la primera Infancia están asociadas con menores puntuaciones en lectura, matemática y habilidades espaciales (8). La respiración alterada por el sueño (es decir, ronquidos, apnea) en la primera infancia está asociada a un aumento del 60% a 80% en las dificultades sociales y emocionales a los 7 años de edad (9).

## COMENTARIOS

En los bebés pequeños, las condiciones favorables para dormir y descansar incluyen estar seco, bien alimentado y cómodo. Los bebés pueden necesitar 1 o 2 (a veces más) siestas durante el tiempo en que están en cuidado infantil. A medida que los bebés crecen, generalmente pasan a 1 siesta por día, y tener 1 siesta por día es consistente con el horario que la mayoría de las instalaciones siguen. Se podrían usar diferentes prácticas, como mecer, sostener a un niño mientras se balancea, cantar, leer o acariciar un brazo o la espalda para calmar al niño. No se necesita apagar las luces durante la hora de la siesta.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

3.1.4.1 Prácticas seguras para dormir y reducción del riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)

5.2.2.1 Niveles de iluminación

5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir

5.4.5.2 Cunas

## REFERENCIAS

1. National Sleep Foundation. How much sleep do we really need? <https://sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>. Fecha de acceso martes, 14 de noviembre de 2017
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. Kelly, Y; Kelly, J; Sacker, A; (2013) Time for bed: associations with cognitive performance in 7-year-old children: a longitudinal population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67 (11) pp. 926-931.
8. 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

## NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/30/2018.



Norma 2.2.0.1: Método de supervisión infantil

Los cuidadores/maestros deben proporcionar supervisión activa y positiva de bebés, niños pequeños y niños en edad preescolar mediante

la vista y la audición en todo momento, incluso cuando los niños están descansando o durmiendo, comiendo, cambiándose los pañales o usando el baño (cuando es apropiado para la edad) y cuando los niños están al aire libre.

La supervisión activa requiere atención enfocada y la observación intencional de los niños en todo momento. Los cuidadores/maestros se colocan de manera que puedan observar a todos los niños: observar, contar y escuchar en todo momento. Durante las transiciones, los cuidadores/maestros dan cuenta de todos los niños con reconocimiento del nombre según el rostro identificando visualmente a cada niño. También utilizan sus conocimientos sobre el desarrollo y las habilidades de cada niño para anticipar qué harán los niños, luego se involucran y los redireccionan cuando sea necesario. Esta vigilancia constante ayuda a los niños a aprender de manera segura.

Todos los niños en cuidado fuera del hogar deben estar supervisados directamente en todo momento. Las siguientes estrategias permiten a los niños explorar sus ambientes de manera segura. (1,2)

#### 1. Preparar el ambiente

Los cuidadores/maestros organizan el entorno para poder supervisar a los niños y tener acceso a ellos en todo momento.

Cuando las actividades están agrupadas y los muebles están a la altura de la cintura o más abajo, los adultos pueden ver y escuchar a los niños. Los espacios pequeños deben mantenerse libres de desorden y los espacios grandes deben organizarse de manera tal que los niños tengan espacios de juego claros que los cuidadores/maestros puedan observar.

#### 2. Posicionar al personal

Los cuidadores/maestros planifican con cuidado dónde se ubicarán en el entorno para evitar que los niños se lastimen. Se ubica de manera tal que pueda ver y escuchar a todos los niños bajo su cuidado. Se aseguran que los caminos siempre estén despejados hacia donde los niños juegan, duermen y comen para poder reaccionar rápidamente en caso de ser necesario.

Los cuidadores/maestros se quedan cerca de los niños que podrían necesitar apoyo adicional. Su posicionamiento los ayuda a brindar apoyo de inmediato si es necesario.

#### 3. Observar y contar

Los cuidadores/maestros siempre pueden contabilizar a los niños en su cuidado. Observan constantemente todo el entorno para saber dónde están todos y qué están haciendo. Cuenta a los niños con frecuencia. Esto es especialmente importante durante transiciones, cuando los niños se están trasladando de un lugar a otro.

#### 4. Escuche

Algunos sonidos específicos, o la ausencia de sonidos, podrían indicar una razón para preocuparse. Los cuidadores/maestros que escuchan con atención a los niños identifican inmediatamente signos de posible peligro. Los programas que piensan implementar sistemáticamente estrategias adicionales para proteger a los niños. Por ejemplo, agregar campanas en las puertas ayuda a alertar a los adultos cuando un niño ingresa a la sala o sale de ella.

#### 5. Anticipar el comportamiento de los niños

Los cuidadores/maestros usan lo que saben sobre los intereses y habilidades individuales de cada niño para predecir qué harán. Plantean desafíos para los cuales los niños están preparados y los ayudan a superarlos. Sin embargo, también reconocen cuando los niños se distraen, se molestan o toman un riesgo peligroso. La información del control de salud diario (por ejemplo, por enfermedad, alergias, falta de sueño o alimentos, etc.) informa las observaciones de los adultos y los ayuda a anticipar el comportamiento de los niños.

Los cuidadores/maestros que saben qué esperar son más capaces de proteger a los niños contra lesiones.

#### 6. Comunicarse y redirigir

Los cuidadores/maestros usan lo que saben sobre el desarrollo y las necesidades individuales de cada niño para ofrecer apoyo. Esperan hasta que los niños no puedan resolver el problema por su cuenta antes de involucrarse. Puede ofrecer diferentes niveles de asistencia y redirección según las necesidades individuales de cada niño.

Los cuidadores/maestros deben siempre estar en el mismo piso y en la misma habitación que los niños. Si los baños no están en el mismo piso que el área de cuidado infantil o un cuidador/maestro no puede llegar a ver u oír lo que sucede en ellos, un adulto debe acompañar a los niños menores de 5 años hacia y desde el área de baño. Los niños más pequeños que soliciten privacidad y hayan demostrado capacidad para usar el baño adecuadamente deben tener permiso para usar el baño separado y privado. Los niños en edad escolar pueden usar el baño sin observación visual directa pero deben permanecer dentro del campo auditivo en caso de que los niños necesiten asistencia y/o para prevenir un comportamiento inseguro.

Los espacios del programa se deben diseñar con visibilidad que permita una supervisión constante y sin obstrucciones del adulto y permita a los niños tener tiempo solos o juego tranquilo en pequeños grupos. Para proteger a los niños del maltrato, incluso abuso sexual, el diseño del ambiente debe limitar las situaciones en las que un adulto o niño más grande puede estar solo con un niño sin otro adulto presente (1,2).

Los niños van a ser más activos en el entorno de aprendizaje/juegos al aire libre y necesitan más supervisión y no menos tiempo al aire libre. Los supervisores del patio de juegos se deben designar y capacitar para supervisar a los niños en todas las áreas de juego exteriores. La supervisión del personal del patio de juegos debe incorporar observación estratégica de todos los niños dentro de un territorio específico y no participar en diálogo prolongado con ningún otro niño o grupo de niños (u otro personal). Otros adultos no designados para supervisar pueden facilitar actividades de aprendizaje/juegos al aire libre con niños sobre su exploración y descubrimientos. Los cuidadores/maestros deben hacer un esfuerzo para mantenerse cerca de los niños que están desarrollando nuevas habilidades motrices y pueden necesitar apoyo adicional para garantizar la seguridad de los niños.

Los cuidadores/maestros deben contar a los niños reiteradamente, registrar el recuento, garantizar su precisión y poder establecer verbalmente cuántos niños están en cuidado en todo momento. Los cuidadores/maestros deben registrar el recuento en una planilla de asistencia o en una tarjeta de bolsillo, junto con las anotaciones de todos los niños que se unen o se van del grupo. Se requiere un recuento preciso en todo momento. Los cuidadores/maestros deben participar en una rutina de recuento que aliente al recuento por duplicado para verificar el registro de asistencia para asegurar la supervisión constante y la seguridad de todos los niños en cuidado.

Se debe permitir a los niños en edad escolar participar en actividades fuera de las instalaciones con supervisión apropiada del adulto y con aprobación escrita de parte de un padre/tutor. Si los padres/tutores dan permiso escrito para que el niño en edad escolar participe en actividades fuera de las instalaciones, la instalación ya no será responsable del niño durante la actividad fuera de las instalaciones. La instalación no necesitará proporcionar personal para la actividad fuera de las instalaciones.

Las proporciones de niño a personal apropiados de acuerdo al desarrollo se deben cumplir durante todo el horario de atención, incluso en juegos en interiores y exteriores y en excursiones. Además, se deben seguir todas las precauciones de seguridad para áreas y equipos específicos. Ninguna instalación basada en centros y hogares de cuidado infantil familiar grandes deben operar con menos de 2 miembros del personal si hay más de 6 niños en cuidado, incluso si el grupo cumple de otra manera la proporción niño para personal. Aunque los centros a menudo reducen la cantidad de personal para las horas de llegada más temprano y partida más tarde, otro adulto debe estar presente para ayudar en caso de una emergencia. Consulte las Normas relacionadas más adelante para más información sobre las proporciones.

La planificación debe incluir anticipación de tareas, monitoreo y planes de contingencia para mantener el personal apropiado. Durante las horas en que los niños generalmente se dejan y se retiran, la cantidad de niños presentes puede variar. Debe haber un plan vigente para controlar y tratar los cambios no previstos, permitiendo que los cuidadores/maestros reciban ayuda adicional sin dejar el área. Se debe mantener el personal suficiente para evacuar a los niños de manera segura en caso de una emergencia. El cumplimiento con las proporciones apropiadas de niño y personal se deben medir mediante observación estructurada, recuento de cuidadores/maestros y niños en cada grupo en diferentes momentos del día y revisión de las políticas escritas.

## FUNDAMENTO

La supervisión está directamente ligada a la seguridad y a la prevención de lesiones y el mantenimiento de cuidado infantil de calidad para bebés, niños pequeños, niños en edad preescolar y niños en edad escolar. Los padres/tutores dependen de los cuidadores/maestros para supervisar a sus hijos. Para estar disponible para supervisión o rescate en una emergencia, un adulto debe poder escuchar y ver a los niños. Con supervisión apropiada y en caso de una emergencia, los adultos que supervisan pueden sacar rápida y eficientemente a los niños de posible daño.

La importancia de la supervisión es proteger a los niños no solo de lesión física (3) sino también de daño que pueda ocurrir de temas que tratan los niños o de burlas/hostigamiento/comportamiento inapropiado. Es responsabilidad de los cuidadores/maestros controlar lo que están hablando los niños e intervenir cuando sea necesario.

A los niños les gusta probar sus habilidades y aptitudes, lo que se alienta, ya que esto es un comportamiento apropiado de acuerdo al desarrollo. Esto se nota particularmente alrededor del equipo del patio de juegos. Los patios de juegos, cuando se los compara con las áreas de juego en interiores, representan un riesgo mayor cuando se trata de lesiones en niños (4). Incluso si se cumple con los estándares de seguridad más elevados para diseño, disposición y superficie, pueden suceder lesiones graves si no se desatiende a los niños. Los adultos que participan y están al tanto del comportamiento de los niños están en mejor posición de proteger su bienestar.

El recuento regular (o uso de supervisión activa) reducirá las oportunidades de que un niño sea separado del grupo, especialmente durante las transiciones entre los lugares.

Estas prácticas alientan a las interacciones de respuesta y al entendimiento de las fortalezas y desafíos de cada niño mientras proporcionan supervisión activa en entornos de bebés, niños pequeños, niños en edad preescolar y niños en edad escolar.

## COMENTARIOS

### TIPO DE INSTALACIONES

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

### NORMAS RELACIONADAS

- 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
- 3.4.4.1 Reconocer y denunciar sospechas de maltrato, descuido y explotación de menores
- 3.4.4.5 Diseño de la instalación para reducir el riesgo de abuso y negligencia de menores
- 3.6.3.1 Administración de medicamentos
- 5.4.1.2 Ubicación de los baños y cuestiones de privacidad

## REFERENCIAS

1. Centro Nacional en Salud y Bienestar en la Primera Infancia. Active Supervision. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/safety-practices/article/active-supervision>. Publicado el 5 de febrero de 2018. Fecha de acceso: martes, 28 de agosto de 2018
2. Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños: Guía del administrador del programa para evaluar las prácticas de supervisión infantil. [http://www.naeyc.org/academy/files/academy/Supervision%20Resource\\_0.pdf](http://www.naeyc.org/academy/files/academy/Supervision%20Resource_0.pdf). 2016. Fecha de acceso: martes, 28 de agosto de 2018
3. United States Department of Agriculture, National Institute of Food and Agriculture. Cooperative Extension. Creating safe and appropriate diapering, toileting, and hand washing areas in child care. <http://articles.extension.org/pages/63292/creating-safe-and-appropriate-diapering-toileting-and-hand-washing-areas-in-child-care>. Publicado el 2 de octubre de 2015. Fecha de acceso el 25 de junio de 2018
4. Academia Americana de Pediatría. Child abuse and neglect. Sitio web HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/Pages/What-to-Know-about-Child-Abuse.aspx>. Actualizado el viernes, 13 de abril de 2018. Fecha de acceso 25 de junio de 2018
5. Schwebel, D. Internet-based training to improve preschool playground safety: Evaluation of the Stamp-in-Safety Programme. *The Health Education Journal*. 74(1), 37. Publicado el martes, 20 de enero de 2015. Fecha de acceso: martes, 28 de agosto de 2018
6. Consejo Nacional de Seguridad. Landing lightly: playgrounds don't have to hurt. <http://www.nsc.org/learn/safety-knowledge/Pages/news-and-resources-playground-safety.aspx>. Fecha de acceso lunes, 25 de junio de 2018

## NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 10/09/2018.

# Ambientes para el sueño seguro

## Norma 5.4.5.1: Equipo e insumos para dormir



Las instalaciones deben tener una cuna, catre, bolsa de dormir, cama, alfombra o colchoneta individual para cada niño que pase más de cuatro horas por día en el centro. Ningún niño debe compartir simultáneamente una cuna, cama o ropa de cama con otro niño. Los centros deben garantizar que los muebles y superficies para dormir cumplan con las normas de seguridad actuales de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC) de los EE. UU. y ASTM y no hayan sido retirados del mercado por el fabricante (1). Se debe brindar ropa de cama limpia para cada niño. Las camas y la ropa de cama deben lavarse entre cada uso si las usan diferentes niños. Sin importar el grupo etario, la ropa de cama no debe usarse como equipo para descansar en lugar de catres, camas, colchonetas o equipos similares aprobados. La ropa de cama usada por debajo de los niños en catres, cunas, futones y corrales debe ajustarse bien. Las sábanas para la cama de un adulto no deben usarse en colchones de cuna porque pueden soltarse y enredar al niño (2). Consulte la [Norma 5.4.5.2](#) sobre especificaciones para cunas.

Cuando se usen colchonetas, deben tener cubiertas lavables y deben ser lo suficientemente largas para que ni la cabeza ni los pies del niño queden fuera de la colchoneta. Las alfombras y catres deben estar hechos de un material impermeable que pueda lavarse y desinfectarse fácilmente. No se deben usar bolsas plásticas o materiales de plástico sueltos como cubiertas.

Ningún niño debe dormir sobre una superficie desnuda, sin cubrir. Debe haber cubiertas apropiadas para la estación, como sábanas, ropa para dormir o mantas suficientes para mantener una temperatura adecuada y deben ser usadas por cada niño con edad menor que la edad escolar. No se deben usar almohadas, mantas y posicionadores para dormir con bebés (2). Si los niños pequeños y niños más grandes usan almohadas, estas deben tener fundas removibles que puedan lavarse, ser asignadas a un niño y usadas por ese niño solamente cuando esté inscripto en el centro. (No se requieren almohadas para niños más grandes). La almohada, manta, sábana y cualquier objeto especial para dormir de cada niño debe guardarse por separado de los de los demás niños.

Las colchonetas y bolsas de dormir no deben colocarse directamente sobre un piso más frío que 65°F cuando los niños están descansando en ellas. Las cunas, catres, bolsas de dormir, camas, alfombras o colchonetas en las que estén durmiendo los niños deben colocarse a una distancia de al menos tres pies entre sí (3). Si en la habitación usada para dormir no hay lugar para un espacio de tres pies entre los niños, se recomienda que los cuidadores/maestros separen a los niños entre sí lo más que se pueda o que alternen a los niños cabezas con pies. No se recomienda el uso de pantallas para separar a los niños que duermen porque pueden afectar la supervisión, interferir en el acceso inmediato al niño y potencialmente lastimar a un niño si se cae sobre él.

Si el equipo para dormir no utilizado se usa para separar a los niños que duermen, la disposición de dicho equipo debe permitir al personal observar y tener acceso inmediato a cada niño. Los extremos de las cunas no funcionan como pantallas para separar a los niños que duermen.

Las superficies para dormir del equipo de descanso de un niño no deben entrar en contacto con las superficies para dormir del equipo de descanso de otro niño durante el almacenamiento.

Los cuidadores/maestros no deben usar nunca hilos para colgar objetos, como un móvil, o un juguete o bolsa de pañales, sobre o cerca de la cuna en donde un niño podría quedarse atrapado en él y estrangularse (2).

Los monitores de bebé y sus cables y otros cables eléctricos no deben colocarse nunca en la cuna o equipo para dormir.

Los colchones de cuna deben entrar bien y estar hechos específicamente con el tamaño de la cuna en la que se colocarán. No se debe colocar a bebés sobre colchones inflables debido a la posibilidad de atrapamiento o asfixia (2).

## FUNDAMENTO

Dormir y descansar separados, incluso en el caso de hermanos, reduce la propagación de enfermedades de un niño a otro.

El contagio por gotas se produce cuando gotas que contienen microorganismos generadas por una persona infectada, principalmente al toser, estornudar o hablar, son expulsadas a una distancia corta (tres pies) y depositadas en los ojos, nariz o boca (3).

Debido a que las infecciones respiratorias son transmitidas por gotas grandes de secreciones respiratorias, se debe mantener una distancia mínima de tres pies entre catres, cunas, bolsas de dormir, camas, alfombras o colchonetas usadas para descansar o dormir (3). Un espacio de tres pies entre las cunas, catres, bolsas de dormir, camas, alfombras o colchonetas también le brindará al personal acceso a un niño en caso de emergencia. Si el centro usa pantallas para separar a los niños, su uso no debe dificultar la observación de los niños por parte del personal o el acceso a los niños en caso de una emergencia.

La sarna y la tiña son enfermedades transmitidas por contacto directo entre personas. Por ejemplo, la tiña se transmite por compartir artículos personales como peines, cepillos, toallas, ropa y sábanas. Prohibir que se compartan artículos personales ayuda a prevenir la propagación de enfermedades.

Los piojos no suelen transmitirse por compartir artículos personales, aunque no se recomienda compartir sombreros, gorros, toallas y sábanas. La transmisión de piojos se produce con el contacto directo de una cabeza con otra cabeza con pelo infestado (4).

Ocasionalmente, los niños babean, escupen o dejan otros fluidos corporales en las superficies sobre las que duermen. El uso de equipos para descansar lavables, impermeables y no absorbentes permite al personal lavar y desinfectar las superficies para dormir. No se pueden usar bolsas de plástico para cubrir superficies/equipos para descansar y dormir porque puede contribuir con la asfixia si el material se adhiere a la cara del niño.

No se recomiendan catres de tela para bebés y niños pequeños. Las tapas de los extremos requieren constante reemplazo, y los catres son un peligro de corte/pelliczo cuando no están las tapas de los extremos. Hay diversos catres hechos con superficies lavables que están diseñadas para que sean seguras para los niños.

## COMENTARIOS

Aunque los niños interactúan libremente y pueden contaminarse entre ellos cuando están despiertos, reducir la transmisión de agentes de enfermedades infecciosas en gotas grandes aéreas durante los períodos en que duermen disminuirá la dosis de dichos agentes a la que el niño está expuesto en general. En hogares de cuidado infantil familiar pequeños, el cuidador/maestro debe considerar el hogar como un negocio durante el horario de cuidado infantil y se espera que cumpla con las expectativas reglamentarias que pueden no aplicarse fuera del horario de cuidado infantil. Por lo tanto, no se recomienda que los niños hermanos relacionados con el cuidador/maestro duerman en la misma cama durante el horario de operación.

Los cuidadores/maestros pueden pedirles a los padres/tutores que brinden ropa de cama que será enviada a casa para su lavado al menos una vez por semana o antes si se ensució.

Muchos cuidadores/maestros consideran que colocar a los niños en posiciones alternadas de modo que la cabeza de un niño esté frente a los pies de otro niño reduce la interacción y promueve el orden durante los períodos de descanso. Estas posiciones pueden ser beneficiosas para reducir la propagación de agentes infecciosos.

El uso de extremos sólidos de cunas entre los niños que duermen puede servir como barrera si están a una distancia de tres pies entre sí (3).

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

[3.1.4.1 Prácticas seguras para dormir y reducción del riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante \(SMSL\)](#)

### 3.3.0.4 Limpiar la ropa de cama individual

### 3.4.6.1 Peligros de estrangulación

### 5.4.5.2 Cunas

### 9.2.4.5 Política de simulacros/ejercicios de evacuación y emergencia

## REFERENCIAS

1. Aronson, S. S., T. R. Shope, eds. 2017. Managing infectious diseases in child care and schools: A quick reference guide, 4<sup>th</sup> Edition. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
2. Kimberlin, D.W., Brady, M.T., Jackson, M.A., Long, S.S., eds. 2015. Recommendations for care of children in special circumstances. In: *Red Book: 2015 Report to the Committee of Infectious Diseases*. 30<sup>ta</sup> ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.
3. 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. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/10/20/peds.2016-2938>.
4. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). 2011. CPSC approves new mandatory standard for toddler beds. <https://www.cpsc.gov/newsroom/news-releases/2011/cpsc-approves-new-mandatory-standard-for-toddler-beds>.

## NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 3/31/2017.



### Norma 5.4.5.2: Cunas

Los centros deben controlar cada cuna antes de comprarla y usarla para asegurarse de que cumpla con las normas de seguridad de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC) de los EE. UU. y ASTM.

No deben usarse ni guardarse en el centro las cunas retiradas del mercado o de "segunda mano". Cuando se determine que una cuna ya no es segura para su uso en el centro, debe desarmarse y descartarse adecuadamente.

El personal solo debería usar cunas a la hora de dormir y garantizar que cada cuna sea un entorno seguro para dormir. Ningún niño de cualquier edad debe ser colocado en una cuna para dejarlo por un tiempo o por motivos disciplinarios. Cuando un bebé se vuelve lo suficientemente grande o móvil para llegar a los pestillos de la cuna o potencialmente trepar fuera de la cuna, deben ser cambiados a un entorno diferente para dormir (como un catre o alfombra para dormir).

Cada cuna debe tener la identificación de marca, tipo o número de producto y se debe guardar la información relevante del producto (con la misma información de identificación) mientras se use o se guarde la cuna en el centro.

El personal debe inspeccionar cada cuna antes de cada uso para asegurarse de que los accesorios estén ajustados y no haya ningún peligro de seguridad. Si no se puede ajustar de forma segura un tornillo o perno, o hay tornillos, pernos o soportes de colchón faltantes o rotos, la cuna no debe usarse.

Las normas de seguridad indican que las cunas usadas en centros deben ser de madera, metal o plástico. Los listones de la cuna no deben estar colocados a una distancia de más de dos y tres octavos de pulgada entre sí, y deben tener un colchón firme que esté bien ajustado para que no pasen más de dos dedos entre el colchón y el costado de la cuna en la posición más baja. La altura mínima desde la parte superior del colchón hasta la parte superior de la baranda de la cuna debe ser de veinte pulgadas en la posición más alta. No se deben usar cunas con laterales abatibles. La cuna no debe tener extensiones de postes en las esquinas (más de un dieciseisavo de pulgada). La cuna no debe tener aberturas en la estructura de cabecera o del pie en donde pueda quedar atrapada la cabeza del niño. El sistema de soporte del colchón no debe poder sacarse con facilidad desde ningún punto de la cuna mediante una fuerza hacia arriba desde debajo de la cuna. Todas las cunas deben cumplir con la Norma F1169-10a de ASTM Especificación de seguridad del consumidor para cunas de bebé de tamaño completo, Norma F406-10b Especificación de seguridad del consumidor para cunas de bebé/parques de juego que no son de tamaño completo o CPSC 16 CFR 1219, 1220 y 1500 - Normas de seguridad para cunas de bebé de tamaño completo y no de tamaño completo; Norma Final.

Las cunas deben colocarse lejos de persianas o cortinas.

Apenas un niño pueda levantarse, el colchón debe ajustarse a su posición más baja. Una vez que el niño pueda trepar y salir de la cuna, este niño debe pasar a usar una cama. No se debe mantener nunca a los niños en la cuna colocando, atando o encajando cubiertas de tela, red u otros materiales fuertes sobre la cuna.

Las cunas previstas para una evacuación deben tener un diseño y ruedas adecuadas para cargar hasta cinco niños no ambulatorios de menos de dos años de edad hasta el área de evacuación designada. Esta cuna debe usarse para la evacuación en caso de un incendio u otra emergencia. La cuna debe poder moverse fácilmente y pasar por la salida de emergencia designada.

## FUNDAMENTO

Se han desarrollado normas para definir la seguridad de las cunas, y el personal debe asegurarse de que las cunas usadas en el centro cumplan con estas normas para proteger a los niños y prevenir lesiones o la muerte (1-3). En diciembre de 2010 se publicaron cambios importantes en las normas de ASTM y CPSC para cunas. A partir del 28 de junio de 2011, todas las cunas fabricadas, vendidas o alquiladas deben cumplir con los nuevos rigurosos requisitos. Desde el 28 de diciembre de 2012, todas las cunas usadas en centros de cuidado y educación en la primera infancia incluidos hogares de cuidado infantil familiar también deben cumplir con estas normas. Para obtener la información más actual sobre estas nuevas normas, diríjase a <http://www.cpsc.gov/info/cribs/index.html>. Mueren más bebés cada año por incidentes con cunas que con cualquier otro producto para bebé (4). Los niños se han quedado atrapados o se han estrangulado porque su cabeza o cuello quedo atrapado en un espacio entre listones que era demasiado ancho o entre el colchón y el costado de la cuna.

Un bebé puede asfixiarse si su cabeza o cuerpo queda entre el colchón y los costados de la cuna (6).

Los postes en las esquinas presentan el peligro de enredarse con la ropa y estrangularse (5). Ha habido muchos casos de muertes por asfixia en cunas por encajarse la cabeza o el cuello en partes de la cuna y colgar de un collar o ropa desde el poste en la esquina de la cuna (6).

Los niños que miden treinta y cinco pulgadas o más de alto han crecido demasiado para usar la cuna y ya no deben usarla para dormir (4). Convertir la cuna en una jaula (cubriendo la parte superior de la cuna) no es una solución segura para los problemas causados por los niños que trepan y salen de la cuna. Hubo niños que murieron por intentar escapar sus cunas modificadas al quedarse atrapados en las cubiertas de distintas formas, y los bomberos que intentaban rescatar niños de casas en llamas se han visto retrasados por las cubiertas de cunas (6).

La CPSC ha recibido numerosos informes de muertes por asfixia con los cordones de persianas a lo largo de los años (7).

## COMENTARIOS

Para más información sobre artículos en cunas, consulte la Norma 5.4.5.1: Equipo e insumos para dormir y Norma 6.4.1.3: Juguetes en la cuna. Una "cuna con certificación de seguridad" es aquella que ha sido certificada por la Asociación de Fabricantes de Productos Infantiles (JPMA).

Si las cunas portátiles y las cunas que no son de tamaño completo son sustituidas por cunas regulares de tamaño completo, deben mantener en una condición que cumpla con la Norma F406-10b de ASTM Especificación de seguridad del consumidor para cunas de bebé/parques de juego que no son de tamaño completo. Las cunas portátiles están diseñadas para doblarse o rebatirse con o sin desmontaje. Aunque las cunas portátiles no están diseñadas para soportar el deterioro habitual de las cunas de tamaño completo, pueden brindar mayor flexibilidad para programas que varían la cantidad de bebés a su cuidado ocasionalmente.

Las cunas diseñadas para ser usadas como cunas de evacuación pueden usarse para evacuar a los bebés, si es posible rodar en la ruta de evacuación.

Para mantener los cordones de persianas fuera del alcance de los niños, el personal puede usar dispositivos de amarre o cortar el cordón a la mitad para que haya dos cordones separados. Los consumidores pueden llamar al 1-800-506-4636begin\_of\_the\_skype\_highlighting 1-800-506-4636 end\_of\_the\_skype\_highlighting o visitar el sitio web del Consejo de Seguridad sobre Cortinas y Persianas en <http://windowcoverings.org> para recibir un kit de reparación gratuito para cada persiana.

## 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 \(SMSL\)](#)

[5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir](#)

[5.4.5.3 Cunas apilables](#)

[6.4.1.3 Juguetes en la cuna](#)

## REFERENCIAS

1. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). Are your window coverings safe? <http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/5009a.pdf>.
2. Juvenile Products Manufacturers Association. 2007. Safe and sound for baby: A guide to juvenile product safety, use, and selection. 9.<sup>a</sup> edición. Moorestown, NJ: JPMA. <http://www.jpma.org/content/retailers/safe-and-sound/>.

3. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). 1996. CPSC warns parents about infant strangulations caused by failure of crib hardware. <http://www.ridgevfd.org/content/prevent/sleepwear.pdf>
4. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). 1997. The safe nursery. Washington, DC: CPSC. <http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/202.pdf>.
5. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). 2010. Safety standards for full-size baby cribs and non-full-size baby cribs; final rule. 16 CFR 1219, 1220, and 1500. <http://www.cpsc.gov/businfo/frnotices/fr11/cribfinal.pdf>.
6. ASTM International. 2010. ASTM F406-10b: Standard consumer safety specification for non-full-size baby cribs/play yards. West Conshohocken, PA: ASTM.
7. ASTM International. 2010. ASTM F1169-10a: Standard consumer safety specification for full-size baby cribs. West Conshohocken, PA: ASTM.

### Norma 5.4.5.3: Cunas apilables

No se recomienda el uso de cunas apilables (es decir, cunas que están fabricadas de una manera que hay dos o tres cunas una encima de la otra que no tocan el piso) en los centros. En los centros de mayor antigüedad, en los que estas cunas ya están incorporadas en la estructura del centro, el personal debe desarrollar un plan para dejar de usar estas cunas.

Si se usan cunas apilables, deben cumplir con la norma federal vigente de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC) para cunas que no son de tamaño completo, 16 CFR 1220. Además, deberían estar a una distancia de tres pies, y el personal que coloca o saca a un niño de una cuna que no puede alcanzar desde el piso debe usar un dispositivo estable para trepar, como una escalera permanente, en lugar de pararse en un banquito o silla. Los bebés que pueden sentarse, incorporarse solos, etc., no deben colocarse en cunas apilables.

#### FUNDAMENTO

Las cunas apilables están diseñadas para ahorrar espacio al tener una cuna instalada sobre la otra. Aunque pueden ser prácticas desde el punto de vista de ahorrar espacio, los bebés en el nivel superior de las cunas apilables estarán a una altura de varios pies por encima del piso. Los bebés que se caen desde varios pies o más pueden sufrir una hemorragia intracraneal (es decir, sangrado grave dentro del cráneo). Aunque no ha habido informes de lesiones, existe la posibilidad de lesión como resultado del mal funcionamiento de pestillos o si un cuidador/maestro se resbala o se cae mientras coloca o saca a un niño de la cuna. La mejor práctica es colocar al bebé a dormir en un entorno seguro para dormir (cuna con certificación de seguridad con un colchón firme y sábanas bien ajustadas) a un nivel cercano al piso.

Se requiere una distancia mínima de tres pies entre las cunas porque las infecciones respiratorias son transmitidas por gotas grandes de secreciones respiratorias, que generalmente se limitan a un rango de menos de tres pies desde la persona infectada (1,2).

Los niños pequeños que son colocados en cunas apilables pueden tener dificultades para dormir porque pueden no estar acostumbrados a dormir en este tipo de equipo. Además, requerirle al personal usar cunas apilables puede causarles preocupación y miedo con respecto a su responsabilidad si se produce una lesión.

#### COMENTARIOS

Muchas reglamentaciones estatales de licencias de cuidado infantil prohíben el uso de cunas apilables. Si las cunas apilables no están prohibidas en el estado del cuidador/maestro y se usan, los padres/tutores deben ser informados y se debe tener mucho cuidado para asegurarse de que ningún bebé se caiga de las cunas de mayor nivel debido al potencial de lesión. Cualquier lesión que se sospeche que esté relacionada con el uso de cunas apilables debe informarse a la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC) de los EE. UU. al 1-800-638-2772 o <http://www.cpsc.gov>.

#### TIPO DE INSTALACIONES

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

#### NORMAS RELACIONADAS

[5.4.5.1](#) Equipo e insumos para dormir

[5.4.5.2](#) Cunas

#### REFERENCIAS

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

- Kimberlin, D.W., Brady, M.T., Jackson, M.A., Long, S.S., eds. 2015. *Red book: 2015 report to the committee of infectious diseases*. 30<sup>ta</sup> ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.

### Norma 6.4.1.3: Juguetes en la cuna

Los gimnasios de cuna, juguetes en la cuna, móviles, espejos y todos los objetos/juguetes están prohibidos en la cuna o colocados a la cuna de un bebé. Los elementos o juguetes no deben estar colgando del techo sobre la cuna del bebé.

#### FUNDAMENTO

Los objetos que se caen pueden causar lesión a un bebé que está acostado en una cuna.

La presencia de gimnasios en la cuna presenta un posible peligro de estrangulación para bebés que pueden levantar su cabeza sobre la superficie de la cuna. Estos niños pueden caerse a través del gimnasio de la cuna y no poder salir por sí mismos de esa posición (1).

La presencia de móviles, juguetes en la cuna, espejos, etc. presentan un posible peligro si un bebé puede alcanzar y/o tirar los objetos (1). Algunos animales de peluche y otros objetos que cuelgan de cuerdas pueden envolverse alrededor del cuello de un niño (2).

Los objetos/juguetes suaves pueden causar asfixia.

#### COMENTARIOS

Los juguetes decorativos o pequeños a menudo cuelgan sobre un bebé para proporcionar estimulación; sin embargo, la cuna se debe usar solo para dormir. La cuna no se recomienda como lugar para entretener a un bebé o para "contener" a un bebé. Si un bebé no está contento en una cuna, se debe sacar al bebé de allí.

Incluso si ésta es la mejor práctica para los bebés en cualquier entorno, la recomendación de prohibir todos los gimnasios de cuna, móviles y todos los juguetes/objetos en cunas o colocadas en éstas pueden diferir de lo que se hace en el hogar del bebé. Los cuidadores/maestros tienen una responsabilidad profesional de garantizar un ambiente seguro para los niños; por lo tanto, los entornos de cuidado infantil se conservan en el estándar más elevado, garantizando la eliminación de posibles peligros.

#### 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 Muerte súbita inesperada del lactante (SUID, por sus siglas en inglés)/Reducción del riesgo de SMSL

#### REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. 2005. Policy statement: The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 116:1245-55.
- U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). CPSC warns of strangulation with crib toys. Alerta de Seguridad de Productos del Consumidor. <http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/5024.pdf>.

### Norma 2.2.0.2: Limitar el tiempo del bebé/niño pequeño en cunas, sillas altas, asientos de vehículos, etc.



Un niño no debe sentarse en una silla alta u otro equipo que limite su movimiento (1,2) en interiores o exteriores por más de quince minutos, que no sea en las comidas o en la hora de la merienda. Los niños nunca deben quedar fuera de la vista y atención de los cuidadores/maestros adultos mientras están en estos tipos de equipos/muebles. Se debe alentar a un ambiente menos restringido en todo momento. No se debe dejar que los niños duerman en equipos, como asientos para el automóvil, columpios o asientos para bebés que no cumplan con las normas de seguridad de productos ASTM International (ASTM) para equipos para dormir.

#### FUNDAMENTO

Los niños están continuamente desarrollando sus habilidades físicas. Necesitan oportunidades para usar y desarrollar sus habilidades físicas. Esto es especialmente verdadero para bebés y niños pequeños que están ansiosos por usar sus cuerpos para explorar su entorno. Los períodos extensos de tiempo en la cuna, silla alta, asiento de vehículos u otro espacio restringido limita su crecimiento físico y además afecta sus interacciones sociales. Las lesiones y el Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) han ocurrido cuando se ha dejado a los niños durmiendo en los asientos de vehículos o asientos para bebés cuando las correas han atrapado partes del cuerpo, o los niños han dado vuelta los asientos mientras están en ellos. Dormir en una posición sentada puede restringir la respiración y causar desaturación de oxígeno en bebés pequeños (3). Se debe dormir en equipos fabricados para esta actividad física.

Cuando los niños están despiertos, restringirlos a un asiento puede limitar las interacciones sociales. Estas interacciones sociales son esenciales para que los niños obtengan habilidades del idioma, desarrollen autoestima y creen relaciones (4).

## 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)

5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir

5.4.5.2 Cunas

3.1.3.1 Oportunidades activas para la actividad física

5.3.1.10 Requisitos para equipos infantiles con restricción de movimiento

## REFERENCIAS

1. New York State Office of Children and Family Services. Sitio web. <http://www.ocfs.state.ny.us/main/>.
2. Bass, J. L., M. Bull. 2008. Oxygen desaturation in term infants in car safety seats. *Pediatrics* 110:401-2.
3. Benjamin, S.E., S.L. Rifas-Shiman, E.M. Taveras, J. Haines, J. Finkelstein, K. Kleinman, M.W. Gillman. 2009. Early child care and adiposity at ages 1 and 3 years. *Pediatrics* 124:555-62.
4. Kornhauser Cerar, L., C.V. Scirica, I. Stucin Gantar, D. Osredkar, D. Neubauer, T.B. Kinane. 2009. A comparison of respiratory patterns in healthy term infants placed in car safety seats and beds. *Pediatrics* 124:e396-e402.

### Norma 5.3.1.10: Requisitos para equipos infantiles con restricción de movimiento

Los equipos infantiles con restricción de movimiento como hamacas, centros de actividades fijos (por ej., gimnasios para bebés), asientos infantiles (por ej., mecedoras), asientos para auto, etc., si se usan, solo deben usarse por períodos cortos de tiempo (un máximo de quince minutos dos veces al día) (1). Los niños no deben ser colocados en equipos hasta que no estén listos para ello a nivel del desarrollo. Se debe supervisar a los niños cuando usen los equipos. Las correas de seguridad deben usarse si las brinda el fabricante para el equipo. Los equipos no pueden colocarse sobre superficies elevadas, superficies desniveladas, cerca de la parte superior de escaleras o con alcance a peligros de seguridad. Los centros de actividades fijos deben usarse con las patas estabilizadores hacia abajo en posición bloqueada. No se les debe permitir a los niños dormir en equipos que no fueron fabricados como equipos de descanso/sueño para niños. Está prohibido el uso de asientos saltarines (fijados al marco de la puerta o al techo) y andadores para bebés.

## FUNDAMENTO

Mantener a un bebé confinado en un equipo infantil le impide tener un movimiento activo. Los bebés necesitan tener la oportunidad de jugar en el suelo en un área abierta y segura para desarrollar sus habilidades motrices gruesas. Si los bebés no tienen la oportunidad de pasar tiempo en el suelo, su desarrollo se puede ver afectado o retrasado (2). La forma de la cabeza del bebé puede verse afectada si se aplica presión con frecuencia y por períodos largos de tiempo. Esta deformidad del cráneo se denomina plagiocefalia. Debido a la recomendación de dormir sobre la espalda, el cráneo del bebé ya sufre una gran cantidad de tiempo con presión sobre la parte posterior de la cabeza. Cuando se mantiene a un bebé en un equipo infantil como un asiento o una hamaca, la presión nuevamente se aplica en la parte posterior de la cabeza; así, se incrementa la probabilidad de sufrir plagiocefalia. Para prevenir la plagiocefalia y promover un desarrollo normal, los bebés deberían pasar tiempo sobre sus estómagos cuando estén despiertos y supervisados (3). Los bebés no están bien protegidos en equipos con restricción de movimiento y pueden ser lastimados por animales u otros niños. Otros niños o animales pueden agarrarse, trepar o saltar sobre o dentro del equipo; por lo tanto, se requiere supervisión durante su uso. Las correas de seguridad deben usarse para prevenir lesiones y muerte de los bebés; ha habido casos de bebés que se cayeron del equipo o que fueron estrangulados cuando no se usaron correas de seguridad (10).

Los equipos siempre deben colocarse sobre el piso y lejos de la parte superior de escaleras para evitar caídas; ha habido casos de bebés que sufrieron lesiones porque el equipo se empujó o se cayó desde una superficie elevada o la parte superior de escaleras. La superficie o suelo debajo del equipo tiene que estar a nivel para prevenir el riesgo de que el equipo se voltee. Es fundamental que el equipo esté lejos de posibles peligros de seguridad como muebles, cables de aparatos que cuelgan, cortinas, correas de persianas, superficies calientes, etc. para que los niños no puedan llegar a ellos. La recomendación de veinte minutos dos veces al día fue designada para que pueda medirse y monitorearse claramente el uso (1).

Los bebés no deben ser colocados en equipos, como centros de actividades fijos, que requieran sostener la cabeza por sí solos a menos que hayan dominado esta habilidad. Permitirles a los bebés dormir en equipos infantiles no está recomendado debido a la disminución documentada de la saturación de oxígeno del bebé causada por la flexión hacia abajo de la cabeza y el cuello a raíz de que los músculos de la cabeza y el cuello del bebé no están desarrollados por completo (8,9). Si un bebé se queda dormido en un equipo, el bebé debe ser retirado enseguida y acostado sobre su espalda en una cuna con seguridad aprobada.

Si las patas estabilizadoras de los centros de actividades fijos no están bajadas y bloqueadas en su lugar, el bebé sufre el riesgo de voltearse con el equipo y además genera un equipo inestable para que un bebé móvil se incorpore.

Los andadores para bebés son peligrosos porque mueven a los bebés demasiado rápido y hacia áreas peligrosas, como escaleras. La posición erguida también puede hacer que los niños en andadores se vuelquen o se acerquen a objetos que pueden tirar hacia ellos. Asimismo, los andadores pueden pasar por encima o chocarse con otras personas, causando dolor o lesiones. Muchas lesiones, algunas fatales, han sido asociadas a andadores para bebés (4-7). Ha habido varios casos de roturas de resortes/abrazaderas en varios modelos de asientos saltarines para bebés según la CPSC (7).

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

### 3.1.3.4 Aliento de los cuidadores/maestros para la actividad física

## REFERENCIAS

1. Warda, L., G. Griggs. 2006. Childhood Falls in Manitoba: CHIRPP Report: An assessment of injury severity and fall events by age group. Winnipeg: The Injury Prevention Centre of Children's Hospital. <http://www.mpeta.ca/documents/IOI/Falls.pdf>.
2. Kornhauser, C. L., C. V. Scirica, I. S. Gantar, D. Osredkar, D. Neubauer, T. B. Kinane. 2009. A comparison of respiratory patterns in healthy term infants placed in car safety seats and beds. *Pediatrics* 124: e396-e402.
3. Kinane, T. B., J. Murphy, J. L. Bass, M. J. Corwin. 2006. Comparison of respiratory physiologic features when infants are placed in car safety seats or car beds. *Pediatrics* 118:522-27.
4. Chowdhury, R. T. 2009. Nursery product-related injuries and deaths among children under age five. Washington, DC: U.S. Consumer Product Safety Commission. <http://www.cpsc.gov/library/nursery07.pdf>.
5. Shields, B. J., G. A. Smith. 2006. Success in the prevention of infant walker-related injuries: An analysis of national data, 1990-2001. *Pediatrics* 117: e452-59.
6. DiLillo, D., A. Damashek, L. Peterson. 2001. Maternal use of baby walkers with young children: Recent trends and possible alternatives. *Injury Prevention* 7:223-27.
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention. 2008. Policy statement: Injuries associated with infant walkers. *Pediatrics* 122:450.
8. American Academy of Pediatrics (AAP), Healthy Child Care America. 2008. De espalda para dormir, boca abajo para jugar. Elk Grove Village, IL: AAP. <http://www.healthychildcare.org/pdf/SIDStummytime.pdf>.
9. American Physical Therapy Association (APTA). 2008. Lack of time on tummy shown to hinder achievement of developmental milestones, say physical therapists. Press release.
10. National Association for Family Child Care, The Family Child Care Accreditation Project, Wheelock College. 2005. Quality standards for NAFCC accreditation, standard 4.5. 4.ª edición, Salt Lake City, UT: NAFCC. <http://www.nafcc.org/documents/QualStd.pdf>.



### Norma 5.3.1.1: Seguridad de los equipos, materiales y muebles

Los equipos, materiales, muebles y áreas de juego deben ser robustos, seguros y estar en buenas condiciones y deben cumplir con las recomendaciones de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC) de los EE. UU. para el control de los siguientes peligros de seguridad:

- a. Aberturas que podrían atrapar la cabeza o las extremidades de un niño;
- b. Superficies elevadas que no tienen protección adecuada;
- c. Falta de superficies especificadas y zonas de caída debajo y alrededor de equipos trepables;
- d. Tamaños y diseños de equipos no adecuados para los usuarios previstos;
- e. Espacio insuficiente entre los equipos;
- f. Peligros de tropiezos;
- g. Componentes que pueden pellizcar, cortar o aplastar tejidos del cuerpo;
- h. Equipos que se sabe que son peligrosos;
- i. Puntas o esquinas afiladas;
- j. Astillas;
- k. Clavos, pernos u otros componentes que sobresalen y que podrían engancharse en la ropa o la piel;

- l. Partes flojas y oxidadas;
- m. Piezas pequeñas peligrosas que pueden salirse durante el uso normal o abuso razonablemente predecible de los equipos y que presentan un peligro de asfixia, aspiración o ingestión para un niño;
- n. Peligros de estrangulamiento (por ejemplo, correas, cintas, etc.);
- o. Pintura descascarada;
- p. Pintura que contiene plomo u otros materiales peligrosos;
- q. Peligros de volcamiento, como baúles, bibliotecas y televisores.

## FUNDAMENTO

Los peligros indicados en esta norma son los que la CPSC determinó que son los más comúnmente asociados con lesiones (1). Un estudio realizado por el Centro de Investigación y Políticas sobre Lesiones de The Research Institute at Nationwide Children's Hospital determinó que de 1990 a 2007 un promedio de casi 15,000 niños menores de 18 años visitó las salas de urgencias anualmente por lesiones causadas por volcamiento de muebles (2).

## COMENTARIOS

Los equipos y muebles que no son robustos, seguros o no están en buenas condiciones pueden provocar caídas, atrapar la cabeza o extremidades de un niño o contribuir con otras lesiones. El mal estado puede exponer a los niños a objetos peligrosos. La ausencia de puntas, esquinas o bordes afilados debe juzgarse de acuerdo con el Código de Reglamentaciones Federales, Título 16, Artículo 1500.48 y 1500.49. La ausencia de piezas pequeñas debe juzgarse de acuerdo con el Código de Reglamentaciones Federales, Título 16, Parte 1501. Para obtener estas publicaciones, comuníquese con el Superintendente de Documentos de las Imprenta del Gobierno de los EE. UU. Para obtener asistencia con la interpretación de reglamentaciones federales, comuníquese con la CPSC; la CPSC también cuenta con oficinas regionales.

Los equipos y muebles usados deben inspeccionarse minuciosamente para determinar si cumplen con esta norma antes de permitir que se coloquen en un centro de cuidado infantil. Si los equipos y muebles se deterioraron y están en mal estado, por lo que ya no son robustos o seguros, deben retirarse de todas las áreas de un centro de cuidado infantil a las que los niños tengan acceso. El personal debe realizar un control periódico para asegurarse de que los juguetes y equipos usados por los niños no hayan sido retirados del mercado. Se puede obtener una lista de productos retirados del mercado en <http://www.cpsc.gov>, o los centros pueden suscribirse a una lista de notificación por correo electrónico de la CPSC (consulte también NORMAS RELACIONADAS).

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

- 5.4.5.2 Cunas
- 3.4.6.1 Peligros de estrangulación
- 5.1.3.5 Dispositivos de protección contra pellizcos de dedos
- 5.1.6.6 Barandas y barreras de protección
- 5.3.1.2 Monitoreo de retirada de productos

## REFERENCIAS

1. Gottesman, B. L., L. B. McKenzie, K. A. Conner, G. A. Smith. 2009. Injuries from furniture tip-overs among children and adolescents in the United States, 1990-2007. *Clin Pediatrics* 48:851.
2. U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC). 2008. Public playground safety handbook. Bethesda, MD: CPSC. <http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/325.pdf>.

### Norma 5.3.1.2: Monitoreo de retirada de productos

Cada mes, el personal debería buscar información sobre retiradas de productos infantiles que pueden estar siendo usados en el centro. Son especialmente importantes las retiradas relacionadas con cunas, moisés y corrales portátiles para bebés que pueden usarse para que duerman los bebés. Asimismo, los cuidadores/maestros deben estar al tanto de retiradas de juguetes, equipos del patio de juegos, cochecitos y otros productos que los niños usan habitualmente en el centro de cuidado infantil.

## FUNDAMENTO

Las retiradas de productos del mercado suelen ser ineficaces en evitar el uso de los productos peligrosos porque los dueños/usuarios no están al tanto de la retirada. Ha habido casos de niños que murieron en entornos de cuidado infantil por lesiones relacionadas con equipos para dormir que habían sido retirados del mercado.

## COMENTARIOS

La Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC) de los EE. UU. ofrece un servicio gratuito de suscripción a correos electrónicos para recibir avisos de retirada de productos del mercado en <http://www.cpsc.gov/cpsclist.aspx>. Los suscriptores pueden indicar que solo quieren recibir avisos sobre retiradas de productos infantiles.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

5.4.5.2 Cunas

5.3.1.1 Seguridad de los equipos, materiales y muebles

6.4.1.2 Inaccessibilidad de juguetes u objetos para los niños menores de tres años



### Norma 3.4.1.1: Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas

El uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas debe estar prohibido en las instalaciones del programa (tanto en interiores y exteriores.), durante el horario de trabajo, incluso los recreos, y en cualquier vehículo utilizado por el programa en todo momento. Los cuidadores/maestros deben tener prohibido usar ropa que huele a humo cuando trabajan o son voluntarios. También debe estar prohibido el uso de drogas legales (por ej., marihuana, narcóticos recetados, etc.) que tienen efectos secundarios que reducen la habilidad de supervisar y cuidar adecuadamente a los niños o de operar vehículos del programa.

## FUNDAMENTO

La evidencia científica ha asociado riesgos para la salud respiratoria debido al humo indirecto. Ningún niño, especialmente con problemas respiratorios, debe estar expuesto a riesgo adicional del aire que respiran. Los bebés y niños pequeños expuestos a humo indirecto tienen riesgo de asma severa; desarrollar bronquitis, neumonía e infecciones del oído medio cuando experimentan infecciones respiratorias comunes; y el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) (1-6). La separación de los fumadores de los no fumadores dentro del mismo espacio del aire no eliminar ni minimiza la exposición de los no fumadores al humo indirecto. La contaminación por el humo del tabaco se queda después de que se apaga el cigarrillo y los niños entran en contacto con las toxinas (7). La exposición al humo de tercera mano también presenta peligros.

El humo de tercera mano son los gases y las partículas que quedan en el pelo y la ropa de los fumadores, los almohadones y las alfombras y el equipo de exteriores, después de que se ha disipado el humo del tabaco (8). El residuo incluye metales pesados, carcinógenos y materiales radioactivos que los niños pequeños pueden tener en sus manos e ingerir, especialmente si gatean o juegan en el piso. Las toxinas residuales por fumar en momentos cuando los niños no están usando el espacio pueden desencadenar asma y alergias cuando los niños usan el espacio (2,3).

Los cigarrillos y los materiales que se utilizan para encenderlos también presentan un riesgo de quemadura o incendio. De hecho, los cigarrillos que usan los adultos son la causa principal de ignición de incendios domésticos fatales (9).

El uso de alcohol, el uso de drogas ilegales y legales y el uso indebido de fármacos recetados o de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) impiden que los cuidadores/maestros brinden el cuidado apropiado a los bebés y niños porque afectan la coordinación motora, el criterio y el tiempo de respuesta. El cuidado infantil seguro necesita cuidadores/maestros alertas y no afectados.

No está prohibido uso de bebidas alcohólicas y drogas legales en los hogares de cuidado infantil familiar cuando los niños ya no están, pero estos elementos se deben guardar de manera segura en todo momento.

## COMENTARIOS

Debido a la edad, la vulnerabilidad y la dependencia en el criterio de los cuidadores/maestros de los niños bajo su cuidado, esta prohibición es un requisito rotundo.

A medida que más estados comienzan a legalizar la marihuana para fines recreativos o medicinales, es importante que los cuidadores/maestros conozcan el impacto que tiene la marihuana que se usa para fines medicinales o recreativa tiene en la habilidad para brindar cuidado seguro. Es esencial que el personal dé el ejemplo de un comportamiento seguro y saludable en todo momento para el cuidado y educación de niños pequeños.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

5.2.9.1 Uso y almacenamiento de sustancias tóxicas

9.2.3.15 Políticas que prohíben fumar, el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y sustancias tóxicas

## REFERENCIAS

## 1. REFERENCIAS ADICIONALES:

- Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2009. Facts: Preventing residential fire injuries. <http://www.cdc.gov/injury/pdfs/Fires2009CDCFactSheet-FINAL-a.pdf>.
- 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/>.
- Children's Hospital Colorado. 2016. Acute marijuana intoxication. <https://www.childrenscolorado.org/conditions-and-advice/conditions-and-symptoms/conditions/acute-marijuana-intoxication/>.
2. 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>
  3. Winickoff, J. P., J. Friebely, S. E. Tanski, C. Sherrod, G. E. Matt, M. F. Hovell, R. C. McMillen. 2009. Beliefs about the health effects of "thirdhand" smoke and home smoking bans. *Pediatrics* 123: e74-e79.
  4. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Secondhand Smoke What It Means to You. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhand-smoke-consumer.pdf>.
  5. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Secondhand Smoke What It Means to You. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhand-smoke-consumer.pdf>.
  6. Schwartz, J., K. L. Timonen, J. Pekkanen. 2000. Respiratory effects of environmental tobacco smoke in a panel study of asthmatic and symptomatic children. *Am J Resp Crit Care Med* 161:802-6.
  7. U.S. Department of Health and Human Services. 2007. *Children and secondhand smoke exposure*. Excerpts from the health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
  8. Academia Americana de Pediatría. Healthychildren.org. 2015. The dangers of secondhand smoke. <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/tobacco/Pages/Dangers-of-Secondhand-Smoke.aspx>.
  9. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2016. Health effects of secondhand smoke. [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/secondhand\\_smoke/health\\_effects/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/).
  10. 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. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/10/20/peds.2016-2938>.

## NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 1/12/2017.

## Educación sobre el sueño seguro y reducir el riesgo de SMSL

### Base de conocimientos

#### Norma 1.3.1.1: Calificaciones generales de los directores



El director de un centro que inscribe a menos de sesenta niños debe tener al menos veintiún años y alguna de las siguientes calificaciones:

- a. Tener como mínimo una licenciatura de bachillerato con al menos nueve horas de créditos reconocidos de trabajo de curso de nivel universitario especializado en

- administración, liderazgo, o gerencia, y por lo menos veinticuatro horas de créditos reconocidos de trabajo de curso de nivel universitario en educación de primera infancia, desarrollo infantil, educación primaria, o educación especial de primera infancia que trate el desarrollo infantil, aprendizaje desde el nacimiento hasta kindergarten, salud y seguridad, y colaboración con asesores O documentos que cumplan con una combinación apropiada de educación y experiencias laborales relevantes (6);
- b. Un certificado válido de finalización exitosa de primeros auxilios pediátricos que incluya RCP;
  - c. Conocimiento de los recursos de salud y seguridad y acceso a educación, salud y consultores de salud mental;
  - d. Conocimiento de recursos de la comunidad disponibles para niños con necesidades de atención de la salud especiales y la capacidad de usar estos recursos para hacer derivaciones o lograr coordinación entre agencias;
  - e. Habilidades administrativas y de manejo en operaciones de la instalación;
  - f. Capacidad en diseño e implementación del plan de estudios, garantizando que esté vigente un plan de estudios efectivo;
  - g. Habilidades de comunicación oral y escrita;
  - h. Certificado de finalización satisfactoria de instrucción en administración de medicamentos;
  - i. Habilidades de experiencia de vida demostradas en trabajo con niños en más de un entorno;
  - j. Habilidades interpersonales;
  - k. Verificación de antecedentes limpia.

Conocimiento sobre capacitación/asesoramiento para padres y la capacidad de comunicarse efectivamente con padres/tutores sobre cuestiones de comportamiento y desarrollo, progreso del niño, y creación de un plan de intervención que comience con cómo el centro tratará los desafíos y cómo esto ayudará si estos esfuerzos no son efectivos.

El director de un centro que inscribe a más de sesenta niños debe tener lo anteriormente mencionado y por lo menos tres años de experiencia como maestro de niños en el/los grupo(s) de edad inscripto(s) en el centro donde la persona actuará como el director, además de al menos seis meses de experiencia en administración.

## FUNDAMENTO

El director de la instalación es el líder del equipo de una empresa pequeña. Tanto las habilidades administrativas como de desarrollo infantil son esenciales para que esta persona maneje la instalación y establezca las expectativas apropiadas. Se ha demostrado que el trabajo de curso de nivel universitario tiene un efectivo mensurable, positivo sobre el cuidado infantil de calidad, mientras que la experiencia propiamente dicho no lo tiene (1-3,5).

El director de un centro tiene una función fundamental en garantizar el funcionamiento adecuado diario de la instalación dentro del marco de los principios de desarrollo infantil apropiados y conocimiento de las relaciones familiares (6).

El bienestar de los niños, la confianza de los padres/tutores de los niños en el cuidado de la instalación, y la moral superior y crecimiento profesional constante del personal dependen en gran medida del conocimiento, habilidades, y presencia fiable de un director que pueda responder a necesidades inmediatas y de largo alcance y comprometer al personal en la toma de decisiones que afecta a su práctica diaria (5,6). Las habilidades de manejo son importantes y se deben ver principalmente como medio de apoyo para la función principal del liderazgo educativo que brinda un director (6). Un director calificado debe saber cómo usar a los consultores de cuidado y educación en la primera infancia, tales como salud, educación, salud mental y recursos de la comunidad e identificar al personal especializado para enriquecer el entendimiento del personal sobre contenido de salud, desarrollo, comportamiento y plan de estudios. La experiencia pasada de trabajar en un entorno de primera infancia es fundamental para dirigir una instalación.

La experiencia de vida puede incluir experiencia sobre la crianza de los propios hijos de uno o de experiencia personal previa adquirida en cualquier entorno de cuidado infantil. Trabajar como auxiliar de hospital o en un campamento para niños con necesidades de atención de la salud especiales calificaría, al igual que la experiencia entornos escolares. Sin embargo, esta experiencia se debe complementar mediante capacitación basada en la competencia para determinar y proporcionar cualquiera de las nuevas habilidades que sean necesarias para cuidar a niños en entornos de cuidado infantil.

## COMENTARIOS

La profesión de educación en la primera infancia está siendo informada mediante investigación sobre la asociación de resultados de desarrollo con prácticas específicas. La combinación exacta de trabajo de curso universitario y experiencia supervisada todavía se está desarrollando. Por ejemplo, la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC) ha publicado Estándares para Programas de preparación profesional en la primera infancia (4). La Asociación Nacional de Cuidado Infantil (NCCA, por sus siglas en inglés) ha desarrollado un plan de estudios basado en competencias del administrador, más información sobre la NCCA está disponible en <http://www.nccanet.org>.

### TIPO DE INSTALACIONES

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

### NORMAS RELACIONADAS

#### 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 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

## REFERENCIAS

1. Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC). 2007. Early childhood program standards and accreditation criteria. Washington, DC: NAEYC.
2. Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC). 2009. Standards for early childhood professional preparation programs. Washington, DC: NAEYC. <http://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/ProfPrepStandards09.pdf>.
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>.
4. Helburn, S., ed. 1995. Cost, quality and child outcomes in child care centers. Denver, CO: University of Colorado en Denver.
5. Howes, C. 1997. Children's experiences in center-based child care as a function of teacher background and adult:child ratio. Merrill-Palmer Q 43:404-24.
6. Roupp, R., J. Travers, F. M., Glantz, C. Coelen. 1979. Children at the center: Summary findings and their implications. Vol. 1 del informe final del estudio de cuidado de día Nacional. Cambridge, MA: Abt Associates.

### Norma 1.3.2.4: Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños desde el nacimiento hasta los treinta cinco meses de edad

Los cuidadores/maestros deben estar preparados para trabajar con bebés y niños pequeños y, cuando se les pida, deben tener conocimiento y competencia demostrable en tareas asociadas con el cuidado de bebés y niños pequeños:

- a. Cambiar pañales e ir al baño;
- b. Dar un baño;
- c. Alimentar, incluso apoyo para continuar con la lactancia;
- d. Abrazar;
- e. Reconfortar;
- f. Practicar prácticas seguras para dormir para reducir el riesgo de Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (3);
- g. Brindar cuidado y oportunidades acogedoras, constantes y receptivas para actividades iniciadas por el niño;
- h. Estimular la comunicación y el desarrollo del lenguaje y las habilidades prelectoras a través del juego, la lectura compartida, las canciones, rimas y mucha charla;
- i. Promover el desarrollo cognitivo, físico y socio-emocional;
- j. Prevenir el síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso;
- k. Promover la salud mental del bebé;
- l. Promover comportamientos positivos;
- m. Fijar límites apropiados para la edad con respecto a seguridad, salud y respeto mutuo;
- n. Usar rutinas para enseñar a los niños qué esperar de los cuidadores/maestros y lo que los cuidadores/maestros esperan de ellos.

Los cuidadores/maestros deben demostrar conocimiento del desarrollo de los bebés y niños pequeños, así como también conocimiento de indicadores de que un niño no se está desarrollando normalmente; conocimiento de la importancia del apego para bebés y niños pequeños, la importancia de la comunicación y el desarrollo del lenguaje, y la importancia de fomentar relaciones consistentes para promover el desarrollo positivo de autosuficiencia.

Para ayudar a manejar los comportamientos atípicos o no deseados de niños, cuidadores/maestros, en colaboración con padres/tutores, deben buscar consulta profesional del proveedor de atención primaria del niño, un profesional de salud mental de la primera infancia, o un consultor de salud mental de la primera infancia.

## FUNDAMENTO

El desarrollo del cerebro de los bebés es particularmente sensible a la calidad y consistencia de las relaciones interpersonales. Gran parte de la estimulación del desarrollo del cerebro proviene de las interacciones de respuesta de los cuidadores/maestros y de los niños durante las rutinas diarias. Los niños necesitan que se les permita buscar sus intereses dentro de límites seguros y que se los aliente a alcanzar nuevas habilidades (1-7).

## COMENTARIOS

Debido a que los profesionales de la salud mental de la primera infancia no siempre están disponibles para ayudar con el manejo de los comportamientos desafiantes en el entorno de cuidado y educación en la primera infancia, los consultores de salud mental de la primera infancia pueden ser capaces de ayudar. El consultor debe verse como una parte importante del personal de apoyo del programa y debe colaborar con todo el personal regular del aula, con los consultores y con otro personal. Los posibles consultores calificados se pueden identificar contactando a los proveedores de salud mental y comportamiento en el área local, así como también accediendo al Centro Nacional de Información de Salud Mental (NMHIC, por sus siglas en inglés) en <http://store.samhsa.gov/mhlocator/> y a Healthy Child Care America (HCCA) en <http://www.healthychildcare.org/Contacts.html>.

## 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)
  - 1.3.1.1 Calificaciones generales de los directores
  - 1.3.1.2 Rol combinado de director/maestro
  - 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 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
  - 1.6.0.3 Consultores de salud mental de la primera infancia
    - 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
    - 4.3.1.8 Técnicas para la alimentación con biberón
    - 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
- 4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
- 4.3.1.12 Alimentar alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés

## REFERENCIAS

1. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Learn the signs. Act early. <http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/>.
2. Cohen, J., N. Onunaku, S. Clothier, J. Poppe. 2005. Helping young children succeed: Strategies to promote early childhood social and emotional development. Washington, DC: National Conference of State Legislatures; Zero to Three. [http://main.zerotothree.org/site/DocServer/help\\_yng\\_child\\_succeed.pdf](http://main.zerotothree.org/site/DocServer/help_yng_child_succeed.pdf).
3. Shonkoff, J. P., D. A. Phillips, eds. 2000. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academy Press.
4. Shore, R. 1997. Rethinking the brain: New insights into early development. New York: Families and Work Inst.
5. 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>.
6. Moon, R. Y., T. Calabrese, L. Aird. 2008. Reducing the risk of sudden infant death syndrome in child care and changing provider practices: Lessons learned from a demonstration project. *Pediatrics* 122:788-98.
7. Foro nacional sobre Política y programas de la primera Infancia, Científico Nacional sobre el Niño en Desarrollo. 2007. A science-based framework for early childhood policy: Using evidence to improve outcomes in learning, behavior, and health for vulnerable children. [http://developingchild.harvard.edu/index.php/library/reports\\_and\\_working\\_papers/policy\\_framework/](http://developingchild.harvard.edu/index.php/library/reports_and_working_papers/policy_framework/).

### Norma 1.3.3.1: Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros de cuidado infantil familiar que operan un hogar de cuidado infantil familiar



Todos los cuidadores/maestros en hogares de cuidado infantil familiar grandes y pequeños deben tener por lo menos veintiún años de edad, poseer una credencial oficial tal y como fue concedida por la agencia del estado autorizada, cumplir con los requisitos generales especificados en el Estándar 1.3.2.4 al Estándar 1.3.2.6, basándose en las edades de los niños a los que atienden, y aquellos en la Sección 1.3.3, y deben tener la siguiente educación, experiencia y habilidades:

- a. Acreditación actual de la Asociación Nacional para el Cuidado Infantil Familiar (NAFCC, por sus siglas en inglés) (incluso calificaciones y participación en capacitación requerida de nivel inicial) y un certificado de universidad que represente un mínimo de tres horas crédito de liderazgo de educación de primera infancia o capacitación docente en cuidador/maestro o poseer un grado de Bachiller en educación de primera infancia o desarrollo infantil;
- b. Un proveedor que ha estado en el campo menos de doce meses debe estar en la fase de autoestudio de acreditación de la NAFCC;
- c. Un certificado válido en primeros auxilios pediátricos que incluya RCP;
- d. Capacitación previa al servicio en manejo de la salud en cuidado infantil, incluso la capacidad de reconocer signos de enfermedad, conocimiento de prevención de enfermedades infecciosas y peligros de lesiones de seguridad;
- e. Si se cuida a bebés, conocimiento de prácticas seguras para dormir que incluyen reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y prevención de sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso (incluso cómo manejar a un bebé que llora);
- f. Conocimiento del desarrollo infantil normal, así como también el conocimiento de los indicadores de que un niño no se está desarrollando normalmente;
- g. La habilidad de responder apropiadamente a las necesidades de los niños;
- h. Buenas habilidades de comunicación oral y escrita;
- i. Predisposición para recibir tutoría continua de otros maestros;
- j. Capacitación previa al servicio en prácticas comerciales;
- k. Conocimiento de la importancia de enriquecer las relaciones adulto-niño sobre el desarrollo de la autosuficiencia;
- l. Capacitación en administración de medicamentos (6).

Además, los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar grandes deben tener por lo menos un año de experiencia en atender las edades y habilidades de desarrollo de los niños en su hogar de cuidado infantil familiar grande.

Los asistentes, ayudantes y voluntarios empleados por un hogar de cuidado infantil familiar grande debe cumplir con las calificaciones especificadas en el Estándar 1.3.2.3.

## FUNDAMENTO

En los hogares de cuidado infantil familiar grandes y pequeños, los miembros del personal deben tener la educación y experiencia para cumplir con las necesidades de los niños en cuidado (7). 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 su cuidado. La mayoría de las muertes por SMSL en el cuidado infantil se producen el primer día de cuidado o dentro de la primera semana; la posición prona (boca a abajo) para dormir no acostumbrada aumenta dieciocho veces el riesgo de SMSL (3). El síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso es completamente prevenible. La capacitación previa al servicio y la capacitación de repaso frecuente puede prevenir las muertes (4).

Es más probable que los cuidadores/maestros administren medicamentos a que realicen RCP. Siete mil niños por año requieren consultas al departamento de emergencias por año por problemas relacionados con medicamentos para la tos y el resfrío (5).

Los dieciocho años es la edad más temprana de consentimiento legal. Claramente, se prefiere el liderazgo maduro. Es más probable que la edad de veintiún años se asocie con el nivel de madurez necesario para cuidar de manera independiente un grupo de niños que no son los propios.

La NAFCC ha establecido un proceso de acreditación para mejorar el nivel de calidad y profesionalismo en cuidado infantil familiar grande y pequeño (2).

## COMENTARIOS

Un cuidador/maestro de hogar de cuidado infantil familiar grande, que cuida a más de seis niños y emplea a uno o más asistentes, funciona como el cuidador principal, así como también director de la instalación. A un operador de hogar de cuidado infantil familiar grande se le ofrecerá capacitación relevante al manejo de un centro de cuidado infantil pequeño, incluso capacitación sobre la prestación de un ambiente de trabajo de calidad para los empleados. Para más información sobre cómo evaluar el ambiente de trabajo de los empleados de cuidado infantil familiar, consulte *Cómo crear mejores trabajos de cuidado infantil familiar: Estándares de trabajo modelo*, una publicación del Center for the Child Care Workforce (CCW) (1).

## TIPO DE INSTALACIONES

Early Head Start, 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)

1.3.1.1 Calificaciones generales de los directores

1.3.2.4 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños desde el nacimiento hasta los treinta cinco meses de edad

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 del maestros y voluntarios

1.3.2.5 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños desde los tres hasta los cinco años de edad

1.3.2.6 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños en edad escolar

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

## REFERENCIAS

1. U.S. Department of Health and Human Services. 2008. CDC study estimates 7,000 pediatric emergency departments visits linked to cough and cold medication: Unsupervised ingestion accounts for 66 percent of incidents. Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC). <http://www.cdc.gov/media/pressrel/2008/r080128.htm>.
2. Moon, R. Y., T. Calabrese, L. Aird. 2008. Reducing the risk of sudden infant death syndrome in child care and changing provider practices: Lessons learned from a demonstration project. *Pediatrics* 122:788-98.
3. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Learn the signs. Act early. <http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/>.
4. Asociación Nacional para el Cuidado Infantil Familiar (NAFCC, por sus siglas en inglés). 2005. Quality standards for NAFCC accreditation. 4ta ed. Salt Lake City, UT: NAFCC.
5. Academia Americana de Pediatría, Consejo sobre Salud Escolar. 2009. Policy statement: Guidance for the administration of medication in school. *Pediatrics* 124:1244-51.
6. National Association for Family Child Care. Sitio web oficial de la NAFCC. <http://nafcc.net>.
7. Center for Child Care Workforce. 1999. Creating better family child care jobs: Model work standards. Washington, DC: Center for Child Care Workforce.

### 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. La persona más familiarizada con el niño y la familia del niño reconocerá 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

- 1.3.1.1 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 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
  - 3.1.2.1 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.



### 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 la seguridad, y ofrecer capacitación según corresponda;
- b. Evaluar el conocimiento de los padres/tutores de la salud, el desarrollo y la seguridad, y ofrecer capacitación según corresponda;
- c. Evaluar el conocimiento de los niños de la salud y la 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 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](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.

## Orientación, capacitación y educación continua

Norma 1.4.1.1: Capacitación previa al servicio



Además de las credenciales que se enumeran en la Norma 1.3.1.1, en el momento de empleo, un director o administrador de un centro o el cuidador/maestro principal en un hogar de cuidado infantil familiar debe brindar documentación de al menos treinta horas de reloj de capacitación previa al servicio. Esta capacitación debe cubrir temas de salud, psicosociales y de seguridad para los centros de cuidado infantil fuera del hogar. Los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños pueden tener hasta noventa días de capacitación segura después de abrir, excepto la capacitación en procedimientos básicos de salud y seguridad y requisitos regulatorios.

Todos los directores o administradores de programas y cuidadores/maestros deben documentar el recibo de capacitación previa al servicio antes de trabajar con niños, lo que incluye el siguiente contenido sobre las operaciones básicas del programa:

- a. Desarrollo infantil típico y atípico y la buena práctica apropiada para un rango de necesidades de salud mental y desarrollo, incluso conocimiento sobre las etapas de desarrollo para las edades de los niños inscriptos en el centro;
- b. Maneras positivas para apoyar el desarrollo del lenguaje, cognitivo, social y emocional, incluso la guía y disciplina apropiadas;
- c. Desarrollar y mantener relaciones con las familias de los niños inscriptos, incluso los recursos para obtener servicios de apoyo para las necesidades únicas de desarrollo de los niños;
- d. Procedimientos para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas, incluso lavado de manos, etiqueta para toser y estornudar, limpieza y desinfección de juguetes y equipos, cambiado de pañales, manipulación de alimentos, notificación al departamento de salud sobre enfermedades informales, y cuestiones de salud relacionadas con animales en el centro;
- e. Enseñar al personal y a los niños de cuidado infantil sobre el control de infecciones y prevención de lesiones mediante el ejemplo;
- f. Prácticas seguras para dormir, incluso reducir el riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) (posición del bebé para dormir y seguridad de la cuna);
- g. Prevención e identificación del síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso, incluso cómo lidiar con un bebé que llora/molesto.
- h. Prevención de envenenamiento y seguridad sobre venenos;
- i. Requisitos de vacunación para los niños y el personal;
- j. Enfermedades comunes de los niños y su manejo, incluso políticas de exclusión de cuidado infantil y reconocer los signos y síntomas de enfermedades graves;
- k. Reducción de lesiones y enfermedades a través del diseño y mantenimiento ambiental;
- l. Conocimiento de los informes de retirada de productos de la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor de los EE. UU. (CPSC, por sus siglas en inglés);
- m. Prácticas de salud y seguridad ocupacional del personal, como procedimientos adecuados, de acuerdo con las regulaciones sobre los patógenos transmitidos por la sangre de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA);
- n. Procedimientos para emergencias y preparación ante desastres, emergencias y otras situaciones amenazantes (incluso desastres naturales relacionados con el clima) y lesión a bebés y niños en cuidado;
- o. Promoción de la salud y seguridad en el entorno de cuidado infantil, incluso la salud del personal y trabajadoras embarazadas;
- p. Primeros auxilios, incluso RCP para bebés y niños;
- q. Reconocimiento y denuncia de abuso y abandono infantil en cumplimiento con las leyes estatales y conocimiento de los factores de protección para evitar el maltrato infantil;
- r. Nutrición y alimentación infantil apropiada para la edad, incluso preparación de comida, prevención de ahogamiento, planificación de menú y prácticas que apoyan la lactancia;
- s. Actividad física, incluso actividades apropiadas para la edad y limitar las conductas sedentarias;
- t. Prevención de la obesidad infantil y enfermedades crónicas relacionadas;
- u. Conocimiento de problemas de salud ambiental para niños y el personal;
- v. Conocimiento de las políticas y prácticas de administración de medicamentos;
- w. Cuidado de niños con necesidades especiales de atención de la salud, necesidades de salud mental y discapacidades de desarrollo conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés);
- x. Estrategias para implementar planes de cuidado para niños con necesidades especiales de atención de la salud e inclusión de todos los niños en las actividades;
- y. Enfoques positivos para apoyar la diversidad;
- z. Formas positivas para promover el desarrollo físico e intelectual.

## FUNDAMENTO

El director o el administrador del programa de un centro u hogar de cuidado infantil familiar grande o cuidador/maestro de un hogar de cuidado infantil familiar pequeño es la persona responsable de todas las políticas. El conocimiento de nivel básico de salud y seguridad y las necesidades sociales y emocionales es esencial para administrar el centro. Los cuidadores/maestros deben tener conocimiento de las enfermedades infecciosas y vacunas porque las políticas de salud bien implementadas pueden reducir la transmisión de enfermedades, no solo entre los niños, sino también entre los miembros del personal, miembros de la familia y la comunidad en general (1). El conocimiento de las medidas de prevención de lesiones en cuidado infantil es esencial para controlar los riesgos conocidos. La capacitación en primeros auxilios pediátricos que incluye RCP es importante porque el director o el cuidador/maestros del hogar de cuidado infantil familiar pequeño es completamente responsable de todos los aspectos de la salud de los niños en cuidado.

La administración de medicamentos y el conocimiento sobre el cuidado de niños con necesidades especiales de atención de la salud es esencial para mantener la salud y seguridad de los niños con necesidades especiales de atención de la salud. La mayoría de las muertes por SMSL en cuidado infantil ocurren el primer día de cuidado infantil o la primera semana debido a una posición prona (boca abajo) para dormir no acostumbrada; el riesgo de SMSL aumenta dieciocho veces cuando un bebé que duerme en posición supina (boca arriba) en el hogar es colocado en posición prona en el cuidado infantil (2). El síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso es completamente prevenible. Es esencial que los cuidadores/maestros tengan conocimiento de ambos síndromes y cómo prevenirlos antes de cuidar a bebés. La experiencia en primera infancia es necesaria para guiar el plan de estudio y las oportunidades para los niños en los programas (3). El mínimo de una credencial de Empleado de Desarrollo Infantil con un sistema de las horas de contacto requeridas, áreas de contenido específicas y un ciclo de renovación establecido además de un requisito de evaluación contribuiría significativamente al nivel de cuidado y educación para los niños.

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 basada en las necesidades del programa y las calificaciones previas al servicio del personal (4). La capacitación debe abordar las siguientes áreas:

- a. Salud y seguridad (específicamente reducir el riesgo SMSL, prácticas seguras para dormir al bebé, sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso) y prevención de envenenamiento y seguridad sobre venenos;
- b. Crecimiento y desarrollo infantil, incluso desarrollo motriz y actividad física apropiada;
- c. Nutrición y alimentación de niños;
- d. Planificación de actividades de aprendizaje para todos los niños;
- e. Técnicas de guía y disciplina;
- f. Enlaces a servicios de la comunidad;
- g. Comunicación y relaciones con las familias;
- h. Detección y denuncia de abuso y negligencia de menores;
- i. Defensoría de los programas de primera infancia;
- j. Cuestiones profesionales (5).

En el campo de la primera infancia, a menudo hay un "cruce" con respecto a la preparación profesional (programas previos al servicio) y el desarrollo profesional continuo (programas en servicio). Este campo es donde los requisitos de nivel inicial difieren en los diferentes sectores dentro del campo (por ej., enfermería, apoyo familiar y contabilidad también son campos con diferentes requisitos de nivel inicial). En la primera infancia, los requisitos difieren en el centro, el hogar y los entornos basados en la escuela. Una persona puede recibir preparación profesional (previa al servicio) para ser un miembro del personal docente en una organización basada en la comunidad y recibir educación y capacitación posterior como parte de un sistema de desarrollo profesional continuo (en servicio). La misma persona también puede estar en busca de un título para un rol de maestro en un programa donde se requiere licenciatura; este programa en servicio se consideraría educación previa al servicio para la posición de enseñanza certificada. Por lo tanto, las etiquetas previo al servicio y en servicio se deben considerar en relación con una posición en el campo, y no sobre la base del programa de desarrollo profesional de la personal (5).

## COMENTARIOS

La capacitación en control de enfermedades infecciosas y prevención de lesiones se puede obtener por parte de un consultor de salud de cuidado infantil, pediatras u otro personal calificado de los hospitales de niños y comunitarios, compañías de atención administrada, agencias de salud, departamentos de salud pública, MS y profesionales de bomberos, médicos de la sala de emergencia pediátrica u otros profesionales de salud y seguridad en la comunidad.

Para más información sobre las oportunidades de capacitación, contacte a la Agencia de Recursos de Cuidado Infantil de Derivación (CCRRA, por sus siglas en inglés) local, el capítulo local de la Academia Americana de Pediatría (AAP) (AAP brinda capacitación en línea en SMSL y administración de medicamentos), el Proyecto Healthy Child Care America o el Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana (NRC, por sus siglas en inglés). El Programa de Salud de Cuidado Infantil de California (CCHP, por sus siglas en inglés) tiene un plan de estudios gratuito de salud y seguridad para cuidadores/maestros para convertirse en defensores de salud de cuidado infantil. El plan de estudio (inglés y español) es gratis para descargar en la Web en <http://www.ucsfchildcarehealth.org/html/pandr/trainingcurrmain.htm>, y se basa en el Instituto Nacional de Capacitación para Consultores de Salud de Cuidado Infantil (NTI, por sus siglas en inglés) para consultores de salud de salud de cuidado infantil. La capacitación en línea para cuidadores/maestros también está disponible a través de algunas agencias del estado.

Para más información sobre la capacitación socioemocional, contacte al Centro sobre las Bases Sociales y Emocionales para el Aprendizaje Temprano (CSEFEL, por sus siglas en inglés) en <http://csefel.vanderbilt.edu>.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

- 1.3.1.1 Calificaciones generales de los directores
- 1.4.3.1 Capacitación en primeros auxilios y reanimación pulmonar para el personal
- 1.7.0.1 Evaluaciones de salud de adultos antes del empleo y continuas, incluso vacunación
- 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
- 9.2.4.5 Política de simulacros/ejercicios de evacuación y emergencia
- 9.4.3.3 Registro de capacitación

## REFERENCIAS

1. Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños. 2010. Definition of early childhood professional development, 12. Eds. M. S. Donovan, J. D. Bransford, J. W. Pellegrino. Washington, DC: National Academy Press.
2. Ritchie, S., B. Willer. 2008. Teachers: A guide to the NAEYC early childhood program standard and related accreditation criteria. Washington, DC: Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC).
3. Moon R. Y., R. P. Oden. 2003. Back to sleep: Can we influence child care providers? *Pediatrics* 112:878-82.
4. Hayney M. S., J. C. Bartell. 2005. An immunization education program for childcare providers. *J of School Health* 75:147-49.
5. 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 1.4.2.1: Orientación inicial de todo el personal

Todo el nuevo personal de tiempo completo y de medio tiempo deberá estar orientado a las políticas enumeradas en el Estándar 9.2.1.1 y en cualquier otro aspecto de su función. Los temas cubiertos y las fechas de capacitación de orientación se deberán documentar. Los cuidadores/maestros además deben recibir educación continua cada año, tal como se especifica en Educación Continua, Estándar 1.4.4.1 al Standard 1.4.6.2.

## FUNDAMENTO

La orientación garantiza que todos los miembros del personal reciban capacitación específica y básica para el trabajo que estarán haciendo y que se los informe sobre sus nuevas responsabilidades. Debido a la rotación frecuente de personal, los directores deben establecer programas de orientación regularmente (1). La orientación y la capacitación continua son especialmente importantes para los maestros ayudantes y asistentes, para los cuales los requisitos educativos previos al servicio son limitados. El ingreso al campo en el nivel de maestro ayudante o asistente debe ser atractivo y se debe facilitar para que los miembros de la familia y grupos culturales capaces de los niños en cuidado puedan ingresar al campo. La capacitación garantiza que se desafíe y estimule a los miembros del personal, que tengan acceso al conocimiento actual (2), y que tengan acceso a la educación que los calificará para los nuevos roles.

El uso de videos y otros métodos pasivos de capacitación se deben complementar mediante enfoques de capacitación interactiva que ayudan a verificar el contenido de la capacitación que se ha aprendido (3).

La capacitación de salud para el personal de cuidado infantil protege a los niños en cuidado, al personal y a las familias de los niños inscriptos. El control de enfermedades infecciosas en cuidado infantil previene la propagación de enfermedades infecciosas en la comunidad. Se ha demostrado que los brotes de enfermedades infecciosas y parásitos intestinales en niños pequeños en cuidado infantil están asociados con brotes comunitarios (4).

Los consultores de salud de cuidado infantil pueden ser un excelente recurso para proporcionar orientación de salud y seguridad o derivaciones para recursos para dicha capacitación.

## COMENTARIOS

Muchos estados tienen educación previa al servicio y calificaciones de experiencia para cuidadores/maestros por rol y función. Ofrecer una escala profesional y utilizar incentivos para el empleado como una Ayuda de Educación y Compensación para el Maestro (TEACH, por sus siglas en inglés) atraerá a las personas al campo de cuidado infantil, donde el trabajo está en escasez. Las universidades, cuerpos de acreditación y agencias de licencias del estado deben examinar las pautas de preparación para el maestro e incrementar sustancialmente el contenido de salud de la preparación profesional de la primera infancia. Los miembros del personal de cuidado infantil son figuras importantes en las vidas de los niños pequeños en su cuidado y en el bienestar de las familias y de la comunidad. La capacitación del personal de cuidado infantil debe incluir nuevos desarrollos en la salud de los niños. Por ejemplo; un nuevo programa de capacitación podría tratar sobre información actualizada sobre la prevención de la obesidad y su impacto en la aparición temprana de enfermedades crónicas.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil
- 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
- 9.2.1.1 Contenido de las políticas
- 9.4.3.3 Registro de capacitación

## REFERENCIAS

1. Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC). 2008. *Leadership and management: A guide to the NAEYC early childhood program standards and related accreditation criteria*. Washington, DC: NAEYC.
2. Crowley, A. A. 1990. Health services in child care-day care centers: A survey. *J Pediatr Health Care* 4:252-59.
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>.
4. Moon R. Y., R. P. Oden. 2003. Back to sleep: Can we influence child care providers? *Pediatrics* 112:878-82.



### Norma 1.5.0.1: Empleo de sustitutos

Se debe contratar a sustitutos para garantizar que se mantengan los requisitos y las proporciones de personal por niño para la supervisión directa en todo momento. Los sustitutos y los voluntarios deben tener al menos dieciocho años y deben cumplir con los requisitos especificados en las Normas 1.3.2.1-1.3.2.6. Aquellos sin licencias/certificados deben trabajar bajo supervisión directa y no deben quedarse solos con un grupo de niños.

Un sustituto debe completar los mismos procesos de verificación de antecedentes que el cuidador/maestro. Obtener sustitutos para brindar atención médica para los niños con necesidades de atención de la salud especiales es particularmente difícil. Un enfermero sustituto debe tener experiencia en brindar servicios médicos esperados. Las decisiones se deben tomar con respecto a si se permitirá que un padre/tutor brinde los servicios médicos necesarios en el lugar. Los sustitutos deben conocer los planes de atención (incluidos los procedimientos de emergencia) para niños con necesidades especiales de atención de la salud.

## FUNDAMENTO

El riesgo para los niños que están bajo el cuidado de cuidadores/maestros no calificados es el mismo que si el cuidador/maestro sea un sustituto pago o un voluntario (1).

## COMENTARIOS

Es difícil encontrar a sustitutos, especialmente a último minuto. La planificación de un grupo de sustitutos competente es esencial para la operación del cuidado infantil. Requerir que los sustitutos de hogares de cuidado infantil familiar obtengan certificación en primeros auxilios y RCP obliga a los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños a cerrar cuando no pueden ser cubiertos por un sustituto competente. Como cerrar un hogar de cuidado infantil familiar tiene un impacto negativo para las familias y los niños que atiende, se deben desarrollar sistemas para brindar hogares alternativos o sustitutos calificados para los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar.

La falta de respaldo para los cuidadores/maestros de cuidado infantil familiar es una responsabilidad inherente en este tipo de cuidado. Los padres/tutores que usan cuidado infantil familiar deben asegurarse de tener un cuidado alternativo apropiado, como familiares o amigos, para las situaciones cuando el cuidador/maestro normal del niño no pueda brindar el servicio.

Los sustitutos deben tener orientación y capacitación en los temas básicos de salud y seguridad. Los sustitutos no deben tener enfermedades infecciosas cuando brindan cuidado.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

**NORMAS RELACIONADAS**

- 1.3.2.4 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños desde el nacimiento hasta los treinta cinco meses de edad
- 1.3.3.1 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros de cuidado infantil familiar que operan un hogar de cuidado infantil familiar
  - 1.1.1.1 Proporciones para hogares de cuidado infantil familiar pequeños
  - 1.1.1.2 Proporciones para centros y hogares de cuidado infantil familiar grandes
  - 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
- 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
- 1.3.2.5 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños desde los tres hasta los cinco años de edad
- 1.3.2.6 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños en edad escolar
- 1.3.3.2 Redes de apoyo para el cuidado infantil familiar
- 1.5.0.2 Orientación de sustitutos
- 1.7.0.1 Evaluaciones de salud de adultos antes del empleo y continuas, incluso vacunación

**REFERENCIAS**

1. Asociación Nacional para el Cuidado Infantil Familiar (NAFCC, por sus siglas en inglés). Sitio web oficial de la NAFCC. <http://nafcc.net>.

**Norma 1.5.0.2: Orientación de sustitutos**

El director de un centro u hogar de cuidado infantil familiar grande y el cuidador/maestro de hogares de cuidado infantil familiar pequeños deben brindar capacitación de orientación a los sustitutos recién contratado, incluso una revisión de *todas* las políticas y procedimientos del programa (ver ejemplo que sigue). Esta capacitación debe incluir la oportunidad de una evaluación y una demostración repetida de la lección de capacitación. La orientación debe ser documentada en todos los entornos de cuidado infantil. Los sustitutos deben someterse a verificación de antecedentes.

Todos los sustitutos deben ser orientados y demostrar competencia en las tareas para los que serán responsables. El primer día, el cuidador/maestro sustituto debe ser orientado en los siguientes temas:

- a. Prácticas seguras para dormir de bebés
  1. La práctica de colocar a los bebés en una posición boca arriba para dormir y en una superficie firme, junto con todas las prácticas seguras para dormir de bebés, para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y las rutinas generales para la siesta e higiene saludable para dormir para todas las edades.
- b. Cualquier procedimiento médico de emergencia o necesidades de medicamentos de los niños
- c. Acceso a la lista de personas autorizadas para dejar salir a los niños
- d. Cualquier necesidad especial de dieta de los niños

Durante la primera semana de empleo, todos los cuidadores/maestros sustitutos deben ser orientados y deben demostrar competencia en al menos los siguientes puntos:

- a. Los nombres de los niños de quienes el cuidador/maestro será responsable y sus necesidades específicas desarrollo y necesidades especiales de atención de la salud y desarrollo
- b. El programa planificado de actividades en el centro
- c. Rutinas y transiciones
- d. Métodos aceptables de disciplina
- e. Patrones de comida y políticas para la manipulación de alimentos del centro (se debe prestar especial atención a las alergias alimentarias que ponen en peligro la vida)
- f. Procedimientos de salud y seguridad de emergencia
- g. Políticas y procedimientos generales de salud según corresponda para las edades de los niños en cuidado, lo que incluye, entre otros
  1. Técnicas de higiene de manos, incluso indicadores para la higiene de manos
  2. Técnica para cambiar pañales, si se brinda cuidado de niños que usan pañales, incluso la eliminación adecuada de pañales y técnicas para el cambiado de pañales y uso de guantes

3. Prevención del síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso
  4. Estrategias para lidiar con bebés y niños que lloran, están molestos o desconsolados
  5. Desarrollo temprano del cerebro y sus vulnerabilidades
  6. Otra prevención y seguridad de lesiones, incluso el rol de un informante obligatorio de abuso infantil de informar cualquier sospecha de abuso/negligencia
  7. Preparación correcta de comida y técnicas de almacenamiento, si el empleado prepara comida
  8. Manipulación y almacenamiento adecuado de leche humana, cuando corresponde, y preparación de fórmula, si se manipula fórmula
  9. Preparación de biberón, incluso las pautas para la leche humana y fórmula, si se brinda cuidado a bebés o niños con biberones
  10. Uso adecuado de los guantes conforme a las regulaciones de patógenos transmitidos por la sangre de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional
- h. Planes y prácticas de emergencia

En el momento del empleo, los sustitutos deberían poder desempeñar las tareas que se les asigna.

#### **FUNDAMENTO**

Como los centros y los niños inscriptos varían, los programas de orientación para los nuevos sustitutos pueden ser más productivos. Debido a la rotación frecuente de personal, los programas de orientación integral son esenciales para proteger la salud y seguridad de los niños y el nuevo personal (1, 2). La mayoría de las muertes por SMSL en el cuidado infantil se producen el primer día de cuidado o dentro de la primera semana debido a una posición prona (boca a abajo) para dormir no acostumbrada. Dormir en posición prona no acostumbrada aumenta el riesgo de SMSL 18 veces (3).

#### **TIPO DE INSTALACIONES**

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

#### **NORMAS RELACIONADAS**

- 3.1.4.4 Períodos de descanso programados y arreglos para dormir
- 5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir
- 5.4.5.2 Cunas
- 5.4.5.3 Cunas apilables
- 1.2.0.2 Verificación de antecedentes
- 3.2.1.1 Tipos de pañales que se usan
- 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
- 3.2.3.4 Prevención de la exposición a la sangre y fluidos corporales
- 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
- 5.4.1.1 Requisitos generales para las áreas de baño y lavado de manos
- 5.4.1.2 Ubicación de los baños y cuestiones de privacidad
- 5.4.1.3 Capacidad para abrir las puertas del baño
- 5.4.1.4 Impedir la entrada de bebés y niños pequeños a los baños
- 5.4.1.5 Baños químicos
- 5.4.1.6 Relación entre la cantidad de inodoros, urinarios y lavabos, y la cantidad de niños
- 5.4.1.7 Equipos para aprender a usar el baño
- 5.4.1.8 Limpieza y desinfección de equipos de baño
- 5.4.1.9 Cubos de basura en el centro de cuidado infantil y en los baños del centro de cuidado infantil

- 5.4.5.4 Futones
- 5.4.5.5 Literas
- 9.2.2.3 Intercambio de información en las transiciones
- 9.2.3.11 Planes y políticas de servicio de alimentos y nutrición
- 9.2.3.12 Política de alimentación de bebés
- 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
- 9.4.1.18 Registros de servicios de nutrición
- 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
- Apéndice D: Guantes

## REFERENCIAS

1. Landry SH, Zucker TA, Taylor HB, et al. Enhancing early child care quality and learning for toddlers at risk: the responsive early childhood program. *Dev Psychol.* 2014;50(2):526-541
2. Ellenbogen S, Klein B, Wekerle C. Early childhood education as a resilience intervention for maltreated children. *Early Child Dev Care.* 2014;184:1364-1377
3. Ball HL, Volpe LE. Sudden infant death syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location—moving the discussion forward. *Soc Sci Med.* 2013;79:84-91

## NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 5/22/2018

### 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 directos 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. 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 de la 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);
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://ccfl.unl.edu/projects\\_outreach/projects/current/ecp/mwrcr.php](http://ccfl.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. Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (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 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 (NCHEC, 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

- 3.4.1.1 Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas
- 1.3.2.4 Calificaciones adicionales para cuidadores/maestros que atienden a niños desde el nacimiento hasta los treinta y cinco meses de edad
- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil
- 1.4.2.1 Orientación inicial de todo el personal
- 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
- 1.1.1.5 Proporciones y supervisión para natación, piscinas para niños y juegos de agua
- 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
- 1.4.5.1 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
- 3.4.3.1 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
- 2.4.1.1 Temas de educación sobre salud y seguridad para los niños
- 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 9.4.3.3: Registro de capacitación

El director de un centro o un hogar de cuidado infantil familiar grande o pequeño debe proporcionar y mantener documentación o participar en el registro de capacitación/desarrollo profesional del estado que recibe o se proporciona al personal. Para los centros, se debe registrar la fecha de capacitación, la cantidad de horas, los nombres de los participantes del personal, el/los nombre(s) y calificación(es) del/los capacitador(es) y el contenido de la capacitación (orientación y educación continua) en el archivo de cada miembro del personal o en un archivo de capacitación separado. Si el estado tiene un registro de capacitación/desarrollo profesional, el director debe brindar documentación de capacitación al registro.

Los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños deben mantener un registro escrito de la capacitación adquirida y certificados que contienen la misma información que la documentación recomendada para los centros y hogares grandes.

## FUNDAMENTO

El registro de capacitación se debe utilizar para evaluar la necesidad de cada empleado de capacitación adicional o de proporcionar a los reguladores una herramienta para monitorear el cumplimiento. Se debe registrar la educación continua con crédito de curso, y los registros deben ponerse a disposición de los miembros del personal para documentar sus solicitudes de licencia/certificados o actualización de licencia. Todos los organismos de acreditación para los hogares y centros de cuidado infantil requieren documentación de capacitación.

En muchos estados, los cuidadores/maestros de hogares de cuidado infantil familiar pequeños deben mantener registros de capacitación.

## COMENTARIOS

Las universidades emiten transcripciones, los talleres pueden emitir certificados y los administradores de centros pueden mantener registros de capacitación individual.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

9.4.3.1 Mantenimiento y contenido de registros de personal y voluntarios

### 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 provista 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](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.

### Norma 10.6.1.2: Provisión de capacitación a centros por parte de agencias de salud

Los departamentos de salud pública, otros departamentos estatales a cargo del desarrollo profesional para proveedores fuera del hogar, y las agencias de Servicios Médicos de Emergencia (EMS, por sus siglas en inglés) deben brindar capacitación, información escrita, consultoría en al menos los siguientes temas o derivación a otros recursos de la comunidad (por ej., consultores de salud de cuidado infantil, personal que otorga licencia, profesionales de la salud, incluso enfermeros escolares) que pueden brindar capacitación en:

- a. Vacunación;
- b. Informe, prevención y manejo de enfermedades infecciosas;
- c. Técnicas para la prevención y control de enfermedades infecciosas;
- d. Pautas para la exclusión e inclusión y el cuidado de niños que se encuentran gravemente enfermos;
- e. Prácticas generales de higiene y desinfección;
- f. Servicio de comidas, nutrición y alimentación de bebés y niños;
- g. Cuidado de niños con necesidades especiales de atención de salud (enfermedades crónicas, discapacidades físicas y de desarrollo y problemas de comportamiento);
- h. Prevención y manejo de lesiones;
- i. Manejo de emergencias;
- j. Salud oral;
- k. Salud ambiental;
- l. Promoción de la salud, incluso supervisión de salud de rutina y la importancia de un médico o médico familiar para los niños y adultos;
- m. Seguro de salud, incluso Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés);
- n. Estrategias para estar preparados y responder a los brotes de enfermedades infecciosas, como una epidemia de influenza;
- o. Actividad física apropiada para la edad;
- p. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y Síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso.

### FUNDAMENTO

La capacitación del personal de cuidado infantil ha mejorado la calidad de sus comportamientos y prácticas relacionados con la salud. La capacitación también debe estar disponible para todas las partes involucradas, incluso cuidadores/maestros, trabajadores de salud pública, proveedores de atención de la salud, padres/tutores y niños. Una capacitación de buena calidad, con métodos de presentación imaginativos y accesibles respaldados por materiales bien diseñados, facilitará el aprendizaje.

### NORMAS RELACIONADAS

- 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
- 10.5.0.1 Rol del departamento de salud estatal y local

## Políticas e información sobre el sueño seguro

### Norma 9.2.1.1: Contenido de las políticas

El centro debe tener políticas para especificar cómo el cuidador/maestro aborda el funcionamiento de desarrollo y las necesidades especiales o individuales de atención de la salud de los niños de diferentes edades y habilidades que pueden ser atendidos en el centro, y otros servicios y procedimientos.

Estas políticas deben incluir, entre otras, las siguientes:

- a. 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;
- b. Inclusión de niños con necesidades especiales de atención de la salud;
- c. No discriminación;
- d. Pago de tarifas, depósitos y reembolsos;
- e. Finalización de inscripción y notificación al padre/tutor sobre la finalización;
- f. Supervisión;
- g. Dotación de personal, incluso cuidadores/maestros, el uso de voluntarios, ayudantes o cuidadores/maestros sustitutos y despliegue de personal para diferentes actividades;
- h. Un programa planificado integral, coordinado y escrito basado en una declaración de principios;
- i. Disciplina;
- j. Métodos y cronogramas para conferencias u otros métodos de comunicación entre padres/tutores y el personal;
- k. Cuidado de los niños y miembros del personal que están enfermos;
- l. Exclusión temporaria de los niños y miembros del personal que están enfermos y cuidado alternativo para los niños que están enfermos;
- m. Evaluaciones de salud y vacunaciones;
- n. Manejo de atención médica urgente e incidentes amenazadores;
- o. Administración de medicamentos;
- p. Uso de consultores de salud de cuidado infantil y consultores de educación y salud mental;
- q. Plan para la promoción y prevención de la salud (por ej., 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, prevención de la obesidad, etc.);
- r. Plan y simulacros ante desastres y emergencias, plan de evacuación y arreglos alternativos para refugio;
- s. Seguridad;
- t. Confidencialidad de los registros;
- u. Transporte y excursiones;
- v. 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;
- w. Política para dormir, el sueño seguro, las áreas que se utilizan para dormir/siesta, equipo para dormir y ropa de cama;
- x. Desinfección e higiene;
- y. Presencia y cuidado de animales en las instalaciones;
- z. Comida y nutrición, incluso manipulación de alimentos, leche humana, alimentación y comida que viene de casa, y un cronograma diario de comidas y refrigerios;
- ba. Plan de cuidado de tarde y noche;
- bb. Fumar, uso de tabaco, alcohol, sustancias prohibidas y armas de fuego;
- bc. Manejo de recursos humanos;
- bd. Salud del personal;
- be. Mantenimiento del centro y el equipo;
- bf. Prevenir y denunciar abuso y negligencia de menores;
- bg. Uso de pesticidas y otras sustancias potencialmente tóxicas en el centro y a su alrededor;
- bh. Análisis y revisión de políticas, planes y procedimientos.

El centro debe tener estrategias específicas para implementar cada política. Para los centros, todos estos puntos deben estar por escrito. Las políticas de los centros deben variar de acuerdo con las edades y las habilidades de los niños inscriptos para acomodar las necesidades especiales e individuales de atención de la salud. La planificación del programa debe hacerse antes y no después de la inscripción y cuidado de los niños de diferentes niveles de desarrollo y habilidades y con diferentes necesidades de atención de la salud. En general, las políticas, planes y procedimientos deben revisarse una vez al año o cuando se realizan cambios. Un consultor de salud de cuidado infantil puede ser útil para desarrollar e implementar las políticas modelo.

## FUNDAMENTO

Ni los planes ni las políticas afectan la calidad a menos que el programa haya ideado una manera para implementar el plan o la política. Los niños desarrollan necesidades especiales de atención de la salud y tienen diferencias de desarrollo que se reconocen cuando está en el cuidado infantil (2). Se debe hacer un esfuerzo para facilitar la adaptación lo más rápido posible para minimizar la demora o la interrupción de la atención (1). Para ver ejemplos de políticas, consulte las Políticas de modelo de salud en el cuidado infantil en [http://www.ecels-healthychildcarepa.org/content/MHP4thEd Total.pdf](http://www.ecels-healthychildcarepa.org/content/MHP4thEd%20Total.pdf) y el Programa de Salud de Cuidado Infantil de California en <http://www.ucsfchildcarehealth.org>. Las políticas sobre nutrición y actividad física para cuidado infantil desarrolladas por el Programa NAP SACC, Centro para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, University of North Carolina están disponibles en <http://www.center-trt.org>.

## COMENTARIOS

Nota para el lector: El Capítulo 9 incluye muchas normas que contienen información adicional sobre las políticas específicas que se indican arriba.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

1.8.2.1 Familiaridad del personal con las políticas, los planes y los procedimientos del centro.

## REFERENCIAS

1. Child Care Law Center. 2009. Questions and answers about the Americans with Disabilities Act: A quick reference for child care providers. Updated Version. [http://www.childcarelaw.org/docs/ADA Q and A 2009 Final 3 09.pdf](http://www.childcarelaw.org/docs/ADA%20Q%20and%20A%2009%20Final%203%2009.pdf).
2. Aronson, S. S., ed. 2002. Model child care health policies. 4ta ed. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría.

### Norma 1.8.2.1: Familiaridad del personal con las políticas, los planes y los procedimientos del centro.

Todos los cuidadores/maestros deben familiarizarse con las disposiciones de las políticas, planes y procedimientos del centro como se describe en el Capítulo 9: Administración. El cumplimiento con estas políticas, planes y procedimientos se debe utilizar en las evaluaciones de desempeño del personal y se debe documentar en el archivo de personal.

## FUNDAMENTO

Las políticas, planes y procedimientos escritos brindan un medio de orientación y evaluación de personal esencial para la operación de cualquier organización (1).

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## REFERENCIAS

1. Boone, L. E., D. L. Kurtz. 2010. Contemporary business. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

### 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/MHP4thEdTotal.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

- 3.1.4.1 Prácticas seguras para dormir y reducción del riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)
- 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.
- 3.4.1.1 Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas
- 1.6.0.1 Consultores de salud de cuidado infantil
- 2.4.2.1 Temas de educación de salud y seguridad para el personal
- 9.2.1.1 Contenido de las políticas

- 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
- 2.1.1.1 Programa escrito de actividades diarias y declaración de principios
  - 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
  - 3.1.5.1 Actividades de higiene oral de rutina
  - 3.1.5.2 Cepillos de dientes y pasta dental
  - 3.1.5.3 Educación sobre salud oral
  - 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
  - 3.4.2.1 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

- 4.2.0.6 Disponibilidad del agua potable
- 4.2.0.7 Jugo de 100% de fruta
- 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
- 4.3.1.8 Técnicas para la alimentación con biberón
- 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
- 4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
- 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
- 9.2.3.2 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
- 2.2.0.3 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
- 2.4.1.2 Ejemplo del personal de comportamientos seguros y saludables y actividades de educación sobre seguridad
- 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
- 2.4.3.2 Plan de educación de 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 9.4.2.3: Contenidos del acuerdo de admisión entre el programa de cuidado infantil y padres/tutores

El archivo para cada niño debe incluir un acuerdo de admisión firmado por el padre/tutor al momento de la inscripción. El acuerdo de admisión debe contener los siguientes temas y documentación de consentimiento:

- a. Temas generales:
  - 1. Días y horario de operación;
  - 2. Fechas de cierre por feriados;
  - 3. Pago por servicios;
  - 4. Procedimientos para dejar y pasar a buscar a los niños;
  - 5. Acceso a la familia (sitio de visita en cualquier momento cuando el niño está allí y admitido de inmediato en circunstancias normales) y participación en actividades de cuidado infantil;
  - 6. Nombre e información de contacto del miembro del personal principal designado, especialmente cuidadores/maestros principales designados para bebés y niños pequeños, para que el contacto del padre/tutor de los cuidadores/maestros sea más cómodo.
- b. Temas de salud:
  - 1. Registro de vacunación;
  - 2. Política de lactancia de bebés;
  - 3. Para bebés, una declaración de que el padre/tutor ha recibido y tratado una copia de la política del sueño seguro de bebés del programa;

4. Documentación del consentimiento escrito firmado y fechado por el padre/tutor para:
5. Cualquier servicio de salud que el centro obtiene para el niño en nombre del padre/tutor. Dicho consentimiento debe ser específico para el tipo de cuidado provisto para cumplir con las pruebas de "consentimiento informado" para cubrir las evaluaciones en el sitio u otros servicios provistos;
6. Administración de medicamentos recetados o no recetados (de venta libre [OCT]), incluso registros y planes de cuidado especiales (si es necesario).

c. Temas de seguridad:

1. Prohibición de castigo corporal en el centro de cuidado infantil;
2. Declaración de que el padre/tutor ha recibido y revisado una copia de los requisitos de informe de abuso y negligencia de menores del estado;
3. Documentación del consentimiento escrito firmado y fechado por el padre/tutor para:
4. Transporte de emergencia;
5. Todos otros transportes provistos por el centro;
6. Actividades fuera de las instalaciones planificadas o no planificadas (dicho consentimiento debe brindar información específica sobre dónde, cuándo y cuántas actividades deben tener lugar, incluso información específica sobre caminar desde y hasta actividades fuera del centro);
7. Nadar, si el niño participará;
8. Divulgación de cualquier información a agencias, escuelas o proveedores de servicios;
9. Autorización escrita para entregar al niño a personas designadas que no sea el padre/tutor.

## FUNDAMENTACIÓN

Estos registros e informes son necesarios para proteger la salud y seguridad de los niños en cuidado.

La persona que brinda la atención médica necesita estos consentimientos. El consentimiento anticipado para servicios quirúrgicos o médicos de emergencia no es legalmente válido, ya que la naturaleza y el alcance de la lesión, tratamiento médico propuesto, riesgos y beneficios no se pueden saber hasta después de que se produce la lesión, pero permite al padre/tutor guiar al cuidador/maestro en situaciones de emergencia en caso de que el padre/tutor no pueda ser localizado (1). Consulte el Apéndice KK: Autorización para atención médica/dental de emergencia para ver un ejemplo.

La asociación entre el padre/tutor y el cuidado infantil es esencial.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

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

Apéndice KK: Autorización para atención médica/dental de emergencia

## REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. 2007. Policy statement: Consent for emergency medical services for children and adolescents. *Pediatrics* 120:683-84.

### 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

- 2.2.0.1 Métodos de supervisión infantil
- 5.4.5.1 Equipo e insumos para dormir
- 5.4.5.2 Cunas
- 5.4.5.3 Cunas apilables
- 3.3.0.4 Limpiar la ropa de cama individual
- 3.3.0.5 Limpiar las superficies de cunas
- 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

**Norma 9.2.3.15: Políticas que prohíben fumar, el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y sustancias tóxicas**



Los centros deben tener políticas escritas que aborden el uso y posesión de productos de tabaco y cigarrillos electrónicos, alcohol, drogas ilegales, drogas legales (por ej., marihuana medicina/recreativa, narcóticos recetados, etc.) que tienen efectos secundarios que reducen la habilidad de supervisar y cuidar adecuadamente a los niños o de operar de manera segura vehículos del programa, y otras sustancias potencialmente tóxicas. Las políticas deben incluir que todas estas sustancias están prohibidas dentro del centro, en las instalaciones del centro y en cualquier vehículo que transporte niños en todo momento. Las políticas deben especificar que está prohibido fumar y vapear en todo momento y en todas las áreas (en interiores y exteriores) del programa. Esto incluye cualquier vehículo que se utilice para transportar niños.

Las políticas también deben especificar que está prohibido el uso y posesión de todas las sustancias mencionadas arriba en todo momento cuando los cuidadores/maestros son responsables de la supervisión de los niños, incluso en momentos cuando los niños son transportados, cuando juegan en las áreas de juego al aire libre no adjunto al centro y durante las excursiones y períodos de descanso del personal.

Los centros de cuidado infantil y los hogares de cuidado infantil familiar grandes deben brindar información a los empleados sobre asesoramiento y rehabilitación de drogas, alcohol y tabaco, y cualquier programa de asistencia para empleados.

## FUNDAMENTO

Debido a la edad, la vulnerabilidad y la falta de discreción del niño bajo su cuidado, esta prohibición es un requisito rotundo. Los peligros de la exposición al humo de segunda mano y de tercera mano justifican la prohibición de fumar en la proximidad de áreas de cuidado infantil en cualquier momento (1-10). El humo de tercera mano son los gases y las partículas que quedan en el pelo y la ropa de los fumadores, los almohadones, alfombras y el equipo de exteriores, después de que se ha disipado el humo visible del tabaco (9). El residuo incluye metales pesados, carcinógenos e incluso materiales radioactivos que los niños pequeños pueden tener en sus manos e ingerir, especialmente si gatean o juegan en el piso. Las toxinas residuales por fumar en momentos cuando los niños no están usando el espacio pueden desencadenar asma y alergias cuando los niños usan el espacio (10).

El cuidado infantil seguro necesita cuidadores/maestros sobrios. El uso de alcohol y drogas, incluso el uso indebido de fármacos recetados o de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) o drogas recreativas impiden que los cuidadores/maestros brinden el cuidado apropiado a los bebés y niños porque afectan la coordinación motora, el criterio y el tiempo de respuesta. Está prohibido el uso de alcohol y drogas ilegales fuera del sitio antes o en el horario de trabajo. Está prohibido el uso de medicamentos OTC o los medicamentos recetados que no han sido recetados para el usuario o que pueden afectar la coordinación motora, el criterio y el tiempo de respuesta.

No está prohibido el consumo de bebidas alcohólicas y drogas legales en los hogares de cuidado infantil familiar cuando los niños ya no están, pero estos elementos se deben guardar de manera segura en todo momento.

## COMENTARIOS

Las políticas relacionadas con fumar y el uso de sustancias prohibidas se deben hablar con el personal y los padres/tutores. El material educativo como folletos puede incluir información sobre los riesgos y peligros para la salud de estas sustancias prohibidas y derivaciones para programas de asesoramiento o rehabilitación.

Se recomienda fuertemente que, si es posible, que ninguno de los cuidadores/maestros sean usuarios de tabaco y cigarrillos electrónicos. Los hogares de cuidado infantil familiar deben estar libres de humo en todo momento para evitar la exposición de los niños en esos espacios.

En estados que permiten el uso de marihuana con fines recreativos y/o medicinales, se necesita cuidado especial para almacenar productos de marihuana comestibles en forma segura y lejos de otros alimentos. Las regulaciones del estado generalmente requieren que estos productos se etiqueten claramente cuando contengan una sustancia intoxicante y se almacenen en el empaque original que sea inviolable y a prueba de niños. Cualquier producto de marihuana comestible legal en un hogar de cuidado infantil familiar se debe guardar en un dispositivo de almacenamiento cerrado y resistente a los niños.

## TIPO DE INSTALACIONES

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

## NORMAS RELACIONADAS

3.4.1.1 Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas

5.2.9.1 Uso y almacenamiento de sustancias tóxicas

6.5.1.2 Calificaciones para los conductores

## REFERENCIAS

1. 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>.
2. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2016. Health effects of secondhand smoke. [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/secondhand\\_smoke/health\\_effects/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/).
3. Academia Americana de Pediatría. Healthychildren.org. 2015. The dangers of secondhand smoke. <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/tobacco/Pages/Dangers-of-Secondhand-Smoke.aspx>.
4. U.S. Department of Health and Human Services. 2007. *Children and secondhand smoke exposure*. Excerpts from the health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
5. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Secondhand Smoke What It Means to You. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhand-smoke-consumer.pdf>.
6. Winickoff, J. P., J. Friebeley, S. E. Tanski, C. Sherrod, G. E. Matt, M. F. Hovell, R. C. McMillen. 2009. Beliefs about the health effects of "thirdhand" smoke and home smoking bans. *Pediatrics* 123: e74-e79.
7. REFERENCIAS ADICIONALES

U.S. Fire Administration. Electronic cigarette fires and explosions. 2014. [https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic\\_cigarettes.pdf](https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic_cigarettes.pdf).

Campbell. R. Electronic Cigarette Explosions and Fires: The 2015 Experience. 2016. <http://www.nfpa.org/news-and-research/fire-statistics-and-reports/fire-statistics/fire-causes/electrical-and-consumer-electronics/electronic-cigarette-explosions-and-fires-the-2015-experience>.

National Institute on Drug Abuse. 2016. What is marijuana? <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>.

Rapoport, M.J., Lanctôt, K.L., Streiner, D.L., Bédard, M., Vingilis, E., Murray, B., Schaffer, A., Shulman, K.I., Herrmann, N. Benzodiazepine use and driving: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(5):663-73. doi:10.4088/JCP.08m04325.

Sansone, R.A., Sansome, L.A. Driving on Antidepressants: Cruising for a crash?. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009;6(9): 13-16.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2766284/>.

Volkow, N.D., Baler, R.D., Compton, W.M., R.B. Weiss, S.R.B. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med* 2014;370:2219-2227. DOI: 10.1056/NEJMra1402309.

Lenné MG, Dietze PM, Triggs TJ, Walmsley S, Murphy B, Redman JR. The effects of cannabis and alcohol on simulated arterial driving: Influences of driving experience and task demand. *Accid Anal Prev*. 2010;42(3):859-866. doi:10.1016/j.aap.2009.04.021.

Hartman RL, Huestis MA. Cannabis effects on driving skills. *Clin Chem*. 2013;59(3):478-492. doi:10.1373/clinchem.2012.194381.

Verster, J. C., D. S. Veldhuijzen, E. R. Volkerts. 2005. Is it safe to drive a car when treated with anxiolytics? Evidence from on the road driving studies during normal traffic. *Current Psychiatry Reviews* 1:215-25.

Centros para Control y Prevención de Enfermedades. 2009. Facts: Preventing residential fire injuries. <http://www.cdc.gov/injury/pdfs/Fires2009CDCFactSheet-FINAL-a.pdf>.

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/>.

Children's Hospital Colorado. 2016. Acute marijuana intoxication. <https://www.childrenscolorado.org/conditions-and-advice/conditions-and-symptoms/conditions/acute-marijuana-intoxication/>.

8. Campaign for Tobacco-Free Kids. Secondhand smoke, kids and cars. 2016. <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0334.pdf>.
9. Hang, B., Sarker, A.H., Havel, C., et al. Thirdhand smoke causes DNA damage in human cells. *Mutagenesis*. 2013;28(4):381-391. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23462851>.
10. Dreyfuss, J.H. Thirdhand smoke identified as potent, enduring carcinogen. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(4):203-204. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20530799>.
11. Agencia de Protección Ambiental de EE.UU. Secondhand tobacco smoke and smoke-free homes. 2016. <https://www.epa.gov/indoor-air-quality-iaq/secondhand-tobacco-smoke-and-smoke-free-homes>.

## NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 1/12/2017.

## Cuestiones relacionadas

### Norma 4.3.1.1: Plan general para alimentar a bebés



La instalación debe mantener los registros detallando si un bebé se alimenta con lactancia o fórmula, junto con el tipo de fórmula que se está sirviendo. Un registro de alimentación de bebés con leche materna (humana) y/o toda la fórmula proporcionada al bebé se debe completar diariamente. Las comidas y refrigerios de los bebés deben seguir los patrones de las comidas y refrigerios del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos. Los alimentos deben ser apropiados para los requisitos de nutrición individual y etapa de desarrollo del bebé tal como lo determinan las instrucciones escritas obtenidas del padre/tutor o proveedor de atención médica primaria del niño.

La instalación debe alentar a la lactancia brindando adaptaciones y apoyo continuo a la madre que amamanta. Las instalaciones deben tener un lugar designado establecido para madres que amamantan que quieren visitar el aula durante el día de trabajo para amamantar, así como también un área privada (no un baño) con una salida para que las madres puedan extraer su leche materna (1,2). El área privada además debe tener acceso al agua o higiene de manos. Un lugar que los padres/tutores sientan que son bienvenidos para amamantar, extraerse leche o alimentar con biberón puede crear un ambiente positivo y de apoyo para la familia.

Los bebés pueden necesitar varias fórmulas especiales, como fórmula a base de soja o fórmulas básicas, que sean más fáciles de digerir y menos alérgicas. Las fórmulas básicas o hipoalérgicas especiales debe especificarse en el plan de cuidado del bebé. Los alimentos sólidos apropiados para la edad que no sean leche materna o fórmula para bebés (es decir, alimentos *complementarios*) no se deben introducir antes de los 6 meses de edad o tal como lo indican las necesidades nutritivas y del desarrollo del niño. Por favor, consulte las normas 4.3.1.11 y 4.3.1.12 para más información.

## FUNDAMENTO

La leche humana, como alimento exclusivo, se adapta mejor para cumplir con las necesidades nutritivas de un bebé desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, con excepción del complemento de vitamina D recomendado. Además de la nutrición, la lactancia apoya la salud y desarrollo óptimos. La leche humana además es la mejor fuente de leche para bebés durante al menos los primeros 12 meses de edad, y de allí en adelante, por el tiempo en que sea mutuamente deseable por la madre y el niño. La lactancia protege a los bebés de muchas enfermedades graves y crónicas y también tiene ventajas para la madre (3).

La investigación muestra de manera abrumadora que la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la lactancia materna continua durante al menos un año o más, mejoran drásticamente los resultados de salud de los niños y sus madres. Healthy People 2020 resume varios objetivos, incluso aumentar la proporción de madres que amamantan a sus bebés y aumentan la duración de la lactancia materna y de la lactancia materna exclusiva (4).

Las incidencias de enfermedades infantiles comunes, como diarrea, enfermedades respiratorias, meningitis bacteriana, botulismo, infecciones del tracto urinario, síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes insulino dependiente, colitis ulcerosa e infecciones del oído, y el riesgo general de obesidad infantil se reducen significativamente en los niños que son amamantados (5,6). De manera similar, la lactancia materna, cuando se la empareja con otros comportamientos de crianza saludables, ha estado relacionada directamente con el aumento de desarrollo cognitivo en bebés (7). La lactancia materna también tiene beneficios adicionales para la madre: disminuye el riesgo de diabetes, cáncer de mama y de ovario y enfermedades cardíacas (8).

Las madres que quieran complementar su leche materna con fórmula pueden hacerlo, ya que el bebé continuará recibiendo los beneficios de la lactancia materna (4,5,7). La fórmula infantil fortificada con hierro es una alternativa aceptable para la leche materna como alimento para la alimentación de bebés, aunque carece de componentes antiinfecciosos o inmunológicos. Sin importar la preferencia de alimentación, es más probable que un bebé bien nutrido logre un desarrollo físico y mental saludable, que tendrá efectos positivos a largo plazo sobre la salud.

## COMENTARIOS

Las formas de ayudar a una madre a amamantar con éxito en la instalación de cuidado y educación en la primera infancia son (2,6,8):

- a. Si desea amamantar a su bebé o niño cuando llega a la instalación, se le debe ofrecer o proporcionar un
  1. Lugar tranquilo, cómodo y privado para amamantar (Esto ayuda a que su leche baje).
  2. Lugar para lavar sus manos y las de su bebé antes y después de la lactancia.
  3. Almohada para apoyar a su bebé sobre su regazo mientras amamanta
  4. Taburete de lactancia o taburete para sus pies para que no tenga que forzar la espalda mientras amamanta.
  5. Vaso de agua u otro líquido que la ayuda a permanecer hidratada
- b. Alentarla a hacer que el bebé se acostumbre a ser alimentado por otra persona con su leche materna extraída antes de que el bebé comience en cuidado y educación en la primera infancia, mientras continúa alimentándose directamente por ella.
- c. Trate con ella el patrón de alimentación habitual del bebé y los beneficios de alimentar al bebé basándose en las señales de hambre y saciedad del bebé en lugar de en un horario; preguntarle si desea programar la última toma del bebé para que el bebé tenga hambre y esté listo para ser amamantado cuando ella llegue; y pídale que deje su horario de disponibilidad en el programa de cuidado y educación en la primera infancia, así como que llame si planea saltarse una alimentación o va a llegar tarde.
- d. Aliéntela a proporcionar un suministro de respaldo de leche materna extraída congelada o refrigerada; con la etiqueta apropiada del nombre completo del bebé, la fecha y hora en el biberón u otro envase de almacenamiento limpio en caso de que el bebé necesite comer más a menudo que lo normal o la visita de la madre se retrasa.
- e. Comparta con ella la información sobre otros lugares o personas en la comunidad que puedan responder sus preguntas e inquietudes sobre lactancia, como los consultores locales sobre lactancia.

- a. Proporcionar materiales de lactancia culturalmente apropiados, incluso recursos de la comunidad para padres/tutores que incluyen lenguaje e imágenes apropiadas de familias multiculturales para ayudar a las familias a identificarse con ellos.
- f. Garantizar que todo el personal reciba capacitación en apoyo y promoción de lactancia.
- g. Garantizar que se capacite a todo el personal en la manipulación, almacenamiento y alimentación apropiada de cada producto lácteo, incluso leche materna o fórmula para bebés.

#### Recursos adicionales

- Breastfeeding, US Department of Health and Human Services Office on Women's Health (<https://www.womenshealth.gov/printables-and-shareables/health-topic/breastfeeding>)
- *Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs*, US Department of Agriculture (USDA) Food and Nutrition Service (<https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Topics/FG/CompleteIFG.pdf>)
- Infant Meal Pattern, USDA ([https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/CACFP\\_infantmealpattern.pdf](https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/CACFP_infantmealpattern.pdf))
- Strategy 6, Support for Breastfeeding in Early Care and Education, Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/strategy6-support-breastfeeding-early-care.pdf>)
- Updated Child and Adult Care Food Program Meal Patterns: Infant Meals, USDA ([https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/CACFP\\_InfantMealPattern\\_FactSheet\\_V2.pdf](https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/cacfp/CACFP_InfantMealPattern_FactSheet_V2.pdf))

#### TIPO DE INSTALACIONES

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

#### NORMAS RELACIONADAS

- 4.2.0.9 Menús escritos e introducción de nuevos alimentos
  - 4.3.1.3 Preparar, alimentar y almacenar leche humana
  - 4.3.1.5 Preparar, alimentar y almacenar fórmula para bebés
  - 4.3.1.11 Introducción de alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
  - 4.3.1.12 Alimentar alimentos sólidos apropiados para la edad a bebés
- Apéndice JJ: Nuestro centro de cuidado infantil apoya la lactancia

#### REFERENCIAS

1. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016;28(1):7-14
2. Gibbs BG, Forste R. Breastfeeding, parenting, and early cognitive development. *J Pediatr*. 2014;164(3):487-493
3. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827–e841
4. Furman L. Breastfeeding: what do we know, and where do we go from here? *Pediatrics*. 2017;139(4):e20170150
5. Healthy People 2020. Maternal, infant, and child health. Sitio web de HealthyPeople.gov. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/maternal-infant-and-child-health/objectives>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
6. Darmawikarta D, Chen Y, Lebovic G, Birken CS, Parkin PC, Maguire JL. Total duration of breastfeeding, vitamin D supplementation, and serum levels of 25-hydroxyvitamin D. *Am J Public Health*. 2016;106(4):714-719
7. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC); US Department of Agriculture Food and Nutrition Service. Breastfeeding Policy and Guidance. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/wic/WIC-Breastfeeding-Policy-and-Guidance.pdf>. Publicado en julio de 2016. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
8. Centros para Control y Prevención de Enfermedades. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2013 <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/BF-Guide-508.pdf>. Fecha de acceso el 11 de enero de 2018
9. Danawi H, Estrada L, Hasbini T, Wilson DR. Health inequalities and breastfeeding in the United States of America. *Int J Childbirth Educ*. 2016;31(1)

#### NOTAS

El contenido en la NORMA fue modificado el 05/30/2018.

### Norma 3.6.4.5: Fallecimiento

Cada centro debe tener un plan para responder a cualquier fallecimiento relevante para los niños inscritos en el centro y sus familias. El plan debe describir protocolos que el programa seguirá y los recursos disponibles para los niños, las familias y el personal.

Si un centro experimenta el fallecimiento de un niño o adulto, se debe hacer lo siguiente:

- a. Si un niño o adulto muere mientras está en el centro:
  1. El cuidador/maestro responsable de cualquier niño que observó o estaba en la misma sala donde ocurrió la muerte, debe llevar a los niños a una sala diferente, mientras que otro personal tiende a responder/dar seguimiento de manera apropiada. Se debe brindar el mínimo de explicaciones hasta que se reciba instrucciones de las autoridades apropiadas. Se deben hacer comentarios de apoyo y tranquilizadores a los niños directamente afectados;
  2. El personal designado debe:
  3. Notificar de inmediato al personal de emergencias médicas;
  4. Notificar de inmediato a los padres/tutores del niño o el contacto de emergencia del adulto;
  5. Notificar a la agencia otorgante de licencias y a la aplicación de la ley el mismo día en que se produce el fallecimiento;
  6. Seguir todos los protocolos de aplicación de la ley con respecto a la escena del fallecimiento:
    1. No tocar la escena;
    2. No mostrar la escena a otros;
    3. Reservar la conversación sobre el evento hasta haber finalizado todas las entrevistas con la aplicación de la ley.
  7. Brindar información apropiada para la edad a los niños, padres/tutores y el personal;
  8. Poner recursos de apoyo a disposición del personal, los padres y los niños;
- b. En caso de fallecimiento por Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) u otros fallecimiento sin explicación:
  1. Buscar asistencia e información de los recursos sobre SMSL locales, estatales o nacionales.
  2. Brindar información sobre SMSL a los padres/tutores de los otros niños en el centro;
  3. Brindar información apropiada para la edad a los otros niños en el centro;
  4. Brindar información apropiada para el personal en el centro;
- c. Si un niño o adulto conocidos para los niños inscritos en el centro muere cuando no está en el centro:
  1. Brindar información apropiada para la edad a los niños, padres/tutores y el personal;
  2. Poner recursos de apoyo a disposición del personal, los padres y los niños.

Los centros pueden divulgar información específica sobre las circunstancias de la muerte del niño o el adulto que las autoridades y la familia del fallecido permite que el centro comparta.

Si la muerte se debe a posible maltrato infantil, el cuidador/maestro tiene la obligación de informar esto a los servicios de protección infantil.

Dependiendo de la causa de la muerte (SMSL, asfixia u otra muerte infantil, lesiones, maltrato, etc.), puede ser necesaria una educación actualizada sobre el tema para los cuidadores/maestros o niños, así como la implementación de mejores prácticas de salud y seguridad.

### FUNDAMENTACIÓN

Seguir los pasos que se describen en esta norma sería una acción prudente (1-3). La información precisa que se brinda a los padres/tutores y los niños los ayudará a entender el evento y facilitar su apoyo al cuidador/maestro (4-7).

### COMENTARIOS

Es importante que los cuidadores/maestros estén informados sobre el SMSL y que tomen las medidas adecuadas para no ser acusados falsamente de abuso y negligencia de menores. La agencia otorgante de licencia o un grupo de apoyo de la agencia SMSL (por ej., CJ Foundation for SIDS en <http://www.cjsids.org>, la Asociación de Acción Nacional para Promover el Sueño Seguro (NAPPSS, por sus siglas en inglés) en <http://nappss.org>, y First Candle en <http://www.firstcandle.org>) pueden ofrecer apoyo y asesoramiento a cuidadores/maestros.

### TIPO DE INSTALACIONES

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

### NORMAS RELACIONADAS

- 3.1.4.1 Prácticas seguras para dormir y reducción del riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)
- 3.4.4.1 Reconocer y denunciar sospechas de maltrato, descuido y explotación de menores

- 3.4.4.2 Inmunidad para informantes de abuso y negligencia de menores
- 3.4.4.3 Prevenir e identificar el síndrome del bebé sacudido/traumatismo craneoencefálico por abuso
- 3.4.4.4 Cuidado de niños que ha experimentado abuso/abandono infantil
- 3.4.4.5 Diseño de la instalación para reducir el riesgo de abuso y negligencia de menores

## REFERENCIAS

1. Knapp, J., D. Mulligan-Smith, Committee on Pediatric Emergency Medicine. 2005. Death of a child in the emergency department. *Pediatrics* 115:1432-37.
2. Trozzi, M. 1999. Talking with children about Loss: Words, strategies, and wisdom to help children cope with death, divorce, and other difficult times. Nueva York: Berkley Publishing Group.
3. Rivlin, D. The good grief program of Boston Medical Center: What do children need? Boston Medical Center. [http://www.wayland.k12.ma.us/claypit\\_hill/GoodGriefHandout.pdf](http://www.wayland.k12.ma.us/claypit_hill/GoodGriefHandout.pdf).
4. Boston Medical Center. Good grief program. <http://www.bmc.org/pediatrics-goodgrief.htm>.
5. Moon, R. Y., L. Kotch, L. Aird. 2006. State child care regulations regarding infant sleep environment since the Healthy Child Care America – Back to Sleep Campaign. *Pediatrics* 118:73-83.
6. Moon, R. Y., K. M. Patel, S. J. M. Shaefer. 2000. Sudden infant death syndrome in child care settings. *Pediatrics* 106:295- 300.
7. Moon, R. Y., T. Calabrese, L. Aird. 2008. Reducing the risk of sudden infant death syndrome in child care and changing provider practices: Lessons learned from a demonstration project. *Pediatrics* 122:788-98.