Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria
Euskal herriko Lehen Mailako Pediatria Elkartea

CONSULTAS DE PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD. REVISIÓN CRÍTICA.

Dra. Dolores Villar
Centro de Salud Lakua-Arriaga
Vitoria-Gasteiz.

INTRODUCCIÓN:

Dedicamos una parte importante de nuestro trabajo y tiempo diarios a la realización del tradicionalmente llamado Programa del Niño Sano, su contenido y justificación se basan en la necesidad de llevar a cabo una serie de actividades preventivas que, con el tiempo, han ido aumentando en número y diversidad. Abarcan campos tan heterogéneos como:

- vacunaciones,
- screening de malformaciones congénitas y problemas físicos,
- búsqueda de factores de riesgo para poder incidir sobre ellos de modo preventivo,
- promoción de hábitos saludables (nutricionales, estilo de vida),
- prevención de accidentes y de problemas de conducta,
- supervisión del crecimiento y desarrollo físico y psicomotor, etc.

Ante la cantidad de puntos sobre los que teóricamente Osakidetza y la sociedad nos demandan incidir, surge la necesidad de revisar los contenidos del Programa del Niño Sano analizando su pertinencia o no a la vista de los estudios y conocimientos actuales. Es importante también reseñar otros aspectos que actualmente quizá no están contemplados de modo sistemático y cuya realización podría integrarse en el tiempo que dedicamos a esta labor preventiva.

RECOMENDACIONES PREVINFAD/PAPPS :

Existen una serie de recomendaciones de salud elaboradas por el grupo Previnfad/PAPPS infancia y adolescencia en función de la magnitud del problema, la efectividad potencial o la eficacia de la recomendación de los exámenes periódicos de salud.

Tabla 1. Consejo de salud y resultados esperados sobre la salud.

Consejos y resultados esperados	
Decúbito supino	Disminución en la población del síndrome de la muerte súbita del lactante.
Alimentación con lactancia materna	Lactancia materna y protección frente a las infecciones y la atopia. Lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente podría acelerar el crecimiento, efecto protector de la lactancia materna en relación con la muerte súbita del lactante, diabetes insulin-dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, Aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre.
Consejo nutricional	Alimentación equilibrada, cardiosaludable, prevención de la obesidad...
Uso del cinturón o de asiento de seguridad en el automóvil	Menor siniestrabilidad en accidentes de coche.
Normas de seguridad en el hogar	Menor accidentabilidad en el domicilio.
Aprender a nadar, ir en bicicleta, educación vial	Menor accidentabilidad en la calle.
Higiene bucodental	Prevención de la caries y enfermedad periodontal.
Evitar el tabaquismo pasivo	Disminución infecciones respiratorias, menor exposición a productos cancerígenos.
Protección solar según el tipo de piel	Prevención de quemaduras solares, disminución del melanoma de piel.
Conductas libres de drogas en adolescentes (incluye alcohol y tabaco)	Disminución de la morbilidad por consumo de tóxicos.
Uso del preservativo en las relaciones sexuales del adolescente y otros métodos anticonceptivos	Disminución de las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado.
Realizar actividad física y ejercicio	Hábitos saludables, prevención cardiovascular, prevención obesidad...
Educar sin pegar o amenazar	Prevención del abandono físico o del maltrato psicológico.

. Este grupo basa sus recomendaciones en la mejor evidencia publicada en bases de datos Medline y Embase, asi como otras fuentes de información como Cochrane Library, Database of Abstracts of Review of Effectiveness (DARE). Por otro lado se consideran las guías para la promoción de la salud tales como: US Preventive Services Task Force y Canadian Task Force on Preventive Health Care

Todas estas actividades deben realizarse en determinados momentos de la vida del niño y, generalmente, se escoge hacerlas coincidir con actividades preventivas tales como vacunaciones, necesidad de ciertos cribados como el visual a los 3-4 años, inicio escolarización, posible comienzo de la pubertad y adolescencia temprana.

-Distribución por edades de los controles de salud

• Visita prenatal
• Visita antes de los 15 días de vida
• Visita del 2º mes
• Visita del 4º mes
• Visita del 6º mes
• Visita de 12º-15º mes
• Visita de los 18 meses
• Visita de los 2 años
• Visita del 3-4 años
• Visita del 6 años
• Visita de los 8-11 años
• Visita de los 14-16 años

Previnfad-Guía de actividades preventivas.

Controles de salud de recién nacido a 18 meses de edad

• Cribado de hipoacusia
• Cribado hipotiroidismo y fenilcetonuria
• Promoción lactancia materna
• Consejo de alimentación
• Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante
• Supervisión del crecimiento: peso, talla, perímetro craneal
• Evaluación del desarrollo psicomotor
• Cribado de la displasia evolutiva de cadera
• Cribado de ferropenia
• Cribado de ambliopía
• Cribado criptorquidia
• Consejo sobre tabaquismo pasivo
• Consejo salud bucodental
• Consejo salud para el uso del automóvil
• Consejo de salud para prevención de accidentes en el hogar
• Consejo de buen trato
• Detección maltrato

Previnfad-Guía de actividades preventivas.

Controles de salud en niños de 2 a 16 años

• Peso, talla y IMC
• Tensión Arterial
• Trastornos de la visión: estrabismo, defectos de refracción
• Cribado de caries, malposición dentaria, enfermedad periodontal
• Evaluación psicomotora, de la adaptabilidad escolar y social
• Detección del maltrato
• Consejo alimentación
• Consejo de higiene bucodental
• Consejo prevención accidentes en el hogar y fuera del hogar
• Consejo de protección solar
• Consejo de actividad física y ejercicio
• Consejo consumo tabaco, alcohol o drogas
• Consejo protección ITS y embarazo no deseado

Previnfad-Guía de actividades preventivas.

A continuación pasaremos a analizar gran parte de las actividades que llevamos a cabo en dichas visitas de modo tradicional teniendo en cuenta los estudios y publicaciones más recientes sobre cada una de ellas para discutir si tal como las realizamos son adecuadas o no. No hay que olvidar que podemos encontrar otros puntos sobre los que no incidimos y deberíamos hacerlo. Otro aspecto que debemos tener en cuenta es la importancia de recoger y actualizar en la Historia Clínica posibles factores de riesgo personales o familiares que, como posteriormente se analizaran, pudieran determinar la periodicidad de las visitas así como el contenido de las mismas.

1.-SUPERVISION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

A pesar de la universalidad de la práctica de la monitorización del desarrollo, tan solo existe un trabajo realizado en un contexto muy diferente del nuestro como es la

población rural de India en el que se valora el impacto del seguimiento del desarrollo físico en la salud nutricional. En nuestro medio no existen estudios, todo se basa en recomendaciones de expertos y no en evidencias de eficacia de las mismas(1).

Deberían realizarse estudios para basar de un modo más objetivo y científico la realización de determinadas exploraciones, todo tiene un coste como puede ser de tiempo tanto para los servicios sanitarios como para los padres y quizá poder emplear lo o distribuirlo de otro modo dentro del espacio del Niño Sano.

TABLE 1. Recommendations for Counseling

Recommended Maneuver	Organizations Recommending	Organizations Recommending Against	Evidence From Trials	References to Reviews and Trials	Results
Injury prevention (in general)	AAFP, AAP, CTF, GAPS, USPSTF, ICSI, Bright Futures		Yes	24–27, 30, 33	Modest decreases in some risk behaviors with counseling; the most effective strategies are multifactorial and time-intensive
Bicycle/motorcycle helmets	CTF, ICSI, Bright Futures		Yes	26, 32	Conflicting evidence, possible small effect of counseling on bicycle helmet use
Automobile occupant restraints	ICSI, USPSTF, Bright Futures		Yes	26, 32	Modest increase in automobile restraint use
Poisoning prevention	ICSI, CTF, Bright Futures	Mr Yuk stickers specifically; AAFP, USPSTF	Yes	30, 31, 135, 136	No difference in safety behaviors among counseled families; use of Mr Yuk stickers increases exposure to poisons
Choking prevention	ICSI, Bright Futures		No	None found	
Sunburn/skin cancer prevention	ICSI, CTF, USPSTF, Bright Futures		No	None found	
Violence, including child abuse, counseling	AAP, ICSI, Bright Futures		Yes	34	Interventions in the office setting do not prevent violent behavior; comprehensive and home visit-based programs have some effect
Passive smoke exposure counseling	ICSI, AAFP, USPSTF, Bright Futures		Yes	37, 38	Brief, office-based interventions not effective; modest effect of intensive counseling
Smoking/tobacco use counseling	ICSI, AAFP, GAPS, USPSTF, Bright Futures		No	39, 40, 107–110	Studies of adults find office counseling effective; effectiveness increases with treatment intensity
Drinking and drugs (including drinking and driving) counseling	ICSI, USPSTF, Bright Futures		Yes	32, 41, 42	Brief, office-based interventions not effective; 1 randomized, clinical trial showed slight increase in drinking in intervention group
STD prevention	AAFP, CTF, GAPS, USPSTF, Bright Futures		Yes	43–47	4 trials showed minimal effect of brief, office-based counseling; more intensive intervention resulted in decreased incidence of STDs
Pregnancy prevention	GAPS, ICSI, USPSTF, CTF, Bright Futures		No	48	No studies of brief, office-based counseling; of other programs, only intensive, multifaceted programs show an effect
Physical activity	AAFP, GAPS, Bright Futures		Yes	51, 52	Brief advice does not change physical activity; multimodal interventions have modest effect
Nutrition/diet counseling	AAP, GAPS, ICSI, AAFP, USPSTF, Bright Futures		No	49, 50	1 randomized, clinical trial underway
Breastfeeding	AAFP, CTF, ICSI, USPSTF, Bright Futures		Yes	54–56, 137, 138	One-on-one prenatal education increases breastfeeding, multifaceted programs have greater effect, breastfeeding support programs extend duration, counseling on pacifiers changes pacifier use but not duration of breastfeeding
Infant sleep position counseling	ICSI, AAP, Bright Futures		No	58	
Oral health counseling	AAP, ICSI, CTF, USPSTF, Bright Futures		No	59, 60	

Downloaded from www.pediatrics.org by on July 5, 2006

En la Tabla 1 se exponen las recomendaciones de consejo publicadas en Pediatrics en 2004 en función de existencia de evidencia en estudios publicados así como los organismos que las recomiendan, lo mismo sucede con la Tabla 2 sobre recomendaciones de screening.

Las recomendaciones del PAPPS-Grupo PREVINFAD que posteriormente se detallan se basan en que es una actividad que se engloba dentro de una intervención educativa más amplia y que no existen razones objetivas para negar o afirmar que sea eficaz para un mejor diagnóstico de trastornos de crecimiento de causa orgánica ni en mejoría de la morbi-mortalidad de los niños englobados en ella. Su bajo coste y los

efectos sobre los padres en cuanto a satisfacción por los cuidados recibidos hacen que no se excluya. (Calidad y Evidencia de Recomendación III C).

RECOMENDACIONES PREVINFAD / PAPPS:
- Deben monitorizarse el peso, la talla y el PC en todos los niños y en todos los controles de salud desde el nacimiento hasta los dos años.
- Estas mediciones se realizarán preferentemente en los exámenes de salud.
- La talla se medirá con el niño en decúbito supino hasta los 2 años.
- Se utilizarán preferentemente los estándares de referencia más próximos a cada Comunidad para el peso, la talla y el PC.
-El desarrollo puberal del niño debe valorarse mediante las escalas de Tanner.

TABLE 2. Recommendations for Screening

Recommended Screening Maneuver	Organizations Recommending	Organizations Recommending Against	Evidence From Trials	References to Reviews and Trials	Results
Periodic complete physical examination	AAP, GAPS, Bright Futures; ICSI (limited recommendation)		No	61, 62, 64, 140	
Repeated examination of the hips	CTF, Bright Futures		No		
Growth monitoring	AAP, GAPS, Bright Futures, AAFP, ICSI		No	65, 66	2 trials, patient-important outcomes not considered
Blood pressure monitoring	AAP, Bright Futures, ICSI, GAPS, USPSTF		No		
Scoliosis screening through examination	Bright Futures		No	67	
Assessment for physical and sexual abuse	Bright Futures, GAPS	CTF	No	34, 140	
Behavioral risk assessment	AAP, Bright Futures, ICSI, GAPS		No		
Alcohol use assessment	CTF, USPSTF, GAPS, Bright Futures		No	141	
Developmental assessment	AAP, Bright Futures, CTF, ICSI	CTF (DDST)	No	68, 142, 143	
Visual acuity screening	AAP, CTF, ICSI, Bright Futures		No	69, 71	
Amblyopia screening	AAP, CTF, ICSI, USPSTF, Bright Futures		Yes	73	1 trial of repeated screening by orthoptists in United Kingdom resulted in small decrease in amblyopia and improved visual acuity (NNT: 100)
Tuberculosis screening	AAP, Bright Futures, AAFP, ICSI, CTF, USPSTF		No		
Urine screening (infection)	AAP, Bright Futures	AAFP, ICSI, USPSTF, CTF	No		
Hyperlipidemia screening (>2 y)	AAP, AAFP, ICSI, GAPS, Bright Futures	USPSTF (children)	No	74	
Anemia screening (universal screening)	AAP, ICSI (1 time), Bright Futures (high-risk children)	USPSTF, CTF, AAPF, ICSI (annual screening of older children)	No	86	
Lead poisoning screening (high-risk children)	AAP, ICSI, CTF, AAFP, USPSTF, Bright Futures		No	75	
Chlamydia screening (sexually active adolescents)	AAP, ICSI, GAPS, AAFP, CTF, USPSTF, Bright Futures		Yes	76–79	Screening reduces the rate of subsequent pelvic inflammatory disease
Gonorrhea and HIV screening (high-risk sexual activity)	AAP, ICSI, GAPS, AAFP, CTF, USPSTF, Bright Futures		No		
Papanicolaou (Pap) smear (18–21 y)	AAP, GAPS, Bright Futures, ICSI	Recommended frequency varies	No	83	
HPV screening	GAPS, Bright Futures	CTF	No	82	
Hearing screening after newborn period	AAP, CTF (subjective), ICSI, Bright Futures	CTF (objective), USPSTF (middle childhood)	No		

HIV indicates human immunodeficiency virus; DDST, Denver Developmental Screening Test.

2.-LACTANCIA MATERNA.

Apoyar y fomentar la lactancia materna en los sucesivos Controles de Salud, 1ª semana, 1º , 2º, 4º, 6º y 12º meses para intentar mantenerla hasta, al menos, los 6 meses de modo exclusivo y hasta los 12 meses mientras se introduce la alimentación complementaria, esta es la recomendación de Previnfad. En este importantísimo item Osakidetza valora nuestro esfuerzo contando los lactantes en cuya historia consta hasta los 6 meses el tipo de lactancia que sigue y que se ha realizado consejo sobre lactancia materna.

3.- SUPERVISIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (DPM).

Dentro de este apartado consideraremos además los trastornos del espectro autista, el retraso del leguaje en preescolares y el TDAEH y su indicación o no de screening así como la prevención del retraso psicomotor causado por déficit de yodo.

Recomendaciones supervisión del desarrollo psicomotor (PREVINFAD):

- Identificar mediante anamnesis los RN con riesgo de trastorno del DPM.
- Evaluar el DPM de todo niño desde el nacimiento hasta los 2 años, puede realizarse en todas las visitas del control del niño sano (Test de Haizea-Llevant)
- Realizar estudio de causas del retraso del DPM y su derivación si procede.
- En niños con riesgo de parálisis cerebral (PCI) supervisar tono muscular, patrones posturales y reflejos osteotendinosos.
- Identificar familias de riesgo psicosocial: Antecedentes de trastornos psiquiátricos, adicciones, abusos, negligencia o maltrato; pobreza o marginalidad; madres adolescentes.
- Promoción de la lactancia materna.
- Realizar, siempre que sea posible, visita domiciliaria por parte de un profesional de AP en casos de alto riesgo psicosocial.

Recomendaciones para el cribado de trastornos del espectro autista (TEA):

En general no se recomienda realizar dicho cribado de modo sistemático con test específico en todos los niños. Sí se recomienda realizarlos a gemelos o hermanos de niños con TEA u otro trastorno no clasificado de retraso del DPM así como a niños con síntomas o indicadores de riesgo de TEA (Test de CHAT o ASSQ, en ANEXOS 1 y 2). Los niños que en el test de cribado resultasen positivos 2 veces con intervalo de 1 mes deben someterse a pruebas específicas diagnósticas de TEA.

Recomendaciones para realización de screening de retraso aislado del lenguaje:

Hay insuficiente evidencia para recomendar o no el uso rutinario de instrumentos formales de screenig en AP para detectar problemas de retraso del lenguaje en niños hasta los 5 años. Se excluyen los que presentaran factores de riesgo como problemas auditivos, malformaciones craneofaciales, etc.(3).

Prevención del retraso psicomotor por déficit de yodo.

Recomendaciones Previnfad:

- El pediatra de atención primaria debe conocer las cifras de TSH neonatal, es decir, sus valores cuantitativos. (II-2-A)
- Se recomienda el uso generalizado de sal yodada a toda la población, en cantidad de 1-3 g al día según la edad. (II-2-B)

Las cifras de TSH neonatales informan del déficit de yodo que pudiera existir en la zona en la que nos encontramos.

Screening del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH):

No se recomienda la realización de test de screening o detección de TDAH de modo sistemático a todos los niños. En el control correspondiente a los 6 años o inicio de escolarización y en los posteriores preguntar sobre adaptación y rendimiento escolar. Si se detectasen problemas sugestivos se pueden pasar test a padres y profesores tipo SNAP-IV.

4.- PREVENCIÓN DEL S. MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL):

El SMSL representa la 1ª causa de fallecimiento posneonatal entre 1 y 12 meses en países desarrollados con mayor incidencia entre 2º y 3º mes y poco frecuente en las 2 primeras semanas y después de los 6 meses.

Recomendaciones Previnfad-PAPPS:

Desde la 1ª visita y hasta los 6 meses (postura-tabaco-lactancia materna),

-Evitar postura en prono durante el sueño en los lactantes hasta los 6 meses, el decúbito supino es la postura más segura para dormir y es preferible al decúbito lateral.

-Evitar colchones blandos o de lana, almohadones, colgantes del cuello, cintas o cordones en zonas cercanas a la de dormir,

-Desaconsejar tabaquismo de los padres, especialmente de la madre ya desde la gestación.

-Evitar el arropamiento excesivo del lactante sobre todo en caso de fiebre, no tapar la cabeza, temperatura ambiente 20-22 ºC.

-Lactancia materna.

Medidas específicas para la población de alto riesgo:

-Monitorización a domicilio: en la actualidad no hay datos que prueben la efectividad de estos programas de monitorización.

Recomendación de USPSTF sobre uso del chupete:

Con una fuerza de recomendación B se aconseja utilizar chupete para poner a dormir a todos los lactantes, una vez esté bien establecida la lactancia, hasta los 12 meses de edad.

Esta recomendación surge de los resultados obtenidos en un metaanálisis de 2005 en el que se encuentra una fuerte correlación entre uso de chupete para dormir y reducción del riesgo de SMSL, se necesitan 2.733 niños usando chupete para evitar un caso de muerte súbita.(4)

Se trata de una medida barata, se desconoce el mecanismo por el que funciona, al igual que sucede con el cambio postural de prono a supino.

Plagiocefalia como consecuencia del cambio postural

Los consejos para la prevención del SMSL incorporan la recomendación de colocarlos en decúbito supino mientras duermen. Este cambio postural ha tenido como consecuencia un incremento de la prevalencia de plagiocefalia no sinostósica, que en 1974 se detectaba en 1 de cada 300 lactantes y que en 1996, pasó a diagnosticarse en 1 de cada 60. La prevalencia de esta deformidad se ha incrementado, detectándose hasta en el 8-11,6% de los lactantes menores de 6 meses en estudios recientes, pudiendo persistir cierto grado de deformidad a los 2-3 años hasta en un tercio de los niños, con consecuencias no bien conocidas a largo plazo (5).

Recomendaciones: pesar de la débil calidad metodológica de los estudios existentes sobre el tema, parece existir unanimidad, todas las intervenciones resultan eficaces para devolver al cráneo su aspecto normal:

-Cambios posturales con o sin fisioterapia.

-Ortesis craneal (OC).

La elevada prevalencia actual de esta deformidad hace recomendable que el pediatra de atención primaria preste atención a su correcto diagnóstico y a que ponga en marcha las medidas de corrección adecuadas.

Es recomendable iniciar el tratamiento con cambios posturales, acompañado o no de sencillas maniobras de fisioterapia si la plagiocefalia se acompaña de tortícolis. Estas medidas pueden resultar eficaces en la mayoría de los niños, reservándose la OC para los casos refractarios, dado que no existen estudios bien diseñados que demuestren la

superioridad de la OC sobre los cambios posturales, suponiendo la primera intervención además un importante desembolso económico para la familia del niño.

5.- DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA (DEC):

Al analizar las recomendaciones actuales de esta actividad preventiva que realizamos en todos las visitas del lactante aparecen importantes discrepancias entre lo publicado este año 2006 por el USPSTF y PREVINFAD-PAPPS.

El US Preventive Services Task Force concluye que la evidencia es insuficiente para recomendar un screening rutinario de displasia de caderas en niños como un método para prevenir el problema. Se basan en que la historia natural y la evolución de la displasia de cadera están muy mal definidas:

-el 60-80% de las caderas etiquetadas como anormales al nacimiento y más del 90% de las identificadas por Ecografía se normalizan espontáneamente,

-del tratamiento ortopédico o quirúrgico consiguiente pueden derivarse problemas tan serios como la necrosis avascular de cadera.(6)

Recomendaciones Previnfad-PAPPS:

-Realizar maniobras de Ortolani y Barlow en el periodo neonatal precoz, derivar al ortopeda si fueran positivas. Recordar que el clic de cadera es normal.

-Exploración de caderas: abducción y simetrías en todas las visitas del niño sano hasta los 12 meses.

-Ecografía de caderas entre 4 y 8 semanas o radografía si es mayor de 3 meses ante una clínica dudosa o anormal y ante marcadores de riesgo: 2 o más de estos:

Sexo femenino.
Presentación nalgas.
Antecedentes familiares positivos de DEC.

Otros marcadores no bastan para pedir pruebas complementarias, los anteriores engloban el 60% de los casos de DEC.

6.- CRIPTORQUIDIA:

Las recomendaciones de realizar cribado de criptorquidia para su tratamiento quirúrgico a una edad determinada pretenden prevenir la infertilidad y una posible malignización. Los estudios existentes son poco claros en cuanto a determinar la edad en que deberían ser derivados.

La USPSTF y la Canadian Task Force incluyen la prevención del cáncer testicular en el varón con antecedente de criptorquidia tratada ya que tienen un riesgo relativo 3,5 veces mayor de malignización con pico de incidencia entre 15 y 45 años, el 10-15 % de los tumores aparecen en el testículo contralateral al criptorquídico. Su recomendación es realizar exploración testicular sistemática y enseñar autoexploración a los varones con historia previa de criptorquidia (Recomendación III-C)

En cuanto a la afectación de la fertilidad existen estudios que demuestran que la degeneración de las células germinales que se encuentra sucede posnatalmente, sobre todo, a partir del año de edad si no se desciende el testículo, esto se traduce en una disminución del índice de fertilidad (nº de espermatogonias/50 túbulos seminíferos) en los varones con criptorquidia unilateral. Sin embargo, no se correlaciona con una menor paternidad significativa.

De todos modos, se admite que el índice de fertilidad de los testículos criptorquídicos mejora significativamente cuando disminuye la edad del descenso y algunos aconsejan intervenir antes del año de edad aunque no existe evidencia científica

suficiente y sí estudios recientes en los que no se encuentra relación fertilidad-cambios histológicos y edad de la orquidopexia.

Recomendaciones Previnfad-PAPPS:

Se recomienda cribado de criptorquidia en el nacimiento, 6 meses y 12 meses.

Está en discusión el momento de derivación, en el RN a término desde los 6 meses podría ser derivado porque si no ha habido descenso para esa edad, no lo va a hacer más adelante y en el pretérmino se puede esperar más.

7.- PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL:

Las actividades y recomendaciones de Previnfad se dividen atendiendo a la edad del niño, así:

-De 0 a 2 años:

Realizar exploración de la cavidad oral y seguimiento de la erupción de la dentición primaria. Se consideraría anormal la falta de erupción de la 1ª pieza a los 15-18 meses y la falta de alguna pieza a los 30 meses.

Profilaxis de caries dental mediante:

- la ingesta de agua fluorada, cepillado dental; en menores de 2 años cepillado solo con agua o con dentífrico con menos de 250 ppm de fluor.
- informar sobre alimentos cariógenos, evitar endulzar chupetes, desaconsejar dormir con biberón de leche o zumo.

Vigilar la aparición de maloclusión (mordida abierta por chupete).

-De 2 a 6 años:

Insistir en consumo de agua fluorada, cepillado dental con dentífrico con 500 ppm de fluor máximo.

-De 6 a 14 años:

Búsqueda de maloclusión .

Recordar que acudan al programa PADI.

Consumo de agua fluorada y cepillado dental y uso de dentífrico con 1000-1450 ppm de fluor.

8.- DETECCIÓN DE ANOMALÍAS VISUALES:

Aparte de la exploración ocular de la primera visita en que intentamos descartar anomalías congénitas tales como cataratas, colobomas, glaucoma, aniridia, estrabismo fijo mediante inspección y reflejo rojo, centraremos las recomendaciones en el despistaje de la ambliopía con o sin estrabismo asociado y defectos de refracción, el daltonismo es excepcional aunque los defectos parciales pueden aparecer en el 1% de los varones.

La ambliopía se define como la reducción uni o bilateral de agudeza visual causada por una estimulación visual inadecuada del cerebro durante el periodo crítico del desarrollo visual. Su causa más frecuente es el estrabismo seguido de la anisometría o diferencia significativa en la capacidad refractiva de un ojo que produce una imagen borrosa. El cerebro ignora las imágenes provenientes de un ojo mal alineado o con visión borrosa.

Hay que tener en cuenta que la ambliopía es la causa más común de pérdida de visión en países desarrollados y afecta al 2-5% de la población general. El estrabismo al 3-6% de los cuales el 30-50% desarrollará ambliopía, la prevalencia combinada de amos es del 5%. En cuanto a la repercusión que la ambliopía puede tener en los logros académicos, laborales, de nivel socioeconómico, salud física y mental de los afectados no se han encontrado diferencias significativas en un estudio de cohortes recientemente

publicado, el despistaje se justificaría por la posibilidad de accidente o pérdida de visión del ojo sano que sucede en el 1-3% de los amblíopes (7). Se necesitan más estudios para valorar el impacto individual más que el general.

Los defectos de refracción, en general, afectan al 20% de los niños.

Exploración visual:

-Valorar existencia de antecedentes familiares de ambliopía y/o estrabismo.

-Reflejo rojo en primeras visitas.

-Test de Hirschberg : detecta estrabismo fijo.

-Cover-test: detecta estrabismo latente u oculto.

-Defectos de refracción: inexcusable a los 3-4 años, derivar si la agudeza visual es menor de ½ a los 4 años o menor de 2/3 a los 6 años así como las asimetrías mayores del 10%.

-Exploración de la visión cromática mediante el test de Ishihara a los varones a partir de 6 años ya que el resto de test que existen para explorarlo buscan detectar la ceguera total a uno o más colores lo cual es excepcional.-Anexo 3.

Recomendaciones de expertos

-Unánime: Cribado de agudeza visual y ambliopía antes de los 4 años.

-Casi todos: Examinar a recién nacidos y lactantes en busca de alteraciones oculares y de alineación.

-Controversia: Control de agudeza visual hasta la adolescencia, depende de los medios económicos del sistema de salud. El PAPPS recomienda realizarlo cada 1-2 años mientras que la USPSTF concluye que no existe suficiente evidencia para recomendar o no la realización del cribado y en todo caso lo hacen en contra por las molestias y costos que pudiera ocasionar y el hecho de que los defectos de refracción pueden ser rápidamente corregidos dado que producen síntomas.

9.- DETECCIÓN DE LA HIPOACUSIA INFANTIL:

La prevalencia de hipoacusia en el recién nacido y lactante es de 1,5 a 6 por mil nacidos vivos según se trate de hipoacusia grave o de algún grado respectivamente. En edad escolar la hipoacusia de más de 45 dB es de 3 por mil y de cualquier grado de 13 por mil.

Las otitis medias serosas rara vez producen, por si mismas, pérdidas auditivas superiores a 20 ó 30 dB y por ello, está en discusión su repercusión sobre el desarrollo del lenguaje.

Indicadores asociados a sordera neurosensorial o de conducción en lactantes de 29 días a niños de 3 años que requieren un control periódico de la audición (JCIH, 1994).

Tipo de sordera	Indicador asociado
Neurosensorial tardía	- Historia familiar de sordera neurosensorial infantil de aparición tardía. - Infección intrauterina como citomegalovirus, rubéola, sífilis, herpes o toxoplasmosis. - Neurofibromatosis II y enfermedades neurodegenerativas.
De conducción	- Otitis media recidivante o persistente con derrame. - Deformidades anatómicas y otras anomalías que afecten a la función de la trompa.

	- Enfermedades neurodegenerativas.

Resumen de recomendaciones de los diferentes grupos de expertos, asociaciones y entidades.

Entidad	Recién nacidos	Después del periodo neonatal
JCIH (1) 1994	- Cribado universal con prueba objetiva antes de tres meses. - De no existir: cribado en los que presenten indicadores de riesgo.	- Prueba objetiva cuanto antes en los menores de 2 años con indicadores de riesgo. Control periódico hasta 3 años de aquellos con riesgo de sordera de aparición tardía.
USPTSTF (2) 1996	- Hay insuficientes evidencias para recomendar a favor o en contra del cribado universal. - La recomendación del cribado para grupos de alto riesgo puede hacerse en base a una serie de razones (prevalencia relativamente alta de hipoacusia, ansiedad o preocupación paternos, y el beneficio potencial en el desarrollo del lenguaje del tratamiento precoz).	- Los clínicos que examinan lactantes y niños pequeños deben permanecer alerta a síntomas o signos de hipoacusia. - Hay insuficientes evidencias para hacer recomendaciones a favor o en contra del cribado sistemático de los adolescentes. Hay razones para recomendar que no se hagan salvo en los expuestos a excesivo nivel de ruido por razones ocupacionales. - No se recomienda el cribado sistemático de niños después de la edad de 3 años.
PAPPS (3) 1998	- Implantación progresiva del cribado universal. Cribado en grupos de riesgo donde no exista el universal	- Prueba objetiva a todo lactante o preescolar con indicadores de riesgo de hipoacusia hereditaria de aparición tardía. - En los niños sin datos de riesgo, interrogar a la familia sobre su audición, exploración subjetiva mediante la reacción al sonido y seguimiento de la adquisición del lenguaje verbal, realizando audiometría o prueba electrofisiológica a los sospechosos de hipoacusia.
BFG (4) 1994	- Cribado universal antes de los 3 meses de edad.	- Cribado a los 3, 6, 8 y 10 años y anualmente de 11 a 21 si el adolescente está expuesto a ruido intenso, tiene infecciones recurrentes o refiere problemas.
NIH (5) 1993	- Idem previo con otoemisiones.	
CTFPHE (6) 1994		- Evaluación periódica de la audición en los controles del niños sanos durante los primeros dos años de vida mediante preguntas a los padres y reacción al sonido. Recomendaciones contra el cribado rutinario en edad preescolar.

AAFP (7) 1994	- Cribado en grupos de alto riesgo.	- No recomienda cribado en niños después de 3 años de edad.
AAP (8) 1995	- Asociación incluida en el Joint Committee	- Interrogar a la familia sobre la audición del niño durante la infancia en los controles de salud. Prueba objetiva a los 3, 4, 5, 10, 12, 15 y 18 años.
ASHA (9) 1990	- Asociación incluida en el Joint Committee	- Audiometría y timpanometría anual para todos los niños desde un nivel de desarrollo de 3 años hasta tercer grado (E.E. U.U.) y para todos los niños de alto riesgo.
	- Cribado de recién nacidos con indicadores de riesgo.	- Prueba objetiva a todo lactante con indicadores de riesgo.

(1) Joint Committee on Infant Hearing, (2) U.S. Preventive Service Task Force, (3) Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, (4) Bright Future Guidelines (USA), (5) National Institute of Health (USA), (6) Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, (7) American Academy of Family Physicians, (8) American Academy of Pediatrics, (9) American Speech-Language-Hearing Asociation, (10) Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (INSALUD, FIAPAS, AEP, SEORL).

10.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES:

En nuestra Comunidad llevamos a cabo el programa Zainbide de prevención de accidentes infantiles que mediante la utilización de preguntas abiertas se ofrece un consejo personalizado que intenta adaptarse a la situación y disposición de la familia para que dicho consejo sea más eficiente. Además se entrega información por escrito en forma de guías. La realización de este consejo, como aparece en la tabla de la página 3, está apoyada por muy diversas asociaciones.

Consejos preventivos de los accidentes infantiles según el grupo de edad

De 0 a 2 años	- Seguridad en el automóvil. - Temperatura del agua de baño. - Prevención de incendios en el hogar (cocina). - Elementos peligrosos del hogar (espitas, enchufes, puntas, cortantes, ventanas, ángulos de puertas) - Prevención de la aspiración de cuerpo extraño. - Almacenamiento de drogas y sustancias tóxicas y cáusticas (a partir de los 9 meses). - Teléfono del Instituto de Toxicología.
De 2 a 6 años	- Seguridad en el automóvil y educación vial. - Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas. - Elementos peligrosos del hogar. - Prevención de incendios en el hogar. - Seguridad en las piscinas. - Prevención de la aspiración de cuerpo extraño. - Seguridad en bicicleta. - Teléfono del Instituto de Toxicología.
De 6 a 14 años	- Seguridad en el automóvil y educación vial. - Seguridad en bicicleta, ciclomotor y monopatín. - Consejo antialcohólico en adolescentes. - Prevención de incendios en el hogar. - Seguridad en las piscinas. - Prevención de intoxicaciones. - Prevención de la conducta violenta y el uso de armas en adolescentes. - Teléfono del Instituto de Toxicología.

Recomendaciones Previnfad.

11.- PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA: TABACO- ALCOHOL-DROGAS

Uno de los problemas de salud pública durante la adolescencia es el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y las conductas de riesgo relacionadas las mismas. Sin embargo el verdadero problema no son las drogas en sí mismas, sino el cómo nos relacionamos con ellas. Es por eso que las estrategias preventivas basadas de forma exclusiva en el control de la oferta, en la simple información sobre las drogadicciones o en el recurso a imbuir miedo en los posibles consumidores, han fracasado o han tenido resultados muy mediocres. Hoy en día la tendencia en prevención debe considerarse de una forma integral e inespecífica como prevención de conductas de riesgo en la adolescencia.

Los programas de prevención educativos (PPE) desarrollados en la escuela sobre esta actividad que nos ocupa presentan mayor fuerza y calidad de recomendación (II-2B) que los consejos que desde AP reciben (III-C). De todas formas, la mayoría de los PEE cuyas evaluaciones podemos encontrar en la literatura, son de procedencia anglosajona. En España suelen ser de ámbito municipal con metodología correcta pero son difíciles de encontrar y sus evaluaciones, si las tienen.

CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

En la tabla 2 se muestran la calidad de la evidencia de las recomendaciones para cada tipo de consejo.

Tabla 2

Consejo	Población	Evidencia
Tabaco	Adultos	II-1 A
Tabaco	Gestantes	II-1 A
Tabaco	Adolescentes	III-C
Alcohol	Adultos	II-1-B
Alcohol	Gestantes	III-C
Alcohol	Adolescentes	III-C
Drogas	Adultos	III-C
Drogas	Adolescentes	III-C

Recomendaciones de consejo antitabaco:

Realizar anamnesis de consumo y consejo de hábitos saludables al menos una vez al año en todas las actividades preventivas realizadas en consulta, también en las oportunistas por problemas de salud. Es importante el consejo continuado y dado por diferentes profesionales ya que ejerce efectos a largo plazo en cuanto a evitar recaídas o inicio de consumo.

Consejo orientado a los aspectos estéticos como oscurecimiento dental, mal aliento, bajo rendimiento deportivo y posibilidad de adicción al tabaco.

Estas recomendaciones son similares en prevención de consumo de alcohol y otras drogas.

12.- CONSEJO DE PROTECCIÓN SOLAR Y CÁNCER DE PIEL

Las recomendaciones de Previnfad para llevar a cabo por los profesionales de Atención Primaria, aun teniendo en cuenta la situación favorable de España respecto a

otros países en relación a la incidencia de melanomas y otros tumores cutáneos, son las siguientes:

-Dar consejo sobre evitación de la exposición excesiva al sol sin que suponga la disminución de estancia en espacios al aire libre.

-Recomendar empleo de cremas solares, especialmente a los padres con hijos menores de 3 años de edad y a los adolescentes en las visitas realizadas en primavera y verano. (Evidencia II-2, Recomendación I).

Para hacer efectivas estas recomendaciones el consejo incluirá estas medidas:

- Evitación de la exposición solar en las horas centrales del día y buscar sitios con sombra.
- Utilizar ropa que cubra la piel (camiseta con mangas y pantalones tipo bermudas), sombrero con alas y gafas con filtro UV-A y UV-B.
- Empleo de cremas con factor de protección 15 o superior pero no como única medida de fotoprotección, con filtro UV-A y UV-B, resistentes al agua. Han de aplicarse antes de la exposición al sol y cada 2-4 horas según tipo de piel, número de baños, hora del día e intensidad del sol. En menores de 6 meses, si es inevitable la exposición solar, también debe utilizarse crema protectora en las zonas de piel descubiertas.
- Se tendrá especialmente en cuenta el tipo de piel y otros condicionantes de fotosensibilidad a la hora de especificar la clase e intensidad de las medidas protectoras, como se especifica en la tabla siguiente:

Tipo de piel	Tipo de prevención
Piel tipo I (se quema siempre y no se broncea nunca)	Evitar la exposición al sol al mediodía y protegerse con pantalones largos, camisa de manga larga y sombrero en caso de exposición. Fotoprotector resistente al agua (factor 15 ó superior) diariamente en verano y también en caso de exposición
Piel tipo II (se quema siempre y se broncea poco)	Minimizar la exposición solar al mediodía. Ropa protectora y factor fotoprotector (factor 15 ó más) si hay exposición
Piel tipo III (a veces se quema y siempre se broncea)	Exposición intensa: igual que tipo II. Exposición moderada: fotoprotector factor 10-15
Piel tipo IV-VI (no se suele quemar; V y VI piel oscura o negra)	No necesita protección habitualmente
Xeroderma pigmentoso*	Evitación estricta de la luz ultravioleta. Siempre ropa larga y gorro. Uso habitual de factor fotoprotector factor 15 ó superior
SFNAM**	Como piel tipo I
Nevus atípicos	Como piel tipo II
Albinismo	Como piel tipo I, estricto

* Nevus melanocíticos muy abundantes con múltiples nevus atípicos. ** Síndrome familiar de nevus atípicos y melanoma (dos o más parientes de primer grado). Modificado de Williams ML, Pennella R. Melanoma, melanocytic nevi, and other melanoma risk factors in children. J Pediatr 1994; 124: 833-845.

13.- FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA INFANCIA: HTA, HIPERCOLESTEROLEMIA Y OBESIDAD

La patología cardiovascular es de origen multifactorial y su prevención debe enfocarse de una manera integrada teniendo en cuenta los distintos factores de riesgo

conocidos y vulnerables: hipertensión, dislipemia, obesidad, dieta, actividad física y tabaquismo.

En este apartado nos centraremos en los tres primeros factores de riesgo, aunque de la dieta nos referiremos de modo indirecto al hablar de dislipemia y obesidad y al ejercicio físico dedicaremos un epígrafe posteriormente.

En términos generales, los objetivos que nos debemos plantear son los siguientes:

-una dieta cardiosaludable
-la práctica de unos mínimos de ejercicio físico
-reducir el tabaquismo pasivo
-identificar los niños obesos, detectando aumentos de peso rápidos y
-medir la presión arterial (PA) a partir de los 3 años.

A.-Hipertensión arterial (HTA):

Es importante puntualizar que los valores de Tensión Arterial en la infancia no son buenos predoctores de las cifras que se puedan tener en la vida adulta.

No se conoce el valor predictivo de la HTA esencial en niños y adolescentes ni si su tratamiento precoz es capaz de modificar la morbilidad asociada a la HTA del adulto. No existe mayor prevalencia de HTA en menores de 18 años si alguno de sus progenitores es hipertenso aunque en los niños que presentan HTA primaria o secundaria se encuentran antecedentes familiares positivos en el 40-50% de los casos.

Por otro lado, existe evidencia de que la lactancia materna podría asociarse a una baja tensión arterial en la infancia (8).

Definición de HTA: TA superior al p95 para las gráficas de TA-Talla y la TA normal-alta aquella superior al p90. La toma de una cifra de TA, si es inferior al p90, es suficiente. En caso de ser mayor del p90 serán necesarias dos tomas de TA separadas una semana con cálculo de la media aritmética.

Recomendaciones de grupos de expertos: Existen gran variedad en función de la prevalencia del problema en cada país, así:

-USPSTF: recomienda cribado en adultos y niños sin especificar periodicidad-

-AAP, AHA, AMA: medir TA cada uno o dos años en los controles periódicos de salud.

-Canadian Task Force: medir TA a partir de 21 años de edad.

-British Hypertensive Society: no recomienda que los pediatras midan periódicamente la TA.

-En nuestro medio, para descartar la TA secundaria que es la más frecuente, se aconseja tomar la TA entre los 3 y 6 años, y a partir de los 11 años, una segunda determinación para descartar la HTA esencial o primaria que, si lo hace, aparece después de dicha edad.

Es importante recordar la utilización de un manguito adecuado al tamaño del brazo dado que pueden obtenerse cifras de TA falsamente inferiores o elevadas dando lugar a iatrogenia (alarma en los padres, analíticas y derivaciones innecesarias). (9)

Edad	Tamaño de manguito
< 1 año	2,5 cm
1 - 4 años	5 - 6 cm
4 - 8 años	8 - 9 cm
> 8 años	12 - 13 cm

Previnfad- Factores de riesgo cardiovascular en

la infancia.

B.- Hipercolesterolemia:

Magnitud del problema: Existen dos circunstancias que determinan la actuación que actualmente se recomienda seguir:

-Más del 20 % de los niños en edad escolar tienen una cifra de colesterol mayor de 200 mg/dl y sólo el 50-60 % tienen menos de 175 mg/dl (cifra "deseable" según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría). Casi todos estos colesteroles "elevados" son formas poligénicas, en las que juega un papel importante el exceso de grasas en la dieta.

-La prevalencia de la hipercolesterolemia familiar es de 1/500 en la población general. Este trastorno se debe a un déficit funcional de los receptores de LDL, que predispone a problemas coronarios precoces (antes de los 55 años).

Además, no existe evidencia para recomendar el cribado universal de niveles de colesterol en los niños ya que se ha visto que niveles altos de colesterol en la infancia no suelen asociarse a niveles altos en adultos y viceversa.

Recomendaciones de expertos: Se dividen en dos, una poblacional de la que se benefician todos los niños, hipercolesterolémicos o no, y la segunda individual dirigida a niños con factores de riesgo.

-Estrategia poblacional: En todos los exámenes de salud realizar:

1.Recomendaciones dietéticas a todos los niños de 2 a 14 años (dieta mediterránea).
2.Consejo sobre práctica de ejercicio físico moderado habitual y mejor aún, deporte reglado si se trata de población urbana.
3.Consejo antitabaco.

-Estrategia individual.

1.Determinar cifra de colesterol a partir de los 2 años de edad a niños con factores de riesgo por tener antecedentes familiares de hipercolesterolemia severa, principalmente hiperlipemia familiar combinada o hipercolesterolemia familiar heterocigoto en padre o madre y/o cardiopatía isquémica precoz en familiares de 1º y/o 2º grado, antes de los 55 años en varones y de los 65 años en mujeres.
2.Realizar cribado en niños y adolescentes con otros factores de riesgo asociados como HTA, diabetes, obesidad, tabaco, inactividad física.

C.- Obesidad:

Las recomendaciones respecto a la realización del cribado tienen una **calificación I** ya que aunque existe insuficiente evidencia (en cantidad) sobre la efectividad de la intervención en los casos detectados, la actividad resulta recomendable por la importancia del problema a prevenir y la suficiente evidencia que relaciona las técnicas de cribado propuestas con la detección del problema de salud.

Objetivos del cribado:

a) La identificación y seguimiento de pacientes de riesgo.

En razón de los conocimientos actuales deben ser considerados de riesgo los antecedentes obtenidos mediante anamnesis

• Obesidad en los padres
• Sobrepeso al nacimiento
• Comportamiento sedentario
• Dieta inadecuada

b) La identificación de cambios en el percentil (P) de IMC.

En todas las visitas a partir de los dos años valoración regular de peso y talla, cálculo del índice de masa corporal y comparación con las curvas de referencia para edad y sexo. Se consideran hallazgos de riesgo:

• Rebote adiposo antes de los 5 años.
• Incremento del IMC ≥ 2 unidades / año..
• En mayores de 2 años un IMC ≥ P85: sobrepeso.
• En mayores de 2 años IMC ≥ P95: obesidad.

Tabla 2: Recomendaciones sobre educación y consejos preventivos clasificados de acuerdo a las evidencias disponibles que apoyan su inclusión en los controles de salud periódicos de 0 a 18 años, por grupos de edades. (ICSI).[46,47]

Grupo de edad en años	Clasificación de las recomendaciones sobre consejo		
	A	B	C
	Buena evidencia para su inclusión	Suficiente evidencia para su inclusión	Insuficiente evidencia directa sobre el consejo pero evidencia suficiente que relaciona el tópico con el problema de salud
0-2	Lactancia materna	Actividad física	-
3-6		Actividad física	5 al día (frutas y vegetales) Padres como modelo Tentempiés saludables
7-12	Limitar las grasas saturadas	Balance calórico de nutrientes Actividad física	5 al día (frutas y vegetales) Padres como modelo Tentempiés saludables
13-18	Limitar las grasas saturadas	Balance calórico de nutrientes Actividad física	5 al día (frutas y vegetales) Padres como modelo Tentempiés saludables

14.- EJERCICIO FÍSICO:

En los estudios realizados en nuestro país sobre prevalencia de actividad física adecuada, las cifras varían del 20 al 46% entendiéndose como adecuado emplear 20 minutos 3 veces por semana.

Como ya ha quedado reflejado en el apartado 13 sobre factores de riesgo cardiovascular, la investigación y recomendación sobre realización de ejercicio físico aparece con insistencia de modo que en los programas de salud para infancia y adolescencia debe estar incluído.

<u>Recomendaciones según nivel de evidencia</u>

- La actividad física es un factor de protección de ECV. (Nivel de evidencia II-2 y II-3, recomendación B)
- La recomendación anterior de 20 minutos diarios de ejercicio, tres o más veces por semana, actualmente se ha desplazado, tanto en adultos como en niños a partir de los 2 años de edad, hacia la recomendación de 30 a 60 minutos diarios de actividad física moderada a intensa, preferiblemente todos los días de la semana.
- Disminuir el tiempo dedicado a la TV y videoconsola a menos de 2 horas al día (II-2).

Recomendaciones sobre actividad física y deportiva en la infancia. (*)

*A pesar de que la calidad de la evidencia se soporta por opinión de expertos (III), el consenso en las recomendaciones es casi unánime así como en la necesidad de aplicarlas .

- Todo niño escolar y adolescente debe participar regularmente en alguna actividad física adecuada que a largo plazo forme parte de su estilo de vida.
- El tipo y cantidad de ejercicio no están determinados, aunque se estima que en preescolares puede ser suficiente la actividad innata espontánea cuando se le permite el juego libre y en escolares y adolescentes se recomiendan al menos 20 minutos diarios de ejercicio, tres o más veces en semana.
- Debe alentarse a la participación de padres en programas de actividad física y asesorar a la familia y la escuela.
- Se recomienda recoger los hábitos de actividad física en la historia clínica y en las visitas periódicas de salud y hacer una exploración de "no contraindicación deportiva" para escolares que realizan deporte de competición o de fuerza, teniendo en cuenta las limitaciones de la actividad deportiva en ciertas enfermedades pediátricas.
- Los deportes organizados son preferibles a partir de los seis años, por deseo del niño y con el objetivo de disfrutar. El deporte organizado asegura la actividad física regular. El pediatra debe intervenir supervisando si la actividad es adecuada para el niño (desde el punto de vista motor, social, médico, etc.) y aumentando la seguridad para la prevención de riesgos asociados al deporte, así puede ser importante intervenir sobre padres, entrenadores, consejos escolares, etc.
- En el entrenamiento con fuerza deben alternarse las condiciones aeróbicas con las de resistencia. Éstas deben incluir el mayor número de grupos musculares, con ejercicios progresivos de 8-15 repeticiones.

Osakidetza ha puesto en marcha este año 2006 el programa "Pausoz-Pausa" para fomentar la actividad física desde las consultas de AP.

Se trata de investigar el grado de actividad física que realiza cada persona, si este es insuficiente y existe motivación para el cambio (método Prochaska) se le proporciona un podómetro para de forma objetiva evaluar los progresos que realiza y reforzar los logros.

El número de pasos por día que se registren nos informan del nivel de actividad, así se considera sedentario o inactivo < 5.000 pasos/día; poco activo de 5.000 a 7.000; casi activo 7.500 a 10.000; activo > 10.000.

15.- PREVENCIÓN DE LA FERROPENIA:

La situación actual de la recomendación de realización de cribado de ferropenia en lactantes así como la necesidad de añadir suplemento de hierro en la dieta es la siguiente según USPSTF:

-la evidencia es insuficiente para recomendar o no el screening rutinario de deficiencia de hierro en los lactantes de 6 a 12 meses

-se recomienda la suplementación rutinaria de hierro en lactantes asintomáticos de 6 a 12 meses con riesgo elevado de anemia ferropénica, la evidencia es insuficiente para recomendarlo cuando el riesgo es bajo(9)

Las recomendaciones de Previnfad según los factores de riesgo de ferropenia son:

-Grupo I: Factores de riesgo perinatal: RNPT, RN bajo peso para edad gestacional, gestaciones múltiples, ferropenia materna durante el embarazo, hemorragias útero-placentarias, hemorragias neonatales o múltiples extracciones sanguíneas.

La pauta es administrar 2-4 mg /Kg/día de hierro a partir del 4º-6º mes durante un mínimo de 3 meses y al finalizar medir parámetros analíticos.

-Grupo II: Factores de riesgo entre 1 y 12 meses: Lactancia materna exclusiva más allá de los 6 meses, leche de fórmula de inicio no fortificada con hierro después de los 6 meses, leche de vaca antes de los 12 meses, bajo nivel socioeconómico.

Profilaxis con hierro oral como en el grupo anterior.

-Grupo III: Factores de riesgo a partir de 12 meses: Alimentación incorrecta con exceso de lacteos y carbohidratos y poca carne magra, frutas y verduras, pica, infecciones frecuentes, hemorragias, cardiopatías cianosantes, uso prolongado de AINES o corticoides orales.

En este grupo se recomienda realizar cribado analítico previo.

16.- PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA:

Magnitud del problema:

Aunque en la literatura se reitera que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20 % del total de sucesos de maltrato infantil los datos del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar tienen suficiente solidez para conocer el fenómeno epidemiológico del maltrato infantil. La prevalencia encontrada en España en el periodo 1997/1998 fue de 7,16 niños maltratados por 10.000 niños menores de 18 años (10).

Factores de riesgo:

La génesis del maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo si no por la existencia de una acumulación de ellos.

Con los datos publicados por el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar dirigido por el Centro Reina Sofía los factores de riesgo encontrados en el niño maltratado fueron:

− Niño o niña, indistintamente, menor de un año o entre 13 a 15 años.
− En caso de abuso sexual el 81,1% eran niñas.
− Presentaban problemas de salud el 17,6% de los niños.
− El 15,8 % de los niños padece problemas de conducta o psiquiátricos.
− 10,7% no presenta desarrollo físico adecuado.
− 9,7% padece minusvalías psicológicas.
− En el 56,6% de los casos convive en una familia biparental tradicional. El 13,9% en familias reconstituidas y el 5 % en familias adoptivas.
− En el 22,5% de los casos coexiste maltrato a la mujer, frente al 6 % en los hombres.

En cuanto a los factores de riesgo relativos al agresor en España, se encuentra que:

− El 52,5% de los agresores son la madre biológica del niño.
− El 10,3% de las mujeres agresoras había sido abandonada por su pareja.
− El 4,6% de los agresores fue el padre no biológico.
− 93,2% de los padres tenían estudios primarios o carecían de estudios.
− 75,1% estaban desempleados, el 62,2% de los desempleados eran mujeres.
− 36,2% de los agresores consumían sustancias tóxicas (alcohol u otras drogas).
− 15,5% padecían trastornos psiquiátricos o de la personalidad.

− El 12,4% tenían antecedentes penales.
− El 9,7% habían padecido maltratos durante si infancia.

Intervenciones preventivas en el maltrato infantil

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad).

A. Prevención del maltrato infantil Prevención Primaria
− Formación profesionales
− Identificación de familias de riesgo
− Incrementar habilidades en los padres mediante la educación sanitaria (accidentes, alimentación, higiene, desarrollo psicomotor, disciplina constructiva)
− Prevenir embarazo no deseado, sobre todo, en mujeres jóvenes
− Uso de Guías Anticipadoras
− Programa del Niño Sano
− Modificar actitudes de los padres ante el establecimiento de normas y limites
− Observar y educar en las consultas de pediatría
− Promocionar las capacidades innatas de los padres

B. Prevención Secundaria
− Reconocer e intervenir en casos de violencia domestica entre adultos
− Remitir a Salud Mental padres con toxicomanías o trastornos psiquiátricos
− Información sobre redes de apoyo institucional o no gubernamental
− Coordinación con trabajador social
− Visita domiciliaria prenatal y hasta los dos años
− Aumentar el número de visitas de seguimiento
− Promover la estimulación del niño

Efectividad de la prevención del maltrato infantil desde la Atención Primaria

No existe consenso sobre las intervenciones preventivas en el abuso infantil. En parte debido a que el estudio de la prevención del maltrato esta limitada por la complejidad del problema, la dificultad de medir las variables e interpretar los resultados y el desconocimiento de cómo interactúan las variables que determinan el riesgo y el consiguiente abuso. Además es notable la diferencia existente en los programas que sostienen estas intervenciones, tanto en sus niveles de actuación, como en sus recursos humanos y económicos, sostenidos por pequeñas evidencias que justifiquen su efectividad.

17.- PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO DESEADO Y E.T.S. EN ADOLESCENTES:

Recomendaciones de Previnfad:

1.Incluir en todos los controles de salud recomendaciones a los padres para la educación en salud sexual y reproductiva de sus hijos adecuada a la edad.

2.Entre los 12 y 19 años:
- Proporcionar consejos individualizados según preferencias, conocimientos y habilidades.
- Ofrecer información verbal y escrita.
- Empatía, confidencialidad, apoyo y actitud no juzgadora.
- Realizar anamnesis para identificar actividad sexual:

En adolescentes no iniciados

* Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a su edad.

* Consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación.
* Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.

Efectividad del consejo en el medio sanitario

Muy pocos estudios han evaluado la efectividad del consejo individualizado a adolescentes en las consultas, la mayoría de ellos en consultas ginecológicas o de contracepción. Sus resultados son poco consistentes y mezclados, por lo que no permiten conclusiones.

La evaluación de una intervención controlada realizada por pediatras de atención primaria en Washington, obtuvo un incremento en la utilización de preservativos 18,5; a los tres meses, aunque no se mantuvo a los 9. (11)

Fuerza de la Recomendación

Programas preventivos de educación en el medio escolar: Recomendación A

Consejo preventivo en Atención Primaria: Recomendación C

Referencias bibliográficas:

1 Gaps in the Evidence for Well-Child Care: A Challenge to Our Profession Virginia A. Moyer and Margaret Butler Pediatrics 2004;114;1511-1521 DOI: 10.1542/peds.2004-1076

2 Supervisión del crecimiento y desarrollo José Galbe Sánchez-Ventura Monografía Previnfad Octubre 2003.

3 Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Recommendation Statement U.S. Preventive Services Task Force.2006.

4 Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis Fern R. Hauck, Olanrewaju O. Omojokun and Mir S. Siadaty Pediatrics 2005;116;716-723; originally published online Oct 10, 2005; DOI: 10.1542/peds.2004-2631

5 Eficacia del tratamiento con ortesis craneal para la corrección de la palgiocefalia postural. Evid.Pediatr. 2006; 2; 36.

6 United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for developmental dysplasia of the hip: recommendation statement. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. 10p.

7 Does amblyopia affect educational, health, and social outcomes? Findings from 1958 British birth cohort J S Rahi, P M Cumberland and C S Peckham *BMJ* 2006;332;820-825; originally published online 6 Mar 2006; doi:10.1136/bmj.38751.597963.AE.

8 Hypertension in Children and Adolescents Gregory B. Luma and Rosean T. Spiotta, M.D., Jamaica Hospital Medical Center Family Medicine Residency Program, New York, New York. American Academy of Family Phisicians Vol. 73 No. 9 May 1, 2006.

9 U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for iron deficiency anemia - including iron supplementation for children and pregnant women. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2006. 12 p.

10 Maltrato Infantil en la familia. España. (1997/1998). Valencia: Centro Reina Sofía; 2002. Serie

11Boekeloo BO et al. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. Pediatrics1999;103:107-15.

Bibliografía:

- US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 3rd edition. 2000-2003. (Fecha de acceso: 30 de octubre de 2005) URL disponible en: http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstfix.htm

-Canadian Task Force on Preventive Health Care. 2001-2003. URL disponible en: http://www.ctfphc.org/

- US Department of Health and Human Services. Put Prevention into Practice: Clinician's Handbook

of Preventive Services. 2nd edition.1998. (Fecha de acceso: 30 de octubre de 2005). URL disponible en: http://www.vnh.org/PreventionPractice/TableOfContents.html
-The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE). 2001). URL disponible en: http://www.agreecollaboration.org
- Canadian Task Force on Preventive Health Care -New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003; 169 (3): 207-208
- Grupo de Actividades Preventivas de la AEPap-Previnfad. Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia 2005). URL disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/index.htm
- Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, y cols. Curvas y tablas de crecimiento. Estudios longitudinal y tranversal. Fundación F. Orbegozo. In ERGON, ed. Patrones de crecimiento y desarrollo en España. Atlas de gráficas y tablas., pp 145-68. Madrid: 2004.
-Bueno M, Bueno G, Moreno LA, Sarría A, Bueno O. Epidemiología de la obesidad infantil en los países desarrollados. In Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, eds. Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid., pp 55-62. Barcelona: Masson, S.A, 2001.
-Grupo colaborativo español para el estudio de los factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. Estudio RICARDIN II: Valores de referencia. An Esp Pediatr 1995;43:11-7.
-Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement(ICSI). 2003.[26-5-2004]. Electronic Citation: www.isci.org
- Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Normativa de práctica clínica: Detección precoz de la displasia del desarrollo de la cadera Pediatrics (Ed. esp.) 2000;49:4270-9.
-Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ 2001;164(12):1669-77.
-U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. Screening for testicular cancer. 2ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996. 153-7
-American Academy of Pediatrics. Surgical Advisory Panel. Pautas para la remisión de pacientes a los especialistas quirúrgicos pediátricos. Pediatrics (Ed esp) 2002; 54 (1): 50-53.
-U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: recommendations and rationale. Rockville,Md.:Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/highbloodsc/hibloodrr.htm.

Anexo 1 .- M-CHAT (Modified CHAT)

Por favor rellene estas casillas con preguntas sobre conductas habituales de su hijo/a. Intente contestar cada una de ellas y si la conducta formulada en la cuestión la realiza su hijo/a muy excepcionalmente (lo ha hecho una o dos veces) ponga un "No"

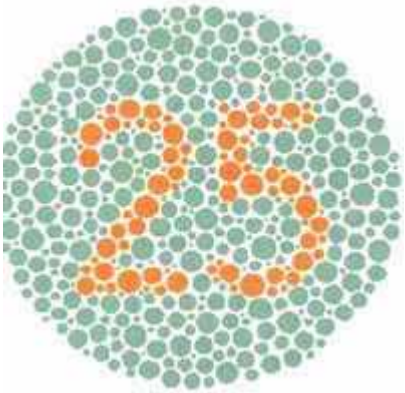
1. ¿Disfruta cuando es mecido balanceado o cuando se le tiene en el regazo o sobre las rodillas? Si No
2. ¿Presta interés a otros niños? Si No
3. ¿Realiza conductas como subir o bajar escaleras o subir o bajar a otros sitios? Si No
4. ¿Disfruta jugando al escondite o al "cu-cú tras-tras"? Si No
5. ¿Juega a hablar por teléfono, muñecas, con soldaditos o con coches etc.? Si No
6. ¿Utiliza el dedo índice para preguntar pedir cosas? Si No
7. ¿En alguna ocasión ha utilizado el dedo índice para mostrar interés en algo? Sí No
8. ¿Juega con propiedad con juguetes como coches o cubos u otras piezas sin metérselos en la boca o sin estropearlos o sin tirarlos continuamente? Sí No
9. ¿Alguna vez le trae a usted un objeto o un juguete para enseñarle algo? Sí No
10. ¿Le mira a los ojos durante más de 1-2 segundos? Sí No
11. ¿Es hipersensible a los sonidos? (por ej., se tapa los oídos) Sí No
12. ¿Responde a su mirada o a su sonrisa con otra sonrisa? Sí No
13. ¿Es capaz de imitarle a usted? (¿cuando usted pone una cara para que lo imite, es capaz de hacerlo?) Sí No
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre? Sí No
15. ¿Si usted señala un juguete que está en la habitación, lo mira? Sí No
16. ¿Camina? Sí No
17. ¿Mira las cosas que usted está mirando? Sí No
18. ¿Hace movimientos raros con los dedos cerca de la cara? Sí No
19. ¿Intenta que le presten atención a lo que hace? Sí No
20. ¿Se ha preguntado alguna vez si es sordo/a? Sí No
21. ¿Entiende lo que la gente de su alrededor dice? Sí No
22. ¿Permanece quieto o vaga sin ningún propósito? Sí No
23. ¿Le mira a la cara a usted cuando se enfrenta a algo que no es familiar para él? Sí No

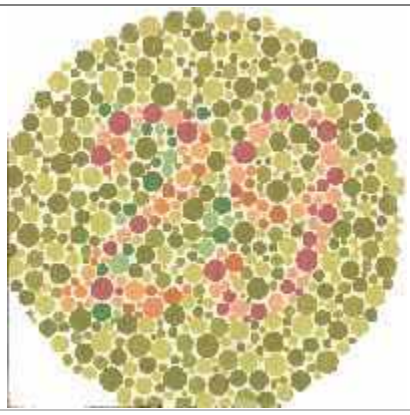
Anexo 2.-The High Functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire ASS

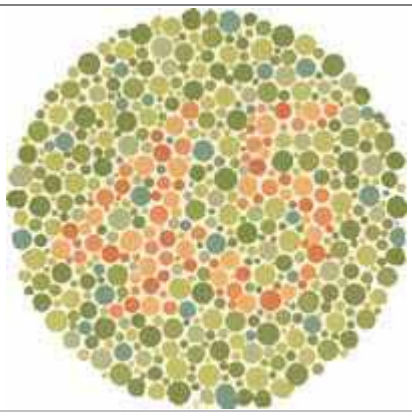
Nombre del niño
Fecha de nacimiento
Nombre del encuestador
Fecha de la encuesta
El niño destaca sobre otros niños de su edad en los siguientes aspectos:
Cada cuestión se responde cómo Nunca /Alguna vez/ A menudo
Se puntuará con 0 los Nunca, 1 los A veces y 2 los A menudo
1. Es anticuado o precoz.
2. El profesor lo ve cómo un excéntrico.
3. Vive en su mundo de intereses restringidos a unas pocas cosas intelectuales o peculiares.
4. Memoriza hechos o determinados datos pero no sabe lo que significan.
5. Entiende literalmente el lenguaje ambiguo, simbólico o metafórico.
6. Tiene un estilo de comunicación peculiar como un robot, anticuado y pasado de moda,
formal y detallista (hasta la nimiedad).
7. Inventa palabras y expresiones de significado propio.
8. Tiene una entonación de voz diferente.
9. Emite sonidos de forma involuntaria: gruñidos, carraspeos, gritos, chillidos, chasquidos, etc.
10. Es sorprendentemente bueno para unas cosas y sorprendentemente malo para otras.
11. Usa el lenguaje de forma comprensible pero no es capaz de contextualizar para ajustarse a
situaciones diferentes o a las necesidades de diferentes contertulios.
12. Carece de empatía.
13. Hace observaciones ingenuas y comprometedoras.
14. Tiene una forma de mirar rara.
15. Desea ser sociable pero es incapaz de establecer relaciones con otros.
16. Puede estar con otros niños pero siempre a su manera
17. Carece de amigos íntimos
18. Le falta sentido común
19. Es malo jugando: No tiene sentido de la cooperación ni de las reglas, ni de puntuaciones y
tiene sus propios objetivos en el juego.
20. Es torpe de movimientos y mal coordinado. Sus movimientos y gestos son bruscos, mal
coordinados, raros
21. Hace movimientos involuntarios de cara o de cuerpo.
22. Tiene dificultades en completar actividades cotidianas muy simples porque tiene actividades compulsivas y rituales, así como pensamientos repetitivos, compulsivos y ritualistas.
23. Tiene rutinas especiales y no puede cambiarlas.
24. Muestra un apego anómalo a determinados objetos.
25. Los otros niños le “toman el pelo”.
26. Tiene una expresión facial anormal.
27. Tiene una expresión postural rara o no habitual.
Umbral de corte: 22 puntos.

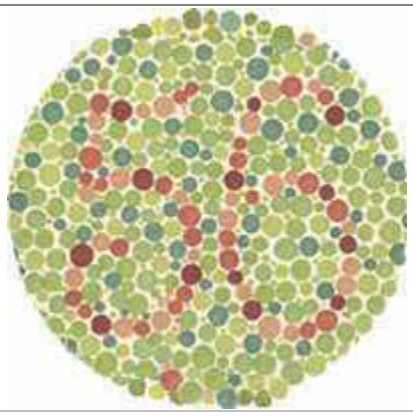
Anexo 3- TEST DE ISHIHARA

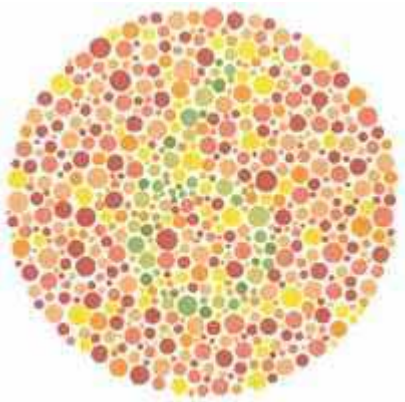
¿Qué números puedes ver en las siguientes láminas?

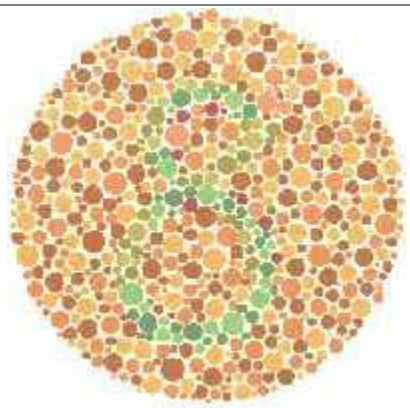




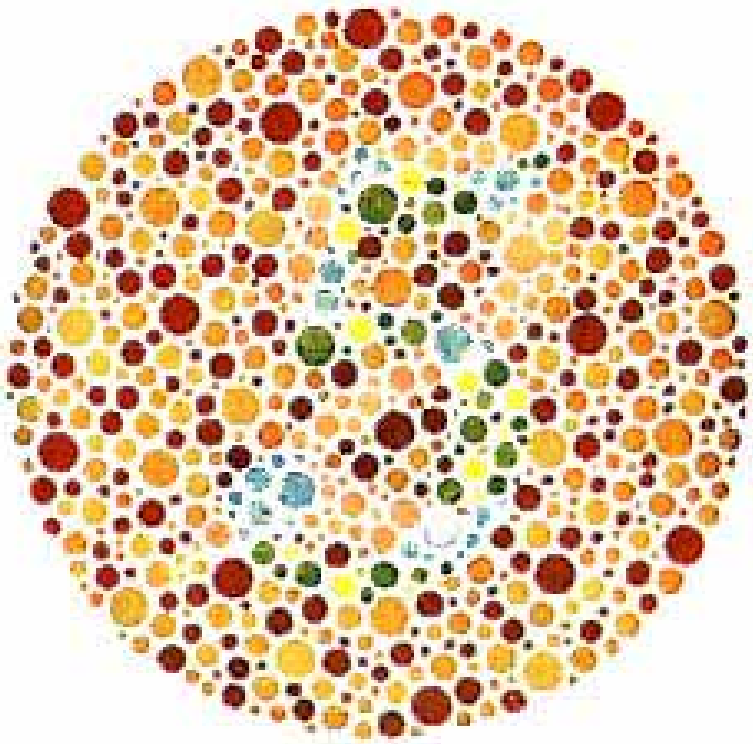








Visión normal			Ceguera para el rojo o el verde		
	Izqda.	**Dcha.**		**Izqda.**	**Dcha.**
Arriba	25	29	**Arriba**	25	Nada
Centro	45	56	**Centro**	Nada	56
Abajo	6	8	**Abajo**	Nada	Nada

Y una última prueba...	
	En esta lámina, un individuo normal verá el número 5, mientras que un daltónico (ceguera para el rojo o el verde) verá un 2.