

Jueves 18 de octubre de 2003

Mesa Redonda:

“Actividades preventivas  
en la infancia y adolescencia”

**Moderador:**

Juan José Delgado Domínguez

Pediatra, CS de Labañou, A Coruña

- **El lactante que fue prematuro.**  
Carmen Rosa Pallás Alonso  
Pediatra, Servicio de Neonatología, Hospital  
Universitario “12 de Octubre”, Madrid.
- **Prevención en el escolar;  
actividad física y deporte.**  
Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello  
Pediatra, CS “Zaidín-Sur”, Granada
- **Prevención en el adolescente;  
tabaco, drogas, alcohol.**  
José Galbe Sánchez-Ventura  
Pediatra, CS “Actur-Norte”, Zaragoza

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Pallás Alonso CR, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Galbe Sánchez-Ventura J y Grupo Previnfad de AEPap. Resumen de las Recomendaciones sobre Actividades Preventivas en la Infancia y Adolescencia del grupo PREVINFAD. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 133-166.

## Resumen de las Recomendaciones sobre Actividades Preventivas en la Infancia y Adolescencia del grupo PREVINFAD

Carmen Rosa Pallás Alonso

Pediatra, Servicio de Neonatología,  
Hospital Universitario “12 de Octubre”, Madrid

Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello

Pediatra, Centro de Salud Zaidín Sur, Granada

José Galbe Sánchez-Ventura

Pediatra, Centro de Salud Actur Norte, Zaragoza

Grupo Previnfad de AEPap<sup>(1)</sup>

[previnfad@aepap.org](mailto:previnfad@aepap.org)

(1) Grupo PREVINFAD: Francisco Javier Soriano Faura (pediatra, Valencia [Coordinador del grupo]), Josep Bras Marquillas (pediatra, Barcelona), Juan J. Delgado Domínguez (pediatra, La Coruña), José Galbe Sánchez-Ventura (pediatra, Zaragoza), Joan Pericas Bosch (pediatra, Barcelona), Manuel Merino Moína (pediatra, Madrid), Francisco Javier Sánchez-Ruiz Cabello (pediatra, Granada), Carmen Rosa Pallás Alonso (pediatra, Madrid) y Julia Colomer Revuelta (pediatra, Valencia).

**PREVINFAD (AEPap) / PAPPS (SEMFYC). Programa de la Infancia y Adolescencia - 2003 (Continúa en página siguiente)**

Programa	Definición	Recomendación PAPPS	Población diana	Periodicidad de la recomendación
CRIBADO METABOLOPATÍAS	Cribado metabólico para fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito.	Determinación de la TSH. Determinación de la fenilalaninemia.	El cribado se realiza entre los 3 y los 5 días. En aquellos casos de altas precoces, y cuando el cribado se realice antes de las 48 horas de vida, es necesario realizar nuevas pruebas a los 7 días, para valorar correctamente la fenilalaninemia.	Una sola vez. En prematuros de menos de 32 semanas se realizará una 2.ª determinación a los 7-14 días.
LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER AÑO DEVIDA	La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses. Se debe continuar con la lactancia mientras se introduce la alimentación complementaria hasta los doce meses de edad.	Apoyar y fomentar el amamantamiento en los sucesivos controles de salud. Intentar mantener la lactancia materna al menos hasta los 6 meses. A los niños que llegan a los 6 meses con lactancia materna exclusiva es preferible introducirles primero fruta y purés de verduras y carne. Se debe intentar retrasar los cereales sobre todo si la madre no dispone de leche suficiente para preparar la papilla con su leche. VER ANEXO I.	El primer año de vida	Desde la primera semana y en los controles del mes. 2.ª mes, 4.º, 6.º, 12.º mes.
DESARROLLO FÍSICO	El desarrollo físico debe compararse con las tablas o estándares de referencia de cada población: Tablas de la población española (Fundación Orbegozo, autor Hernández-Coronado).		En todos los controles de salud de 0 a 2 años de edad se medirá el perímetro cefálico, el peso y la talla (acostado hasta los 18 meses) y se anotarán los percentiles correspondientes. En todos los controles a partir de los 2 años de edad se valorará el peso y la talla.	Al nacer, 15 días, 1.º mes, 2.º, 4.º, 6.º, 12, 15 y 18 meses. A los 2 años, 4, 6, 11, 14 y 16 años.
RETRASO PSICOMOTOR Y TRASTORNOS DE LENGUAJE		Identificar mediante anamnesis aquellos recién nacidos de riesgo de trastorno del desarrollo psicomotor (DPM). Debe valorarse el DPM de todo niño desde su nacimiento hasta los 2 años de edad. Esta valoración puede realizarse en todas las visitas del programa del niño sano. El test de cribado más extensamente utilizado e investigado, el test de Denver o Denver Developmental Screening Test-II (DDST-II). El test de Haizea-Llevant (Fernández E, 1988), que ha sido realizado con niños de nuestro entorno, utiliza áreas de valoración muy similares a las del DDST-II. Deben valorarse especialmente las preocupaciones de los padres sobre el DPM. Debe procederse al estudio de las causas del retraso psicomotor y a su derivación a centros especializados si es procedente.	Niños de cero a 6 años.	Al menos 3 veces en los primeros 6 meses de vida, 4 entre los 6 y los 24 meses y 2 entre los 2 y los 6 años.

PREVINFAD (AEPap) / PAPPS (SEMFYC). Programa de la Infancia y Adolescencia - 2003 (Continúa en página siguiente)				
Programa	Definición	Recomendación PAPPS	Población diana	Periodicidad de la recomendación
	<p>En los niños con riesgo de parálisis cerebral infantil se deben supervisar el tono muscular, los patrones posturales y los reflejos osteotendinosos.</p> <p>Identificar a aquellas familias de alto riesgo psicosocial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Antecedentes de trastornos psiquiátricos o de adicciones.</li> <li>– Antecedentes de negligencia, abuso o maltrato en cualquier miembro de la familia.</li> <li>– Pobreza y marginalidad.</li> <li>– Madres adolescentes.</li> </ul> <p>Desarrollar programas de educación orientada al desarrollo en casos de alarma o retraso DPM, ya sea de forma individual o grupal.</p> <p>Promoción de la lactancia materna como alimentación exclusiva en todos los niños y hasta los seis meses de edad como uno de los aspectos importantes para el DPM.</p> <p>Realizar siempre que sea posible una visita al domicilio por parte de un profesional de atención primaria en los casos de alarma o retraso DPM. VER ANEXOS 2, 3 y 4.</p>			
SÍNDROME DE MUERTE SUBITA DEL LACTANTE	<p>El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) se define como "la muerte súbita de un niño menor de un año de edad, a la cual no se encuentra explicación después de una investigación minuciosa del caso, incluyendo la realización de una autopsia completa, el examen de la escena del fallecimiento y la revisión de la historia clínica".</p>	<p>Evitar la posición de prono durante el sueño en los lactantes hasta los 6 meses de edad.</p> <p>Evitar los colchones blandos o de lana, los almohadones, los colgantes al cuello.</p> <p>Desaconsejar el tabaquismo de los padres.</p> <p>Evitar el arropamiento excesivo del lactante.</p> <p>Mantener una temperatura agradable en la habitación (de 20 a 22 °C).</p> <p>Amamantar al pecho.</p>	Niños menores de 1 año.	Desde la visita prenatal o la primera visita del recién nacido. Se repetirán en los controles de salud hasta los 6 meses de vida.
DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA	<p>Alteración de la articulación coxofemoral que da lugar a una deformidad en la que la cabeza femoral está totalmente fuera del acetábulo (luxación), parcialmente (subluxación) o bien la cabeza femoral entra y sale del acetábulo (inestabilidad). Acompañado de una serie de anomalías (displasia) en el desarrollo del acetábulo o de la cabeza femoral.</p>	<p>Maniobras de Ortolani y Barlow.</p> <p>Exploración de caderas (abducción y asimetrías) en todos los controles ulteriores de salud, hasta el año de edad.</p> <p>Se realizará ecografía de caderas tras el primer mes de vida (entre las 4 y las 8 semanas) o radiografía si es mayor de 3 meses, ante una exploración clínica dudosa o anormal, o ante la presencia de al menos dos factores de los tres siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexo femenino.</li> <li>– Parto de nalgas.</li> <li>– Antecedente familiar de DEC.</li> </ul>	Niños menores de 1 año	Al nacer. En los controles de salud hasta el año de edad.

**PREVINFAD (AEPap) / PAPPS (SEMFYC). Programa de la Infancia y Adolescencia - 2003 (Continúa en página siguiente)**

Programa	Definición	Recomendación PAPPS	Población diana	Periodicidad de la recomendación
CRIPTORQUIDIA	<p>La criptorquidia comprende la ausencia de testículo palpable, la incapacidad para hacerlo descender al escroto manualmente y la situación en la que, una vez descendido mediante las maniobras adecuadas, el testículo vuelve inmediatamente a su anterior posición, fuera de la bolsa escrotal. Cuando el testículo no resulte palpable, debe diferenciarse de la anorquia o ausencia de tejido testicular. El testículo retráctil o en ascensor no requiere tratamiento pero sí supervisión en los controles de salud, ante la posibilidad teórica de "reascenso".</p>	<p>Observar el aspecto de los genitales del niño y la simetría del escroto. Se debe percibir el tamaño y consistencia de los testículos y también si hay resistencia al descenso hacia la bolsa. Los niños con criptorquidia deben ser derivados a un cirujano infantil si la situación persiste a los 6 meses de edad, si bien el tipo de tratamiento y el momento de su aplicación serán decididos por el equipo quirúrgico. En el caso de los niños prematuros puede esperarse un descenso más tardío. Si la afectación fuera bilateral y no se consiguieran palpar los testículos o ante la presencia de hipospadias, se derivará entonces sin demora para estudio genético y endocrinológico.</p>	Niños menores de un año.	Tras el nacimiento, a los 6 meses de edad, a los 12 meses y en cualquier momento si no se hubiera efectuado con anterioridad.
SALUD BUCODENTAL	<p>La salud bucodental infantil incluye fundamentalmente: - La prevención primaria de la caries dental. - El tratamiento precoz de los traumatismos dentales. - La prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria.</p>	<p>1. Prevención de la caries dental: - Suplementos de flúor oral solo si se pertenece a grupo de riesgo y el agua no está fluorada. VER ANEXOS 5 y 6. - Cepillado dental desde los 2 a los 6 años con pastas que contengan menos de 500 ppm de flúor y desde los 6 años con un contenido de 1.000 a 1.450 ppm de flúor. VER ANEXO 7. - Colutorios de flúor a partir de los 6 años de vida. - Educación sanitaria sobre los alimentos cariogénos. - Visita periódica con el odontólogo. 2. Prevención de los traumatismos dentales: - Prevención secundaria: reimplantación del diente de forma precoz. 3. Prevención primaria de las maloclusiones: - Evitar la succión del pulgar o la succión labial. - Evitar el empleo prolongado del chupete.</p>	Niños de cero a 16 años.	Al nacer, 12 meses, 2, 4, 6, 11 y 14 y 16 años.
CRIBADO DE AMBLIOPIA	<p>La ambliopía ("ojo vago") se define como la reducción uni o bilateral de la agudeza visual.</p>	<p>Se explorará a todos los recién nacidos buscando alteraciones oculares: nistagmo, ausencia de reflejo rojo retiniano, leuocoria,</p>	Niños menores de 4 años. La detección de los defectos de refracción	Al nacer, primer mes, 6, 12 meses y 4 años.

PREVINPAD (AEPap) / PAPPS (SEMFYC). Programa de la Infancia y Adolescencia - 2003 (Continúa en página siguiente)				
Programa	Definición	Recomendación PAPPS	Población diana	Periodicidad de la recomendación
	<p>causada por la estimulación visual inadecuada del cerebro durante el periodo crítico del desarrollo visual. La causa más frecuente de ambliopía es el estrabismo.</p> <p>El estrabismo (más del 75% convergente) afecta al 3-6% un 30-50% de la cual desarrollará ambliopía. La prevalencia combinada de ambos procesos no es inferior al 5%.</p> <p>Aproximadamente el 20% de los niños padecen defectos de refracción.</p>	<p>malformaciones, fotofobia...</p> <p>En lactantes, hasta poder realizar cribado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vigilar alineación ocular. Es significativo el estrabismo fijo a cualquier edad y cualquier tipo de estrabismo a partir de los seis meses.</li> <li>– Seguir el comportamiento visual.</li> </ul> <p>Entre 3 y 4 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Test de visión estereoscópica.</li> <li>– Medición agudeza visual con optotipos infantiles.</li> <li>– Inspección ocular simple y con ayuda de una luz atendiendo a la alineación de los ojos visuales, observación del reflejo luminoso corneal y realizando el test del ojo cubierto-descubierto.</li> </ul>	<p>después de los cuatro años es inexcusable si no se realizó cribado previo.</p>	<p>Es aconsejable la medición de la agudeza visual cada 1-2 años hasta terminar el crecimiento</p>
HIPOACUSIA	<p>La hipoacusia se define como la disminución de la percepción auditiva.</p> <p>La prevalencia de la sordera congénita importante por su repercusión en el lenguaje, es decir, aquella que es permanente, bilateral y moderada, severa o profunda, es del orden de 1,5 por 1.000 nacidos vivos.</p> <p>En la edad escolar la prevalencia de hipoacusia de más de 45 dB es de 3 por 1.000 y de cualquier grado, hasta de 13 por 1.000. En niños que sufren determinados factores de riesgo la incidencia puede elevarse hasta el 4% para hipoacusias severas y hasta el 9% si se suman las leves y las unilaterales.</p>	<p>Cribado auditivo neonatal universal con una prueba electrofisiológica objetiva (otoemisiones acústicas o, preferiblemente, potenciales auditivos automatizados de tronco cerebral).</p> <p>Si no existe cribado universal prueba objetiva a los recién nacidos con indicadores de riesgo asociado a hipoacusia. VER ANEXO 8.</p> <p>Control periódico de la audición a los lactantes y preescolares que presenten indicadores de riesgo asociados sordera neurosensorial y/o de conducción adquirida, progresiva o de comienzo tardío.</p> <p>En el resto de los niños debe preguntarse a la familia sobre su audición, explorar la reacción al sonido y seguir la adquisición del lenguaje verbal. VER ANEXOS 9, 10 Y 11.</p>	<p>Todos los recién nacidos para el cribado universal.</p> <p>Los neonatos con indicadores de riesgo para el cribado selectivo si no existe el universal.</p> <p>Los niños con indicadores de riesgo de sordera adquirida, progresiva o de comienzo tardío pasada la etapa neonatal hasta los 3 años (seguimiento periódico de la audición).</p> <p>Todos los niños hasta los tres años (programa del niño sano).</p>	<p>Una vez en recién nacido normal o de riesgo si pasa el cribado.</p> <p>Períodicamente en niños con indicadores de riesgo de sordera de aparición tardía.</p> <p>En cualquier momento en caso de sospecha de sordera adquirida detectada en las revisiones del niño sano o en la consulta por enfermedad.</p>
VACUNACIONES SISTEMÁTICAS	<p>La cumplimiento del calendario vacunal con muy altas tasas de cobertura, debe ser una prioridad absoluta de cualquier programa preventivo.</p>	<p>Según calendario vacunal de cada Comunidad Autónoma. VER ANEXO 12. Calendario vacunal de la AEP 2003:</p>	<p>Niños de 0 a 14 años.</p>	<p>Según calendario vacunal de las CCAA.</p>

**PREVINFAD (AEPap) / PAPPS (SEMFYC). Programa de la Infancia y Adolescencia - 2003 (Continúa en página siguiente)**

Programa	Definición	Recomendación PAPPS	Población diana	Periodicidad de la recomendación
VACUNACIONES EN GRUPOS DE RIESGO	VER ANEXO 13.			
ACCIDENTES	Debe constar en un lugar fácilmente identificable la lista de los principales factores de riesgo presentes, tanto domésticos como en los vehículos. Consejo para la promoción del uso de asientos de seguridad en los automóviles es especialmente efectivo. Educación sanitaria en la consulta diferenciando edad. (Los aspectos preventivos más importantes cambian con la edad del niño.) VER ANEXO 14.		Niños de 0 a 16 años.	En los controles de salud habituales.
CONSEJO FRENTE AL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazadas: En las actividades preventivas antes del parto y consultas que acudan con otros hijos. Registrar en historia clínica. Consejo orientado a la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante y al normal crecimiento fetal. Ofrecer derivación a consulta antitabaco si es necesario.</li> <li>- Padres: Realizar consejo en las primeras visitas. Se debe reinterrogar al menos cada dos años. En todas las visitas relacionadas con patología respiratoria y otitis media recidivante. Consejo orientado a disminuir morbilidad respiratoria y prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación a consulta antitabaco si es necesario.</li> <li>- Adolescentes: Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. Consejo orientado a los aspectos estéticos, como oscurecimiento de los dientes, mal aliento y bajo rendimiento deportivo, además de posibilidad de adicción al tabaco.</li> </ul>		Tabaquismo pasivo: de 0 a 14 años padres y madres de niños, gestantes y cuidadores principales. Tabaquismo activo: 11 a 14 años.	En los controles de salud habituales.
CONSEJO FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	<p>ALCOHOL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazadas: En toda actividad preventiva antes del parto y en las consultas oportunistas con otros hijos. Investigar nivel de consumo (si no se ha hecho ya). Registrar en la historia clínica. Realizarlo al menos en dos ocasiones a lo largo de la gestación. Consejo orientado a la prevención del síndrome de alcoholismo fetal. Enfatizar en la no existencia de un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo.</li> <li>- Padres: Investigar consumo si hay sospecha de consumo excesivo o factores de riesgo o fétor alcohólico (fácil de detectar). Realizar consejo y ofrecer derivación si es necesario.</li> <li>- Adolescentes: Investigar consumo de alcohol. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.</li> </ul> <p>OTRAS DROGAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazadas: En toda actividad preventiva antes del parto y en consultas oportunistas con otros hijos. Investigar nivel de consumo (si no se ha hecho ya). Registrar en la historia clínica. Realizarlo al menos</li> </ul>		Niños de 11 a 14 años. Padres, madres y gestantes.	A los 11 y 16 años.

PREVINFAD (AEPap) / PAPPS (SEMFYC). Programa de la Infancia y Adolescencia - 2003 (Continúa en página siguiente)				
Programa	Definición	Recomendación PAPPS	Población diana	Periodicidad de la recomendación
	<p>una vez a lo largo de la gestación. Consejo orientado a la prevención de malformaciones y de trastornos del desarrollo fetales. Enfatizar en la no existencia de un nivel seguro de consumo de drogas durante el embarazo. Repetir el consejo si existen factores de riesgo de consumo de drogas.</p> <p>Padres. Si existen factores de riesgo de consumo, investigar consumo en los padres durante consultas oportunistas. Consejo orientado a la prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación si es necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adolescentes. Investigar consumo de drogas. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.</li> </ul>			
CONSEJOS DE PROTECCIÓN SOLAR	<p>Dar consejo de prevención de la exposición solar excesiva, especialmente en lactantes y niños pequeños, en todas las vistas realizadas cerca del verano. Ofrecer consejo de protección solar.</p> <p>Debe utilizarse una crema o loción resistente al agua con factor de protección 15 o superior. Esta medida puede no ser necesaria en los niños de piel oscura o negra. Los niños con piel tipo I y II (se queman fácilmente y se broncean poco o nada) deben minimizar la exposición al sol y utilizar habitualmente ropa protectora: gorra, pantalones largos y camisa de manga larga. VER ANEXO 15.</p>		Niños de 0 a 16 años.	En los meses de mayor exposición solar y al menos al año, 4, 6, 11 y 16 años.
PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR	<p>Se sabe que la aterosclerosis es un proceso que empieza en la infancia y afecta a todos los individuos en mayor o menor medida.</p>	<p>Desaconsejar el consumo de tabaco.</p> <p>Cribado generalizado de hipertensión a diferentes edades.</p> <p>Prevenir o reducir la obesidad.</p> <p>Estimular la realización de ejercicio moderado, de forma regular.</p> <p>Recomendaciones dietéticas generalizadas.</p> <p>Detección de familias portadoras de formas hereditarias de hiperlipidemias aterogénicas.</p> <p>VER ANEXOS 16 Y 17.</p>	Niños de 2 a 16 años.	Se recogerán en la historia clínica los antecedentes de cardiopatía isquémica precoz a los 4, 11, 14 y 16 años.
MALTRATO INFANTIL	<p>El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social.</p>	<p>Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria.</p> <p>Reconocer situaciones de violencia doméstica.</p> <p>Vista domiciliar realizada por enfermería a familias de alto riesgo. VER ANEXO 18.</p>	Niños de 0 a 5 años.	Al nacer, 2, 4, 6, 12 meses y 2 y 4 años.

**PREVINFAD (AEPap) / PAPPS (SEMFYC). Programa de la Infancia y Adolescencia - 2003 (Continúa en página siguiente)**

Programa	Definición	Recomendación PAPPS	Población diana	Periodicidad de la recomendación
FERROPENIA	Hemoglobina por debajo de 10,7 (NIHANSII) - 11 mg (AAP) desde los 0,5-4,9 años y de 11,5 mg hasta los 12 años, según consideradas anormales.	Recomendar lactancia materna o fórmula fortificada con hierro (4-12 mg/L). Se hará profilaxis con hierro oral en niños con factores de riesgo. VER ANEXO 19.	Niños de 0 a 12 meses. Niños de riesgo de 2 a 16 años.	Al nacer; 6 y 12 meses. En niños con riesgo a partir del año de edad.
TUBERCULOSIS	Intradermoreacción de Mantoux: se considera positiva la induración de 5 mm o más. En personas vacunadas con BCG se considera claramente positiva una respuesta $\geq 15$ mm.	Intradermoreacción de Mantoux PDD o prueba de la tuberculina. VER ANEXO 20.	Se efectuará solo en zonas donde la prevalencia de infección sea mayor del 1% en escolares (niños de 6 años). En niños de riesgo se realizará la prueba de la tuberculina. En España, salvo en algunas bolsas de pobreza o población marginal, la prevalencia de la infección tuberculosa a esta edad es inferior a esa cifra y no se recomienda el cribado sistemático.	Se realizará la prueba de la tuberculina a los 6, 11 y 14 años y ante la presunción de contacto con una persona bacilífera.
EMBARAZO Y ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES		Se informará de las posibilidades de embarazo y de los métodos anticonceptivos a su alcance. Se recomendará el uso de preservativos para las relaciones esporádicas y se informará de los factores de riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS).	Población adolescente.	Varones a partir de los 14 años, mujeres a partir de la menarquia.
ACTIVIDAD FÍSICA	Realizar ejercicio más de 20 minutos diarios, más de 3 días por semana.	Registrar los hábitos de actividad física en la historia clínica y en las visitas periódicas de salud. Aconsejar el inicio, mantenimiento o aumento de sus niveles de actividad física habitual, o realizar algún ejercicio. Exploración de "no contraindicación deportiva". Informar sobre necesidades y hábitos apropiados para una nutrición e hidratación correcta.	En preescolares es suficiente la actividad espontánea cuando se les permite el juego libre. En escolares y adolescentes se recomienda el deporte organizado para asegurar la actividad física regular o al menos 20 minutos diarios de ejercicio físico tres o más veces en semana.	A los 6, 11, 14 y 16 años.

<b>PREVINFAD (AEPap) / PAPPS (SEMFYC). Programa de la Infancia y Adolescencia - 2003</b>				
<b>Programa</b>	<b>Definición</b>	<b>Recomendación PAPPS</b>	<b>Población diana</b>	<b>Periodicidad de la recomendación</b>
ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN		Hay una buena coincidencia entre los diversos programas destinados a mejorar la salud de los niños con SD, en cuanto a las actividades preventivas que se deben efectuar y las edades claves para su realización. El PAPPS de la Infancia recomienda, en primer lugar, que el PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA INFANCIA se aplique también en este grupo, además recomienda las siguientes intervenciones integradas en el programa específico para estos niños: VER ANEXO 21.		
ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PREMATUROS CON MENOS DE 1.500 GRAMOS AL NACER		VER ANEXO 22.		

## ANEXOS AL PROGRAMA PREVINFAD (AEPAP)/PAPPS INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SEMFYC)

### Anexo 1. Alimentación durante el primer año

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche materna	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Leche de inicio	•	•	•	•	•							
Leche de continuación						•	•	•	•	•	•	•
Cereales sin gluten					•	•	•	•	•	•	•	•
Cereales con gluten							•	•	•	•	•	•
Fruta					•	•	•	•	•	•	•	•
Carne y verduras						•	•	•	•	•	•	•
Pescado (blanco)										•	•	•
Huevo (primero yema)											•	•

### Anexo 2. Signos de alarma en la supervisión del desarrollo psicomotor

Área evaluada	Signos de alarma
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No sonrisa social &gt; 2 meses</li> <li>- No fija la mirada &gt; 2 meses</li> <li>- Irritabilidad permanente</li> <li>- Persistencia del reflejo de Moro &gt; 6 meses</li> <li>- Pasar ininterrumpidamente de una actividad a otra &gt; 34 meses</li> <li>- No desarrollo del juego simbólico &gt; 24 meses</li> </ul>
Manipulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adducción permanente de los pulgares &gt; 3 meses</li> <li>- Asimetría permanente de las manos</li> </ul>
Postural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertonía de adductores (suele aparecer 4-8 meses)</li> <li>- No sujeción cefálica &gt; 3 meses</li> <li>- No deambulación &gt; 18 meses</li> </ul>
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de balbuceo</li> <li>- Estereotipias verbales &gt; 24 meses</li> <li>- Lenguaje incomprensible &gt; 36 meses</li> </ul>

**Anexo 3. Escalas y tests de cribado del desarrollo psicomotor**

<b>Edad</b>	<b>Nombre del test</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Finalidad</b>
Neonatal	<i>Neonatal Behavioral Assessment Scale</i> (NBAS)	Brazelton	1973 1984	Comportamiento y competencias neonatales
2 a 30 meses	Escala de Bayley de desarrollo infantil.	Bayley	1958 1960 1970	Evalúa competencias: – Mental – Psicosocial – Psicomotor
3 meses a 4-6 años	Escala de <i>Screening</i> de Denver DDST y DDST-II	Franvenburg Faudall Sciavillo Burguess	1967 1975 1981 1990	– Evalúa motricidad fina y gruesa. – Área personal, social y lenguaje.
1 a 60 meses	Escala de Desarrollo de Gesell	Gesell Amatruda	1921 1940 1979	Esquemas de desarrollo y escalas: conducta motora, adaptativa, lenguaje, personal y social.
2 meses a 6-8 años	Escalas de Mc Carthy	Mc Carthy	1972	Evaluación intelectual general. Puntos débiles y fuertes en variables aptitudinales. Puntuaciones cognitivas y motóricas. 6 escalas.

**Anexo 4. Test Early Motor Pattern Profile (EMPP) para cribado de PCI**

<b>Patrón motor</b>	<b>Puntuación 0</b>	<b>Puntuación 1</b>	<b>Puntuación 2</b>
1. Rezagamiento de la cabeza	No	< 30°	> 30°
2. Se escurre entre las manos	No	Parcialmente	Se escurre entre las manos
3. Astasis (estabilidad)	Ninguna	Parcial	Ausencia de estabilidad
4. Abducción de la cadera	Normal	Rígido/Laxo	Adducción completa
5. Ángulo de dorsiflexión del tobillo	Normal	Rígido/Laxo	Extensión Completa
6. Reflejo aquileo	1-2+	0 o 3+	Clonus
7. Reflejo tónico laberíntico	Resuelta	Resolviéndose	Obligado
8. Reflejo Tónico asimétrico del cuello	Resuelta	Resolviéndose	Obligado
9. Extensión protectora (paracaídas)	Funcional	Iniciándose	Ausente
10. Equilibrio en sedestación	Funcional	Iniciándose	Ausente
11. Empuñamiento del pulgar	No	Inconstante	Obligada
12. Retracción de los hombros	No	Inconstante	Obligada
13. Extensión tónica (al levantar o empujar hacia atrás)	No	Inconstante	Obligada
14. Cruce de piernas en tijera	No	Inconstante	Obligada
15. Equinismo	No	Inconstante	Obligada

**Punto de corte para pasar el test:** 6 meses: >9 (Sensibilidad: 87,1%, Especificidad: 97,8%)  
12 meses: 0-3 (Sensibilidad: 91,5%, Especificidad: 97,9%)

FUENTE: Morgan A, Aldag J. Early identification of cerebral palsy using a profile of abnormal motor patterns. *Pediatrics* 1996; 98(4): 692-697

**Anexo 5. Factores de riesgo de caries****Factores nutricionales**

- Afectación nutricional prenatal
- Afectación nutricional postnatal
- Infecciones graves o déficit nutricional importante en el tercer trimestre gestacional
- Ingesta de tetraciclinas por la madre
- Prematuridad
- Insuficiente ingestión de calcio, fosfatos y flúor
- Hábitos alimentarios inadecuados:
  - Chupetes o tetinas endulzados
  - Biberón endulzado para dormir
  - Consumo de bebidas con azúcares ocultos (bebidas carbónicas, zumos...)
  - Consumo de jarabes endulzados

**Factores relacionados con la higiene dental**

- Alteraciones morfológicas de la cavidad oral
- Deficiente higiene oral
- Malformaciones orofaciales
- Uso de ortodoncias
- Mala higiene oral de los padres y hermanos
- No correcta eliminación de la placa dental
- Minusvalías psíquicas importantes (dificultad de colaboración)

**Asociados con xerostomía**

- Síndrome de Sjögren
- Displasia ectodérmica

**Enfermedades en las que la manipulación dental es problemática**

- Cardiopatías
- Inmunosupresión
- Hemofilia y otros trastornos de coagulación

**Anexo 6. Recomendaciones de los suplementos de flúor en función de la concentración de flúor en el agua de bebida****SEGÚN LA ACADEMIA EUROPEA DE DENTISTAS PEDIÁTRICOS Y EL CONSENSO CANADIENSE SOBRE EL EMPLEO DE FLÚOR EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL**

Edad	Flúor agua < 0,3 ppm	Flúor agua 0,3 - 0,6 ppm	Flúor agua > 0,6 ppm
6 meses a 3 años	0,25 mg	0	0
3 a 6 años	0,50 mg	0	0
6 a 16 años	1 mg	0	0

**SEGÚN LA ACADEMIA DENTAL AMERICANA Y ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA (1995)**

Edad	Flúor agua < 0,3 ppm	Flúor agua 0,3 - 0,6 ppm	Flúor agua > 0,6 ppm
6 meses a 3 años	0,25 mg	0	0
3 a 6 años	0,50 mg	0,25 mg	0
6 a 16 años	1 mg	0,50 mg	0

**Anexo 7. Concentración de flúor en pastas dentífricas (Continúa en página siguiente)**

<b>Nombre comercial</b>	<b>PO<sub>3</sub>FNa<sub>2</sub> gr %</b>	<b>NaF gr %</b>	<b>ppm lón flúor</b>	<b>Nombre comercial</b>	<b>PO<sub>3</sub>FNa<sub>2</sub> gr %</b>	<b>NaF gr %</b>	<b>ppm lón flúor</b>
Blendi infantil		0,055	250	Teelak acción total	0,4	0,2	1435
Elmex infantil		0,055	250	Teelak infantil	0,75	0,1	1441
FluoKids	0,19	0,055	500	Consumer blanqueante	1,1		1447
Oral B infantil		0,11	500	Continente blanqueadora	1,1		1447
Fluocaril Kids			500				
D-Bucal		0,13	591	Fluocaril blanqueador	1,1		1447
Blenchio plus	0,6		789	Amm-I-dent F		0,32	1455
Fluor Kin infantil		0,177	805	Amm-I-dent Fgel baja abrasión		0,32	1455
Dentabrit clorhexidina	0,73		961	Blend-A-Med encías		0,32	1455
Bexident encías		0,22	1000	Blend-A-Med flúor		0,32	1455
Biancodent	0,76		1000	Colgate baking soda		0,32	1455
Biotene	0,76		1000	Colgate blanqueador		0,32	1455
Cariax desensibilizante		0,22	1000	Colgate flúor gel	0,76	0,1	1455
Cariax gingival		0,22	1000	Colgate gel ultrapr. fresca		0,32	1455
Clinomyn	0,76		1000	Colgate total		0,32	1455
Clysiden		0,22	1000	Colgate total antibacteriano		0,32	1455
Colgate	0,76		1000	Colgate ultraprotection caries	0,76	0,1	1455
Colgate junior gel	0,76		1000	Consumer blanqueante 2 en 1	0,76	0,1	1455
Consumer junior 2 en 1		0,22	1000	Consumer gel verde	0,76	0,1	1455
Consumer Mica Star		0,22	1000	Continente 2 en 1 biflúor	0,76	0,1	1455
Dentabrit flúor	0,76		1000	Continente bicarbonato y flúor		0,32	1455
Emoform F	0,76		1000	Dientex 2 en 1 bifluor+calcio	0,76	0,1	1455
Eucryl fumadores	0,76		1000	Dientex 2 en 1 blanqueador	0,76	0,1	1455
FKD		0,22	1000	Dientex 2 en 1 medical	0,76	0,1	1455
Fluor Kin canela/fresa/menta		0,22	1000	Homeodent 2	0,76	0,1	1455
Fluor Kin fluor 100		0,22	1000	Licor del Polo Mentol		0,32	1455
Homeogencil	0,76		1000	Sensodyne		0,32	1455
Interplok		0,22	1000	Signal plus		0,32	1455
Kemphor fluorada	0,76		1000	Signal plus blanqueador		0,32	1455
Kemphor triple acción	0,76		1000	Signal plus F+calcio		0,32	1455
Lema Ern		0,22	1000	Signal plus gel fresco		0,32	1455
Licor del Polo junior	0,76		1000	Signal plus micro-gránulos		0,32	1455
Oral B sensitive		0,22	1000	Teelak flúor		0,32	1455
Sensaid		0,22	1000	Signal plus-acción global	1,11		1461
Signal plus crecimiento		0,22	1000	Continente bi-flúor gel	0,757	0,103	1464
Yotuel		0,22	1000	Boniquet d. Con flúor		0,325	1477
Deliplus gel infantil		0,222	1009	Delí plus bicarbonato y flúor		0,325	1477

**Anexo 7. Concentración de flúor en pastas dentífricas (viene de la página anterior)**

Nombre comercial	PO <sub>3</sub> FNa <sub>2</sub> gr %	NaF gr %	ppm lón flúor	Nombre comercial	PO <sub>3</sub> FNa <sub>2</sub> gr %	NaF gr %	ppm lón flúor
Corsodyl	0,75	0,01	1032	Deli plus blanqueador		0,325	1477
Corsodyl dientes y encías	0,75	0,01	1032	Deli plus crema flúor		0,325	1477
Corsodyl sensitive		0,23	1045	Deli plus gel flúor		0,325	1477
Binaca	0,8		1053	Dentisy		0,325	1477
Binaca flúor+bradosol	0,8		1053	Gingilácer	1,13		1487
Close-up	0,8		1053	Lacer junior	1,13		1487
Colgate periorgard	0,8		1053	Consumer bi-flúor	0,445	0,2	1495
Continente acción total	0,8		1053	Consumer encías y dientes	0,445	0,2	1495
Deli plus triclosan+flúor	0,8		1053	Continente antisarro	0,445	0,2	1495
Dentflor	0,8		1053	Continente bi-flúor crema	0,445	0,2	1495
Erbe	0,8		1053	Continente encías	0,445	0,2	1495
Farmadent aliento fresco	0,8		1053	Continente triple acción	0,445	0,2	1495
Foramen flúor d. Blancos	0,8		1053	Dentolit	0,445	0,2	1495
Foramen flúor d. Sensibles	0,8		1053	Yucral fumadores	0,445	0,2	1495
Periorgard Colgate	0,8		1053	Acta Flúor		0,33	1500
Yucral	0,8		1053	Dentabrit Flúor+xilitol		0,33	1500
Amm-l-dent Junior		0,24	1091	Licor del Polo blanqueador		0,33	1500
Colgate antisarro		0,24	1091	Sensi gel			1500
Denivit		0,24	1091	Oralfúor	0,8	0,1	1507
Dentabrit blanqueador		0,24	1091	Dentulimp gel	0,758	0,13	1588
Zendium		0,24	1091	Fluocaril-bifluoré 180	0,76	0,177	1805
Snoopy infantil	0,83		1092	Oral B advantage		0,45	2045
Binaca con flúor		0,243	1105	Dentsiblen	1,89		2487
Selgin		0,27	1227	Sensilacer gel	1,89		2487
Elgyve Flúor			1250	Desensín gel		0,55	2500
Elmex pasta		0,275	1250	Fluor Kin bifluor menta forte		0,55	2500
Farmadent prot.Total	0,7	0,1	1376	Lácer	1,9		2500
Enciodontyl		0,31	1409	Fluocaril-bifluoré 250	0,76	0,3315	2507
Parodontax		0,31	1409	Lácer-Oros	0,8	0,32	2507
BlanX	0,8	0,08	1416	Fluor Aid 250		0,553	2514
				Dentex biflúor 300	1,1364	0,331	3000
				Dientex 2 en 1 medical	1,1364	0,3315	3002
				Elmex gel		2,75	12500

Vitoria I. Facultad de Farmacia. Valencia

De Barutell, Alfonso. Facultad de Odontología "AlfonsoX". Madrid.

**Anexo 8. Indicadores asociados a sordera en recién nacidos y niños pequeños**

**Indicadores asociados a sordera neurosensorial y/o de conducción en recién nacidos (0-28 días) si no se dispone de cribado universal**

1. Cualquier enfermedad o condición que requiera ingreso igual o superior a 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
2. Estigmas y otros hallazgos asociados con un síndrome que incluye pérdida auditiva sensorial o de conducción
3. Historia familiar de pérdida auditiva neurosensorial permanente
4. Anomalías craneofaciales, incluyendo aquellas con malformaciones morfológicas de pabellón auricular y el conducto auditivo externo
5. Infección intrauterina tal y como citomegalovirus, herpes, toxoplasmosis, o rubeola

FUENTE: Joint Committee of Infant Hearing (JCIH), 2000

**Indicadores asociados a sordera neurosensorial y/o de conducción en lactantes de 29 días a niños de 3 años que requieren un control periódico de la audición**

1. Preocupación de los padres o cuidadores sobre retraso en el habla, audición, lenguaje o desarrollo
2. Historia familiar de pérdida auditiva permanente infantil
3. Estigmas y otros hallazgos asociados con un síndrome que incluye pérdida auditiva sensorial o disfunción de la trompa de Eustaquio
4. Infecciones postnatales asociadas con pérdidas auditivas neurosensoriales incluyendo meningitis bacteriana
5. Infecciones intrauterinas como citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis y toxoplasmosis
6. Indicadores neonatales específicos: hiperbilirrubinemia a un nivel sérico que requiera exanguinotransfusión, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido asociada con ventilación mecánica y condiciones que requieran el uso de oxigenación por membrana extracorpórea
7. Síndromes asociados con pérdida auditiva progresiva como la neurofibromatosis, osteopetrosis y síndrome de Usher.
8. Enfermedades neurodegenerativas, tales como el síndrome de Hunter, o neuropatías sensori-motoras tales como la ataxia de Friedreich y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth
9. Traumatismo cefálico
10. OMS persistente o recurrente durante al menos 3 meses

FUENTE: Joint Committee of Infant Hearing (JCIH), 2000

**Anexo 9. Pautas para pedir valoración auditiva en niños sospechosos de padecer una sordera, cuando no se ajustan al desarrollo normal**

**Edad (meses)    Desarrollo normal**

0-4	Debe asustarse con los ruidos, tranquilizarse con la voz de la madre; cesa momentáneamente en su actividad cuando oye un ruido como una conversación
5-6	Debe localizar bien los ruidos en el plano horizontal y empezar a imitar ruidos a su manera o al menos vocalizar imitando a un adulto
7-12	Debe localizar correctamente los ruidos en cualquier plano Debe responder a su nombre, aunque sea en voz baja
13-15	Debe señalar un ruido inesperado o a personas u objetos familiares si se le pide
16-18	Debe seguir indicaciones sencillas sin ayudas gestuales ni de otro tipo; se le puede enseñar a dirigirse a un juguete interesante situado en la línea media al oír una señal
19-24	Debe señalarse las partes del cuerpo cuando se le pide; hacia los 21-24 meses, se le puede enseñar a responder en una audiometría.

**Anexo 10. Criterios para pedir una valoración audiológica****Edad (meses) Criterios para pedir una valoración audiológica para niños con retraso del habla**

12	No se aprecia balbuceo ni imitación vocal
18	No utiliza palabras aisladas
24	Vocabulario de palabras aisladas con 10 o menos palabras
30	Menos de 100 palabras; no se aprecian combinaciones de dos palabras; ininteligible
36	Menos de 200 palabras; no usa frases telegráficas, claridad < 50%
48	Menos de 600 palabras; no usa frases sencillas, claridad < 80%

*Modificado de Matkin ND: Early recognition and referral of hearing impaired children. Pediatr Rev 6-151, 1984*

**Anexo 11. Cribado de hipoacusia. Preguntas a los padres a diferentes edades****Edad del niño Preguntas a los padres**

7 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Despiertan al niño los ruidos como golpes fuertes, timbres o sirenas?</li> <li>¿Siente el niño aproximarse a personas que no ve o reacciona al oír hablar a personas conocidas sin verlas?</li> <li>¿Intenta localizar el niño ruidos que le llamen la atención?</li> <li>¿Balbucea?</li> </ul>
De 12 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Responde de alguna manera el niño a preguntas sencillas sin gestos?</li> <li>¿Responde de alguna manera al timbre o al teléfono?</li> <li>¿Responde de alguna manera cuando se le grita desde otra habitación?</li> <li>¿Emite sonidos articulados o melódicos? ¿Ha comenzado a hablar?</li> <li>¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo?</li> <li>¿Pertenece a alguno de los grupos de riesgo de hipoacusia?</li> </ul>
2 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repita las preguntas de 12 a 18 meses más las que siguen:</li> <li>¿Responde a preguntas sencillas sin gestos y sin mirar a los labios?</li> <li>¿Dice palabras sencillas habituales? ¿Construye frases de dos palabras?</li> </ul>
De 3 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Tiene el niño un lenguaje adecuado para su edad?</li> <li>¿Grita el niño excesivamente al hablar?</li> <li>¿Contesta el niño sistemática o frecuentemente con un qué?</li> <li>¿El niño sube muy alto el volumen del televisor?</li> <li>¿Tiene problemas de relación o integración en la escuela? ¿Es introvertido, distraído o agresivo?</li> <li>¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo?</li> </ul>

Anexo 12. Calendario Vacunal de la Asociación Española de Pediatría 2003

**CALENDARIO VACUNAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2003.  
COMITÉ ASESOR DE VACUNAS**

Vacunas	0 meses	2 meses <sup>(12)</sup>	4 meses	6 meses	12-15 meses	15-18 meses	24 meses	3-6 años	11-12 años	13-16 años
Hepatitis B <sup>(1)</sup>	HB <sup>(2)</sup>	HB <sup>(2,3)</sup>	HB <sup>(3)</sup>	HB <sup>(2,3)</sup>					HB <sup>(4)</sup>	
Difteria, Tétanos, Tosferina <sup>(5)</sup>		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		DTPa		Td o dTpa <sup>(13)</sup>
Polio <sup>(6)</sup>		VPI	VPI	VPI		VPI		VPI		
<i>H. Influenzae b</i> <sup>(7)</sup>		Hib	Hib	Hib		Hib				
Meningococo C <sup>(8)</sup>		MCC	MCC	MCC						
Sarampión, Rubeola, Parotiditis <sup>(9)</sup>					TV			TV		
Varicela <sup>(10)</sup>					Var				Var	
Neumococo <sup>(11)</sup>		Pnt7v	Pnt7v	Pnt7v		Pnt7v				

<sup>(1)</sup> Se pueden emplear dos pautas de vacunación: 1) Con inicio al nacimiento y continuación a los 2 y 6 meses de edad. 2) Con inicio a los 2 meses y continuación a los 4 y 6 meses. Los hijos de madres AgHBs positivo deben recibir una dosis de vacuna junto con 0,5 ml de gammaglobulina antihepatitis B en sitios anatómicos separados dentro de las 12 primeras horas de vida. La segunda dosis se administrará al mes de vida y la tercera a los 6 meses. En los casos de desconocimiento del AgHBs deberá administrarse la vacuna al nacimiento e investigarlo de manera que en caso de ser positivo pueda administrarse la gammaglobulina antihepatitis B en la primera semana de vida.

<sup>(2)</sup> Pauta 0-2-6 meses de vacuna contra la hepatitis B.

<sup>(3)</sup> Pauta 2-4-6 meses de vacuna contra la hepatitis B.

<sup>(4)</sup> Vacunación a los niños de 11-12 años pertenecientes a cohortes no vacunadas en el primer año de vida. Se empleará la pauta 0-1-6 meses.

<sup>(5)</sup> Difteria. Tétanos y Pertussis acelular en todas las dosis.

<sup>(6)</sup> Polio inactivada en todas las dosis.

<sup>(7)</sup> Vacuna conjugada contra *Haemophilus influenzae* tipo b.

<sup>(8)</sup> *Neisseria meningitidis* C. En función de la situación epidemiológica. Algunas CCAA pueden aconsejar la vacunación de todos los menores de 18 años que no hayan sido vacunados anteriormente.

<sup>(9)</sup> Sarampión, Rubeola y Parotiditis: triple vírica (TV). La segunda dosis se administrará entre los 3-6 años. En aquellos casos en los que no se haya recibido la segunda dosis, se completará el esquema en la visita de los 11-12 años.

<sup>(10)</sup> Varicela: cuando las Autoridades Sanitarias lo consideren oportuno, el CAV recomienda la vacunación universal de niños sanos a la edad de 12-18 meses. A los 11-12 años, vacunación selectiva de niños no previamente vacunados y con historia clínica fehaciente de no haber pasado la enfermedad. Se administrará una sola dosis, salvo en los mayores de 13 años en los que se deberá administrar dos dosis separadas por 6-8 semanas. Se puede poner coincidiendo con la TV en zona anatómica diferente o con jeringa distinta o bien diferirla un mes de la TV.

<sup>(11)</sup> Vacuna antineumocócica conjugada 7-valente: pauta 2-4-6 meses con una dosis de recuerdo entre los 12 y 24 meses de edad.

<sup>(12)</sup> Los recuadros que agrupan a varias vacunas corresponden a vacunas combinadas hexavalentes o pentavalentes.

<sup>(13)</sup> Revacunación cada 10 años.

Nota: Dado que no hay suficientes datos sobre la administración simultánea de vacuna hexavalente + antimeningocócica C antineumocócica heptavalente, conjugadas, se puede considerar no hacer coincidir las tres en el mismo acto vacunal.

### Anexo 13. Vacunas en grupos de riesgo (Continúa en página siguiente)

#### Vacunas recomendadas en niños infectados por VIH

- Se mantienen las vacunas de **difteria, tétanos, tos ferina, Hib, meningococo C y triple vírica**, sin cambios.
- Se sustituye la polio oral (Sabin) por **polio intramuscular inactivada** (Salk).
- En estos niños están indicadas, además, las vacunas de:
  - Gripe. Anualmente, a partir de los 6 meses, al menos en los sintomáticos. Deben vacunarse también los contactos familiares de niños con infección VIH sintomática.
  - Neumococo.
  - Hepatitis B.
- Los niños seronegativos deben recibir la **vacuna inactivada intramuscular tipo Salk**, cuando se vacunen de poliomielitis, si entre sus convivientes hay inmunodeficientes.
- En nuestro medio la **BCG** está contraindicada, salvo quizá en niños en las siguientes circunstancias:
  - Exposición mantenida e inevitable a bacilíferos no tratados y no pueden ser extraídos de este ambiente ni se les puede administrar tuberculostáticos de manera fiable.
  - Exposición mantenida e inevitable a infectados por micobacterias resistentes a isoniazida y rifampicina.
  - Los niños con infección sintomática por el VIH deben considerarse susceptibles aunque estén vacunados, pues su respuesta a las vacunas es mediocre:
    - Si se exponen a enfermedades tributarias de inmunización pasiva, como sarampión o varicela, deben recibir gammaglobulina inespecífica (0,25 ml/Kg en asintomáticos y 0,5 ml/Kg en sintomáticos) o antivárica-zóster, respectivamente, salvo que hayan recibido IgG en las últimas 3 semanas.
    - En heridas de alto riesgo de tétanos se administrará gammaglobulina antitetánica independientemente del estado vacunal.

#### Vacuna antituberculosa (BCG)

- Se recomienda su **uso sistemático** en:
  - Países en desarrollo con altas tasas de infección TBC, donde la mayoría de niños se infectan precozmente (tasas de viraje tuberculínico superiores al 1% al año de vida).
  - Niños de grupos de riesgo en países desarrollados, cuando otras estrategias de prevención de la TBC resultan inadecuadas o imposibles.
- **No está indicada de forma sistemática en España.** Estaría indicada en niños PPD(-) en las siguientes situaciones:
  - Poblaciones con tasas de infección mayores del 1% anual.
  - Contacto estrecho, mantenido, inevitable, con:
    - Bacilífero no tratado o mal tratado.
    - Bacilífero con BK resistente a isoniazida y rifampicina.
  - Niños que no pueden tomar isoniazida y están expuestos de forma mantenida al bacilo tuberculoso.
  - Grupos con alta tasa de infección TBC y difícil acceso a los servicios sanitarios, siendo imposible basar la lucha anti-TBC en la prueba de la tuberculina y la quimioprofilaxis.
  - Situaciones especiales en las que no es posible el control médico de un enfermo bacilífero que convive con el niño.

#### Vacuna antigripal

- La **vacunación antigripal anual** está indicada en los **niños mayores de 6 meses** en las siguientes situaciones:
  - **Cardiopatía** congénita o adquirida con repercusión clínica.
  - **Neumopatía crónica:** fibrosis quística, asma (incluso tratados con corticoides sistémicos o inhalados) o bronquitis obstructiva de repetición, displasia broncopulmonar, bronquiectasias.
  - **Diabetes.**
  - **Nefropatía:** S. nefrótico, glomerulonefritis crónica, insuficiencia renal crónica.
  - **Patología neuromuscular grave:** Werdnig-Hoffmann, Duchenne, miastenia gravis.
  - **Tratamiento crónico con salicilatos** en épocas de epidemia.
  - **Infectados por VIH.** En casos avanzados la inmunogenicidad es baja. La vacunación de los contactos es la estrategia más segura y efectiva.
  - **Niños institucionalizados.**
  - Otras causas de **inmunodepresión.**

**Anexo 13. Vacunas en grupos de riesgo (Continúa en página siguiente)**

- **Familiares**, incluyendo otros niños, **cuidadores y personal sanitario** que puedan transmitir el virus de la gripe a niños pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo.

También estará indicada en familiares, incluyendo otros niños, cuidadores y personal sanitario que puedan transmitir el virus de la gripe a niños pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo.

**Vacuna antihepatitis B**

- Se recomienda vacunar:
  - Recién nacidos de madres portadoras (HBsAg+).
  - Contacto familiar con enfermos o portadores crónicos.
  - Niños y adultos institucionalizados y personal que trabaja con ellos.
  - Pacientes en hemodiálisis, hemofílicos o que precisan múltiples transfusiones de sangre o derivados.
  - Grupos étnicos de riesgo o emigrantes de países con gran endemicidad: África, Asia, Indonesia, Filipinas, O. Medio, región Amazónica, Haití, R. Dominicana, antigua Unión Soviética, Europa del Este.
  - Exposición percutánea o mucosa a sangre, fluidos corporales u objetos posiblemente contaminados.
  - Viajes a países con gran endemicidad si la estancia es prolongada o se tienen relaciones sexuales.
  - Inmunodeficiencia (incluida la infección VIH).
  - Personal sanitario con riesgo de exposición.

**Vacuna antineumocócica****Vacuna antineumocócica 23-valente (polisacárida)****Indicaciones**

- Niños **mayores de 2 años** incluidos en los **grupos de riesgo**.
- No hay evidencia de utilidad en la prevención de otitis media recurrente, por lo que esta no es una indicación.
- El Comité Asesor de Vacunas de la AEP, en la edición 2001 de su Manual de Vacunas en Pediatría incluye las siguientes indicaciones, siempre en niños mayores de 2 años:
  - **Claramente indicada (eficacia demostrada)**
    - Enfermedad pulmonar crónica: fibrosis quística, enfisema. NO en el asma.
    - Enfermedad cardiovascular crónica.
    - Hepatopatía crónica (cirrosis).
    - Diabetes mellitus.
    - Drepanocitosis.
    - Asplenia anatómica o funcional.
    - Fístula de LCR.
  - **Potencialmente útil y también indicada (menor inmunogenicidad)**
    - Insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico.
    - Infección por VIH, asintomática o sintomática.
    - Inmunodeficiencias, incluidas las primarias de tipo humoral, combinadas, déficit de complemento y uso prolongado de corticoides.
    - Neoplasias sólidas o hematológicas.
    - Trasplantados de órganos sólidos o progenitores hematopoyéticos.
  - **Valoración individualizada (estudios no realizados)**
    - Encefalopatías.
    - Enfermedades neuromusculares.
    - Conectivopatías.

**Vacuna antineumocócica conjugada****Indicaciones**

- Las indicaciones actuales en España, hasta que se disponga de estudios epidemiológicos y de coste-beneficio locales son las siguientes, siempre en niños **entre 2 meses y 2 años**:
  - Anemia de células falciformes.

### Anexo 13. Vacunas en grupos de riesgo

- Asplenia, congénita o adquirida, anatómica o funcional.
- Infección por VIH.
- Enfermedad crónica cardiovascular.
- Enfermedad crónica respiratoria (excluido el asma).
- Diabetes mellitus.
- Fístula o pérdida de líquido cefalorraquídeo.
- Inmunodeficiencia congénita.
- Síndrome de Down.
- Trasplante.
- Neoplasia maligna, leucemia, linfoma.
- Síndrome nefrótico o insuficiencia renal.
- Inmunosupresión.

#### Vacuna antihepatitis A

##### Indicaciones

- Incluida a partir de 2001 en el calendario de **vacunas sistemáticas de Ceuta y Melilla**, en el segundo año de vida.
- Incluida en el calendario de **vacunas sistemáticas de Cataluña** (vacuna antihepatitis A+B) a los 12 años.
- **Viajes a zonas donde la hepatitis A es endémica.** Se consideran países de riesgo:
  - Todos los de África
  - América Central y Caribe
  - Todos los de Asia y Oriente Medio
  - Antigua Unión Soviética y Este de Europa
  - Islas del Pacífico, excepto Australia
- Pacientes incluidos en los siguientes **grupos de riesgo**:
  - Pacientes con hepatopatía crónica, incluyendo portadores asintomáticos de HBsAg.
  - Contactos domiciliarios de casos de hepatitis A, junto a gammaglobulina inespecífica.
  - Interrupción de epidemias en guarderías, escuelas, campamentos...
  - Hemofílicos.
  - Niños institucionalizados (orfanatos, acogida, centros para deficientes mentales).
  - Personal de guarderías infantiles.
  - Personal médico y paramédico de hospitales e instituciones asistenciales.
  - Trabajadores en contacto con aguas residuales no depuradas.
  - Varones homosexuales o bisexuales que tengan contactos sexuales múltiples.
  - Usuarios de drogas por vía parenteral.

#### Vacuna antivaricela

##### Indicaciones

- En España de momento es de uso exclusivamente hospitalario y solo se encuentra indicada en **pacientes de alto riesgo** y sus **contactos seronegativos sanos**. Sus indicaciones específicas son:
  - Niños con LLA en remisión más de 12 meses, linfocitos > 1.200, plaquetas > 100.000, no sometidos a radioterapia y que no reciban quimioterapia la semana antes o después de la vacunación.
  - Niños con tumores sólidos malignos, con las mismas condiciones que en la leucemia.
  - Niños en programa de trasplante de órganos sólidos (riñón).
  - Niños con enfermedades crónicas: trastornos metabólicos, endocrinos, renales, pulmonares o cardiovasculares, sin inmunodepresión ni corticoterapia a dosis altas.
  - Personas seronegativas en contacto con niños inmunodeprimidos (familiares y sanitarios que les atienden).
  - Mujeres susceptibles, no embarazadas, en edad fértil.
  - Profilaxis postexposición. La vacuna es eficaz si se administra en los primeros 3 días (6% de fallos) o hasta 5 días (33% de fallos) tras la exposición.

## Anexo 14. Consejos preventivos de los accidentes infantiles según el grupo de edad

### Edad

- |                |   |
|----------------|---|
| De 0 a 2 años  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad en el automóvil.</li> <li>• Temperatura del agua de baño.</li> <li>• Prevención de incendios en el hogar (cocina).</li> <li>• Elementos peligrosos del hogar (espitas, enchufes, puntas, cortantes, ventanas, ángulos de puertas)</li> <li>• Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.</li> <li>• Almacenamiento de drogas y sustancias tóxicas y cáusticas (a partir de los 9 meses).</li> <li>• Teléfono del Instituto de Toxicología.</li> </ul> |
| De 2 a 6 años  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad en el automóvil y educación vial.</li> <li>• Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.</li> <li>• Elementos peligrosos del hogar:</li> <li>• Prevención de incendios en el hogar:</li> <li>• Seguridad en las piscinas.</li> <li>• Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.</li> <li>• Seguridad en bicicleta.</li> <li>• Teléfono del Instituto de Toxicología.</li> </ul>  |
| De 6 a 14 años | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad en el automóvil y educación vial.</li> <li>• Seguridad en bicicleta, ciclomotor y monopatín.</li> <li>• Consejo antialcohólico en adolescentes.</li> <li>• Prevención de incendios en el hogar:</li> <li>• Seguridad en las piscinas.</li> <li>• Prevención de intoxicaciones.</li> <li>• Prevención de la conducta violenta y el uso de armas en adolescentes.</li> <li>• Teléfono del Instituto de Toxicología.</li> </ul>                             |

**Anexo 15. Recomendaciones de fotoprotección solar**

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 gorra en caso de exposición. Fotoprotector resistente al agua (factor 15 o 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 o 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 <sup>(1)</sup>	Evitación estricta de la luz ultravioleta. Siempre ropa larga y gorro. Uso habitual de factor fotoprotector factor 15 o superior
SFNAM <sup>(2)</sup>	Como piel tipo I
Nevos atípicos	Como piel tipo II
Albinismo	Como piel tipo I, estricto

<sup>(1)</sup> Nevos melanocíticos muy abundantes con múltiples nevos atípicos.

<sup>(2)</sup> Síndrome familiar de nevos atípicos y melanoma (dos o más parientes de primer grado).

**Anexo 16. Tamaño del manguito según la edad**

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

**Anexo 17. criterios de hipercolesterolemia en niños y adolescentes**

Categoría	Colesterol total	Colesterol-LDL
Aceptable	< 170 mg/dl	< 110 mg/dl
Límite alto	170 - 199 mg/dl	110 - 129 mg/dl
Elevado	> 200 mg/dl	> 130 mg/dl

**Anexo 18. Indicadores físicos y comportamentales del niño y del agresor (Continúa en página siguiente)**

	<b>Indicadores físicos del niño</b>	<b>Indicadores comportamentales del niño</b>	<b>Conducta del cuidador</b>
<b>Maltrato Físico por acción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magulladuras o moretones</li> <li>• Quemaduras</li> <li>• Fracturas</li> <li>• Heridas o raspaduras</li> <li>• Lesiones abdominales, hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes</li> <li>• Mordedura humana</li> <li>• Intoxicaciones</li> <li>• Síndrome de Münchausen por poderes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cauteloso respecto al contacto físico con adultos</li> <li>• Se muestra aprensivo cuando lloran otros niños</li> <li>• Muestra conductas extremas (llanto inconsolable...)</li> <li>• Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora al terminar las clases y dejar la escuela</li> <li>• Dice que su padre le ha causado alguna agresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha sido objeto de maltrato en la infancia</li> <li>• Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño</li> <li>• No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas o no convincentes</li> <li>• Parece no preocuparse del niño</li> <li>• Percibe al niño de manera negativa</li> <li>• Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de la lesión</li> </ul>
<b>Negligencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de higiene</li> <li>• Retraso del crecimiento</li> <li>• Infecciones leves recurrentes o persistentes</li> <li>• Consultas frecuentes a los servicios de urgencias</li> <li>• Hematomas inexplicados</li> <li>• Accidentes frecuentes por falta de supervisión</li> <li>• Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica</li> <li>• Ropa inadecuada para las condiciones climáticas</li> <li>• Alimentación o hábitos horarios inadecuados</li> <li>• Retraso en todas las áreas madurativas</li> <li>• Problemas de aprendizaje escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamientos autograticantes</li> <li>• Somnolencia, apatía, depresión</li> <li>• Hiperactividad, agresividad</li> <li>• Tendencia a la fantasía</li> <li>• Absentismo escolar</li> <li>• Se suele quedar dormido en clase</li> <li>• Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde</li> <li>• Dice que no hay quién le cuide</li> <li>• Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto</li> <li>• Comportamientos antisociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vida en el hogar caótica</li> <li>• Muestra evidencia de apatía o inutilidad</li> <li>• Mentalmente enfermo o bajo nivel intelectual</li> <li>• Tiene una enfermedad crónica que impida la correcta atención al niño</li> <li>• Fue objeto de negligencia en la infancia</li> </ul>
<b>Abuso sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para andar o sentarse</li> <li>• Ropa interior rasgada o manchada o ensangrentada</li> <li>• Se queja de dolor o picor en la zona genital</li> <li>• Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</li> <li>• Tiene una enfermedad de transmisión sexual</li> <li>• Tiene la vulva hinchada o roja</li> <li>• Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa</li> <li>• Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano</li> <li>• Embarazo en la adolescencia</li> <li>• Infecciones urinarias de repetición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice que ha sido atacado sexualmente</li> <li>• Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales</li> <li>• Trastornos del sueño y alimentación</li> <li>• Miedos, fobias, histeria</li> <li>• Síntomas inespecíficos (algias, respiratorios...) que originan intenso consumo médico sin que se aclare la causa</li> <li>• Depresión</li> <li>• Intento de autolisis</li> <li>• Desvalorización corporal (anorexia)</li> <li>• Problemas de conducta (fugas, fracaso escolar)</li> <li>• Promiscuidad sexual</li> <li>• Criminalidad bajo forma de abuso sexual y/o violencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremadamente celoso del niño</li> <li>• Alienta al niño a implicarse en actos sexuales</li> <li>• Sufrió abuso sexual en su infancia</li> <li>• Experimenta dificultades en su matrimonio</li> <li>• Abuso de drogas o alcohol</li> <li>• Esta frecuentemente ausente del hogar</li> </ul>

**Anexo 18. Indicadores físicos y comportamentales del niño y del agresor**

	<b>Indicadores físicos del niño</b>	<b>Indicadores comportamentales del niño</b>	<b>Conducta del cuidador</b>
<b>Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático</li> <li>Retraso en varias áreas madurativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Excesiva ansiedad o rechazo en las relaciones psicoafectivas</li> <li>Asustadizos, tímidos, pasivos</li> <li>Comportamientos agresivos o negativistas</li> <li>Ausencia de respuesta a estímulos emocionales</li> <li>Retraso del lenguaje</li> <li>Fracaso escolar</li> <li>Inmadurez socioemocional</li> <li>Conductas autolesivas</li> <li>Problemas graves de control de esfínteres en niños mayorcitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Culpa o desprecia al niño</li> <li>Es frío o rechazante</li> <li>Niega amor</li> <li>Trata de manera desigual a los hermanos del niño</li> <li>Parece no preocuparse de los problemas del niño</li> <li>Exige al niño por encima de sus capacidades</li> <li>Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno</li> </ul>

## Anexo 19. Factores de riesgo para el desarrollo de ferropenia en función de la edad

### Grupo I. Factores de riesgo perinatal

- Prematuros
- Recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional
- Gestaciones múltiples
- Ferropenia materna grave durante la gestación
- Hemorragias útero-placentarias
- Hemorragias neonatales (o múltiples extracciones sanguíneas)

### Grupo II. Factores de riesgo entre el mes y los 12 meses de edad

- Lactancia materna exclusiva por encima de los 6 meses.
- Alimentación con fórmula de inicio no suplementada con hierro, más allá de los 6 meses.
- Introducción de leche de vaca entera antes de los 12 meses.

### Grupo III. Factores de riesgo a partir del año de edad

- Alimentación incorrecta (exceso de lácteos y carbohidratos, ingesta escasa de carne magra, ingesta escasa de fruta y vegetales verdes).
- Pica.
- Infecciones frecuentes.
- Hemorragias frecuentes o profusas (menstruaciones, epistaxis, sangrado digestivo).
- Cardiopatías congénitas cianógenas.
- Uso prolongado de AINEs y corticoides por vía oral.

## ACTUACIÓN ANTE LOS DIFERENTES GRUPOS DE RIESGO

### Grupo I

- Se hará profilaxis con hierro oral a las siguientes dosis:
  - Prematuros sanos que hayan pesado menos de 1.500 g, 2 mg/Kg/día de hierro desde los 2 a los 6 meses.
  - Prematuros de más de 1.500 g al nacer y hemorragia perinatal o gran número de extracciones, 2-4 mg/Kg/día de hierro (mayor dosis a menor edad gestacional) del mes a los 6 meses de vida.
  - El resto del grupo, hierro a 2-4 mg/Kg/día a partir del 4.º-6.º mes de vida o posteriormente, durante un mínimo de 3 meses.
- Cribaje de ferropenia y anemia: una vez concluida la profilaxis se medirá hemoglobina, hematocrito, VCM, CHM, CHCM, ferritina e índice de saturación de transferrina.

### Grupo II

- Se hará profilaxis con hierro oral a partir de los 5-6 meses durante un mínimo de 3 meses y cribado, como en el grupo anterior, al final de la profilaxis.
- Recomendaciones dietéticas.

### Grupo III

- En este grupo se hará primero un cribado de anemia y ferropenia (como se indicó previamente) y se actuará en función de los resultados.

## Anexo 20. Cribado de infección tuberculosa

Se efectuará solo en zonas donde la prevalencia de infección sea mayor del 1% en escolares (niños de 6 años).

En niños de riesgo se realizará la prueba de la tuberculina a los 6, 11 y 14 años de forma rutinaria y en cualquier otro momento que se crea indicado o ante la presunción de contacto con una persona bacilífera o sospecha clínica de enfermedad tuberculosa.

- En poblaciones con bajo riesgo (baja tasa de positividad tuberculínica) no está indicado el cribado sistemático porque además de haber pocos positivos, la mayoría de ellos serían falsos positivos. Se recomienda efectuarlo si hay tasas superiores al 1% a los 6 años.
- En España, salvo en algunas bolsas de pobreza o población marginal, la prevalencia de la infección tuberculosa a esta edad es inferior a esa cifra y no se recomienda el cribado sistemático. Las edades óptimas y la periodicidad con que se practicará dependerá de las circunstancias locales. Indicaciones generalmente aceptadas son:
  - Hijos de adictos a drogas por vía parenteral o de portadores de infección VIH.
  - Grupos marginales o de nivel socioeconómico muy bajo.
  - Niños con inmunodeficiencias o seropositivos para VIH.
  - Contacto o sospecha de contacto con enfermo bacilífero.
  - Sospecha clínica o radiológica de infección TBC.
  - Niños procedentes de países donde la TBC es endémica: Asia, Oriente Medio, África, Latinoamérica, Europa del Este, Rusia.
  - Antes y después de viajar a países donde la infección TBC es endémica (estancia superior un mes).
- En estos casos el cribado se hará de manera oportunista, repitiéndose según las posibilidades y las prioridades establecidas localmente. Las recomendaciones varían según la fuente de la que emanan pero todas incluyen:
  - Cada 1-2 años en grupos de riesgo.
  - Anualmente en infectados por VIH.
  - Ciertas edades, según la epidemiología local, pero suele ser al empezar y acabar la escuela primaria, en niños sin factores de riesgo pero que viven en zonas con alta prevalencia de infección TBC.

**Anexo 21. Guía de actividades preventivas por grupos de edad en niños con Síndrome de Down**

Actividad	0-4 sem.	6m	1	1,5	2	2,5	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Cariotipo																					
Consejo genético	+																				
Actividades preventivas habituales (PAPPS)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Evaluación cardíaca	Ecocardiogr:																				Ecocardiogr:
Evaluación audición	PETC o OEA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Evaluación oftalmológica	Reflejo rojo	+	+																		
Evaluación tiroides (TSH, T4)	Cribado de metabolismo	+	+																		
Evaluación crecimiento (tablas estándares). Obesidad. Nutrición		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Evaluación bucodental																					
Cribado celiacía <sup>(1)</sup>																					
Apoyo familiar. Tutela de cuidados y habilidades paternas	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Desarrollo psicomotor. Coordinación con servicios educativos.	Intervención precoz	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Inestabilidad atlantoaxoidea <sup>(2)</sup>								Rx													

Instrucciones: las zonas claras son de cumplimentación de examen o cribado.

<sup>(1)</sup> Determinar en suero anticuerpos anti gliadina y simultáneamente los anticuerpos antitransglutaminasa una vez entre los 2 y los 4 años.

<sup>(2)</sup> Rx lateral cervical entre los 3 a 5 años. Repetir si realiza deporte con asiduidad o previos a anestesia general. Examen neurológico en cada visita.

**Anexo 22. Seguimiento del prematuro < 1.500 g al nacer**

- **Seguimiento del desarrollo.** Se aconseja normalizar las valoraciones del desarrollo utilizando la edad corregida y no la edad real para el calendario de revisiones.
- **Lactancia.** La leche materna es el mejor alimento para el niño prematuro. Cuando no es posible la lactancia materna se ha comprobado en los estudios randomizados efectuados, que las fórmulas de prematuros mejoran el crecimiento, la masa ósea y el desarrollo mental a largo plazo en comparación con las fórmulas de inicio. Se aconseja mantener la fórmula de prematuros hasta los 9 meses o al menos hasta que alcancen los tres kilos de peso.
- **Prevención del raquitismo.** Desde los 15 días y hasta el año de vida se recomienda la profilaxis con 400 UI/día de vitamina D. En los primeros meses tras el alta hospitalaria conviene vigilar la aparición de raquitismo. Especialmente en los menores de 1.000 gramos al nacimiento se recomienda una determinación de fosfatasa alcalina un mes después del alta y si está elevada confirmar el diagnóstico con una radiografía de muñeca.
- **Valoración del crecimiento.** Se aconseja corregir la edad para calcular los percentiles de peso, longitud-talla y perímetro craneal hasta los dos años de edad corregida.
- **Profilaxis de la anemia de la prematuridad.** Se aconseja que los niños que hayan recibido varias transfusiones y sean dados de alta sin profilaxis con hierro, se les haga cribado de anemia y ferropenia después del alta. El tratamiento con hierro se hará si aparece ferropenia o anemia. Los niños no transfundidos con o sin tratamiento con eritropoyetina durante su estancia hospitalaria recibirán profilaxis con hierro oral a partir del mes de vida (2 a 4 mg/kg/día, contabilizando los aportes con la alimentación) y cribado de anemia y ferropenia al mes y a los 3 meses después del alta por si hay que incrementar la dosis o suspender la profilaxis por depósitos elevados.
- **Habilidades motoras.** Conocer la cronología de las habilidades motoras y las peculiaridades del desarrollo motor de los niños prematuros facilita la identificación de los niños que se apartan de un desarrollo normal. El 50% de los recién nacidos con peso menor de 1.500 g han adquirido la sedestación sin apoyo a los 7 meses de edad corregida y el 90% a los 9 meses de edad corregida. Con respecto a la marcha el 50% la han adquirido a los 14 meses de edad corregida y el 90% a los 18 meses de edad corregida.
- **Hipertonía transitoria del prematuro.** La hipertonía transitoria aparece hacia los 3 meses de edad corregida, progresa cefalocaudalmente, no produce retracciones, ni asimetrías ni retrasa la adquisición de la sedestación y la marcha. Junto con el retraso motor simple se pueden considerar variantes de la normalidad y por ello solo precisan seguimiento.
- **Factores de riesgo para alteraciones del desarrollo motor.** Se consideran factores de riesgo el peso de nacimiento menor de 750 g, las infecciones del sistema nervioso central y la presencia de lesión parenquimatosa (leucomalacia periventricular o infarto hemorrágico) en la ecografía cerebral. Estos niños deben remitirse tras el alta hospitalaria a estimulación precoz y fisioterapia. Si un niño menor de 32 semanas de edad gestacional no tiene ninguna ecografía cerebral después de la semana de vida se debe de realizar un nuevo control ecográfico, ya que las lesiones del parénquima cerebral no suelen aparecer como imagen ecográfica hasta la tercera o cuarta semana de vida.
- **Parálisis cerebral.** La presencia de asimetrías retracciones y el retraso en la adquisición de las habilidades motoras sugiere el diagnóstico de parálisis cerebral y de forma precoz se debe remitir para estimulación precoz y fisioterapia. En general el diagnóstico de parálisis cerebral no debe realizarse antes de los dos años de edad corregida.
- **Desarrollo sensorial.** Visión. Comprobar que todos los niños con peso de nacimiento < 1.250 g y todos los niños < de 30 semanas de edad gestacional han tenido revisiones de fondo de ojo hasta la completa vascularización de la retina. El diagnóstico precoz y el tratamiento de la retinopatía del prematuro grado 3 disminuye el riesgo de evolución a ceguera (evidencia A). Todos los niños con diagnóstico de retinopatía grado 3 y los que tienen lesión cerebral parenquimatosa precisan seguimiento estrecho oftalmológico al menos durante los dos primeros años de vida. Todos los niños menores de 1.500 g deben valorarse al año y a los dos años por un oftalmólogo ya que tienen un riesgo elevado de problemas visuales graves.
- **Audición.** Antes de los 6 meses de edad corregida se debe disponer de información objetivable sobre la capacidad auditiva de los niños con peso de nacimiento menor de 1.500 g.
- **Apoyo a la familia.** Se debe apoyar a los padres de los niños prematuros durante la crianza y la educación de su hijo. La incertidumbre sobre la evolución de su hijo es grande y condiciona actitudes que dificultan la aceptación del hijo. Se les debe de informar sobre la existencia de asociaciones de padres de niños prematuros.
- **Problemas del comportamiento y del aprendizaje.** Estos imponderables son muy frecuentes. Se deben de realizar valoraciones periódicas para detectarlas (dos, cuatro años). Si se diagnostica alguna alteración se debe remitir para intervención precoz ya que así la evolución será más favorable (evidencia B). Se aconseja iniciar la escolarización considerando la edad corregida y no la edad real o al menos considerar las actitudes individuales de cada niño.

**Anexo 23. Manual de Trabajo del Grupo PrevInfad/PAPPS infancia y adolescencia (Continúa en página siguiente)**

<http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfad/Manual.htm>

**Introducción**

Este manual es el compendio de normas de trabajo de los miembros y colaboradores del grupo PrevInfad de la AEPap o PAPPS de la infancia y adolescencia de la semFYC.

Su objetivo es facilitar la comunicación entre los miembros del grupo y permitir la edición de la información en soporte papel o en medios electrónicos.

Su contenido aspira a crecer con las aportaciones de los miembros del grupo en las sucesivas reuniones. Es pues, un documento no definitivo, pero vinculante en cada edición actualizada para todos los que componen este grupo de expertos en la salud infantil.

**Sobre los temas de estudio**

En la actualidad los temas incluidos en **PrevInfad** para la difusión, actualización y vigilancia bibliográfica son:

- Diagnóstico precoz de trastornos endocrinos y metabólicos.
- Diagnóstico precoz de la displasia evolutiva de cadera.
- Diagnóstico precoz de criptorquidia.
- Actividades preventivas en el gran prematuro (menor de 1.500 gramos).
- Vacunaciones.
- Diagnóstico precoz de los trastornos de la visión.
- Diagnóstico precoz de los trastornos de la audición.
- Prevención de accidentes.
- Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia.
- Prevención de la incorporación a hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Promoción de la lactancia materna y alimentación del lactante en el 1<sup>er</sup> año.
- Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
- Diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo psicomotor y físico.
- Prevención y diagnóstico precoz de la ferropenia.
- Promoción de la salud bucodental (flúor y caries).
- Protección solar y prevención del cáncer de piel.
- Diagnóstico precoz de la primoinfección tuberculosa (TBC).
- Prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- Actividades preventivas en niños con Síndrome de Down.
- Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado en adolescentes.

**Sobre la incorporación de nuevos temas**

En las reuniones anuales se considera la idoneidad y pertinencia de nuevos temas (ejemplos para el año 2002: Promoción del ejercicio físico y prevención en la práctica deportiva y atención al niño emigrante).

Cuando se considera que un tema debe ser incluido en PREVINFAD se propone que un miembro del mismo realice en la próxima reunión una plena justificación documental para ser incorporado al grupo de temas (ver "Sumario de un proyecto para incorporar a PrevInfad").

Sobre los responsables de los temas:

Los miembros del grupo se distribuyen los temas. La responsabilidad con respecto a cada tema consiste en:

- Elaborar el documento.
- Elaborar las recomendaciones.
- Establecer una alerta bibliográfica continuada sobre el tema.
- Realizar una actualización cada dos años, si procede.
- Elaborar cuanta edición se precise para cursos, seminarios, revistas etc; tal y como acuerde el grupo de trabajo.

La responsabilidad de los miembros del grupo sobre un tema puede ser de dos tipos:

- Ponente responsable.
- Tutor de un ponente invitado al grupo.

Un ponente invitado es aquel que por decisión del grupo se le invita a elaborar un tema sin pertenecer al mismo, pero respetando todos sus derechos de autor. El tutor del ponente invitado asegura que el autor y el tema se ajusten al Manual de Estilo y otras normas de funcionamiento del grupo, así como que cumpla con los plazos fijados por el grupo.

## Anexo 23. Manual de Trabajo del Grupo Previnfad/PAPPS infancia y adolescencia (Continúa en página siguiente)

### Sobre la estructura de los temas

Cuando se propone un tema para ser incorporado al conjunto de actividades preventivas, el informe que se elabora constará al menos de las siguientes partes:

Sumario de un proyecto para incorporarse a Previnfad:

- Descripción del tema que se desea abordar (definición, tipos y subclases).
- Magnitud del problema (datos epidemiológicos de incidencia, prevalencia, morbilidad, secuelas y mortalidad cuando proceda).
- Descripción de las intervenciones.
- Controversias actuales del problema.
- Definir los objetivos concretos que se van a contemplar.
- Definir las estrategias de búsqueda de información para cada uno de los objetivos concretos (reseñar las fuentes de información que se prevé consultar, las palabras claves, los años de búsqueda, etc.).

Cuando se elabora un documento definitivo sobre un tema, el índice y contenidos serán del siguiente modo:

### Sumario de un documento para su edición

- Introducción.
- Definiciones.
- Magnitud del problema.
  - Frecuencia
  - Efectividad del tratamiento
- Pruebas de detección diagnóstica e intervenciones en atención primaria.
- Recomendaciones de los grupos de expertos.
- Análisis de evidencia, efectividad y eficiencia.
- Puntos a destacar:
  - Bibliografía:
 

Estrategia de búsqueda bibliográfica (la búsqueda se realizará como mínimo en Medline y en las bases de datos bibliográficas secundarias (Cochrane Library; Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness ([DARE]; TRIP DataBase; SUM Search, etc.). Como en el siguiente ejemplo (perdón por ir en inglés, pero así es el original):

*“A search for studies on the prevention of child maltreatment published between 1993 and February 1999 was conducted using the following databases: MEDLINE, HealthSTAR, PSYCINFO and ERIC. For MEDLINE and HealthSTAR the search terms included “child abuse,” “incest” and “battered child syndrome” with “prevention and control” as well as “child abuse” combined with “statistics and numerical data,” “etiology” and “epidemiology.” The type of publication was limited to original research articles, reviews, meta-analyses and practice guidelines. For PSYCINFO the search terms included “child abuse,” “child neglect,” “battered child syndrome” or “incest” combined with “prevention” or “screening” and limited to “experimental design,” “meta-analysis” or “literature review.” ERIC was searched with the terms “child abuse” and “child neglect” and limited to “literature review.” Additional literature searches were conducted using the database Current Contents (1993–1999) using the key word “child abuse,” “child neglect,” “battered child syndrome” or “incest” combined with “prevention” or “screening.” No meta-analysis was performed because of the range of manoeuvres examined; even across studies evaluating the same intervention the differences in individual study designs precluded combining of results. The retrieved articles were systematically reviewed using the methodology of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. The task force, comprising expert clinicians and methodologists from a variety of medical specialties, used a standardized evidence-based method for evaluating effectiveness. En: Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment Harriet L. MacMillan with the Canadian Task Force on Preventive Health Care\*”.*
  - Comentarios de cada cita principal, incluyendo material, método, discusión y discusión de cada cita principal.
  - Se procurará ofrecer la URL del resumen o del texto completo de las citas principales y el resto de citas cuando esto sea posible.
- Direcciones de Internet (se ofrecen las direcciones web de asociaciones, instituciones sobre el tema, etc.).
- Índice de Tablas.
- Índice de figuras.

### Sobre la búsqueda de la mejor evidencia científica

#### Introducción

La elaboración de los documentos en el grupo de PREVINPAD parte de la realización de una revisión sistemática sobre cada uno de los aspectos que trata el tema que se desea editar:

### Anexo 23. Manual de Trabajo del Grupo PrevInfad/PAPPS infancia y adolescencia (Viene de página anterior)

La revisión sistemática sigue un método reproducible por cualquier otro investigador; sus etapas más características son:

- Establecer los objetivos de la revisión y delimitar los criterios de selección bibliográfica.
- Búsqueda de los estudios que reúnan los criterios de selección.
- Aplicar los criterios de selección y justificar las exclusiones.
- Reunir el mayor número posible de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA).
- Analizar los resultados. Si es posible hacer una síntesis estadística de los ECA.
- Realizar un análisis de sensibilidad si es apropiado.
- Preparar un informe estructurado de la revisión.

(Tomado de la Colaboración Cochrane)

#### Niveles de evidencia

Finalizada la revisión se pone de manifiesto la mayor evidencia encontrada en cada intervención o prueba diagnóstica recomendada por PrevInfad siguiendo la clasificación de la Canadian Task Force (Tablas 1 y 2).

#### Integración de la evidencia científica

Una de las tareas más arduas es contextualizar las recomendaciones halladas en cada revisión sistemática, o de otro modo obtener validez externa a las intervenciones que vamos a recomendar; para ello se buscarán publicaciones que consideren nuestro contexto sanitario (presión asistencial, costes, marco legal, aspectos organizativos, características de la población, experiencia de los profesionales, etc.). Por lo mismo, cuando publiquemos datos epidemiológicos lo haremos también de nuestro medio (Europa, España y Comunidades Autónomas).

Igualmente cuando la mejor evidencia sea la de tipo III (expertos), buscaremos la de expertos más cercanos a nuestro entorno (Atención Primaria, Europa, España, CC AA).

Sobre la comunicación entre miembros del grupo.

#### Comunicación entre reuniones

- Las alertas bibliográficas que se produzcan en el período entre reuniones serán comunicadas al resto del grupo indicando si procede o no una edición de urgencia en cualquiera de nuestros medios de edición.
- Con 30 días de antelación a la reunión en la que proceda el debate sobre un proyecto o sobre un tema debe remitirse por correo electrónico a los miembros del grupo la documentación que se debatirá.

#### Comunicación en las reuniones

- El orden de discusión en la reunión será:
  1. Según se establezca en el orden del día previamente consensuado por el grupo en la anterior reunión y las sucesivas comunicaciones del secretario con el grupo. Las comunicaciones del secretario serán con 90 días de antelación a la reunión, para poder entre todos realizar las modificaciones al orden del día.
  2. Según los puntos del orden del día que con antelación hayan aportado documentación a los miembros del grupo. Dentro de los 30 días previos a la reunión.
  3. Según consenso del grupo en el mismo día de reunión previo al inicio del orden del día, en orden a prioridades o urgencias aceptadas por la mayoría del grupo.
- A la reunión los ponentes deben aportar la documentación en formato "Powerpoint", para permitir después la elaboración de conclusiones que se emitirían en este sistema en los plenarios con ayuda de un "cañón de proyección".
- Además en formato Word para adjuntar si es necesario al acta de la reunión.

#### Aprobación del documento borrador o del documento para edición

Se seguirá el instrumento denominado AGREE que mide la calidad de una guía clínica. Su edición original se encuentra en <http://www.agreecollaboration.org>. El AGREE es un instrumento que mide la calidad de una guía clínica ya sea de prevención, tratamiento, diagnóstica, etc.

Consta de 23 ítems organizados en seis apartados que miden una dimensión diferente de la calidad de la guía. Cada ítem se valora según una escala de 4 puntos, donde 4 es muy de acuerdo y 1 es muy en desacuerdo. Igualmente cada ítem tiene una zona para comentarios u observaciones del revisor de la guía.

## Anexo 23. Manual de Trabajo del Grupo Previnfad/PAPPS infancia y adolescencia (Viene de página anterior)

En nuestro grupo de trabajo Previnfad/PAPPS Infancia y Adolescencia cada miembro es un revisor de la guía que se presenta nueva o actualizada en fase de borrador o a punto de edición.

Cada uno de los apartados o grupos de ítem puede ser calculado por separado y se puede obtener una estandarización del dominio según la siguiente fórmula:

$$(Puntuación\ obtenida - mínima\ puntuación) / (puntuación\ máxima - mínima\ puntuación) \times 100$$

*Nota: la puntuación es la suma de las puntuaciones de cada ítem que realiza cada revisor.*

### Resumen del AGREE

#### Apartado 1º. Ámbito y objetivos de la guía

El grupo de ítem 1 al 3 hacen referencia a objetivos, cuestiones clínicas que específicamente va a abordar y características de la población a la que va dirigida la guía.

#### Apartado 2º. Implicación de los usuarios potenciales

Los ítem 4 al 7 valoran si se han tenido en cuenta los puntos de vista de todos los profesionales involucrados. Así como de las preferencias de los usuarios o pacientes.

#### Apartado 3º. Rigor metodológico

Del 8 al 14 se analiza el rigor metodológico en la elaboración de la guía estrategia de búsqueda bibliográfica, criterios de inclusión o exclusión de los trabajos encontrados, etc.) y sobre las recomendaciones realizadas se analiza el método de decisión de las mismas.

#### Apartado 4º. Claridad y presentación de la guía

Los ítem 15 a 18 valoran el lenguaje y formato de la guía (sencillez, precisión, especificidad de la recomendación, etc.).

#### Apartado 5º. Aplicabilidad

La aplicabilidad de la guía se analiza en los ítem 19 a 21, organización, costes añadidos en la aplicación de la guía.

#### Apartado 6º. Independencia editorial

Por último del 22 al 23 se valora la independencia y el conflicto de interés de los participantes en la elaboración de la guía o de su edición.

### Edición de temas en la web del grupo

Recomendaciones en cuanto a organización y normas de estilo para publicar en la web de Previnfad:

1. Cada tema incluido en la web debe tener un único encargado. Este será el que habrá de actualizar, tanto el artículo Previnfad-corto ("Recomendaciones") como el Previnfad-largo ("Más información sobre este tema").
2. Cada responsable dispondrá de los archivos colocados en la web, corto y largo, en modo de solo lectura. El nombre de estos archivos seguirá el siguiente ejemplo: criptorquidia-corto.doc y criptorquidia-largo.htm
3. Las actualizaciones/modificaciones se entregarán de la siguiente forma:
  - Los artículos largos en formato doc de Word o bien htm de FrontPage 2000.
  - Los artículos cortos, en Word.

Cuando se envíe al editor de la web la actualización de un texto, tanto doc como htm, se seguirá el siguiente código de colores sobre el texto previo:

Añadido	→	Texto en azul
Borrado	→	Texto en rojo y tachado
Se mantiene	→	Texto en negro

O sea, que si una frase se modifica, deberá mostrarse lo que desaparece en rojo tachado y a su derecha lo que lo sustituye, en azul.

4. Las imágenes que se incluyan en el artículo se enviarán al editor de la web por separado, en formato gif o jpg, pero incluidos en el archivo adjunto comprimido.
5. La fecha de actualización figurará en la primera línea del artículo, tanto en el corto como el largo.
6. Fuente: Arial 10 normal, interlineado sencillo, alineación justificado, sin sangría, sin espaciado antes o después de párrafo.
7. Los envíos a través de correo electrónico irán preferiblemente empaquetados con Winzip.

**Tabla I. Niveles de la evidencia científica**

<b>Tipo de evidencia</b>	
I	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado o de un estudio de metaanálisis.
II-1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria.
II-2	Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles, preferentemente hechos en más de un centro o equipo de investigación.
II-3	Evidencia obtenida por múltiples series temporales, con o sin intervención. Los resultados sorprendentes en experiencias no controladas también pueden ser incluidos en este grupo de evidencia.
III	Opiniones de reconocidos expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

**Tabla II. Clasificación de las recomendaciones basadas en la fuerza de la evidencia científica**

<b>Tipo de evidencia</b>	
A	Hay <b>buena evidencia</b> que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente <b>incluida</b> en un examen periódico de salud.
B	Hay <b>suficiente evidencia</b> que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente <b>incluida</b> en un examen periódico de salud.
C	Existe <b>pobre evidencia</b> para la <b>inclusión</b> o la <b>exclusión</b> de la actividad preventiva en un examen periódico de salud, pero se puede recomendar en situaciones especiales.
D	Existe <b>suficiente evidencia</b> que sostiene que la actividad preventiva sea <b>excluida</b> de un examen periódico de salud.
E	Existe <b>buena evidencia</b> que sostiene que la actividad preventiva sea <b>excluida</b> de un examen periódico de salud.