

PLAN PERSONAL JERÁRQUICO DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Documento técnico -2018

PPJ-asia



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

ÍNDICE

Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y la Adolescencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias	11
<i>Coordinación general</i>	11
<i>Adaptación informática</i>	11
<i>Coordinación SSCC del SESPA</i>	11
Programa de Salud Infantil (PSI)	11-12
Autores	11
<i>Grupo de trabajo (2010-2015)</i>	11
<i>Grupo de trabajo desde 2015 . Adaptación a OMI</i>	11-12
<i>Pediatras que han realizado aportaciones</i>	12
<i>Enfermeras pediátricas que han realizado aportaciones</i>	12
Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial (PIRSS) 12-13	
Autores.....	12
<i>Grupo de trabajo</i>	12
Programa de Actualización y Adaptación a los Sistemas Informáticos del SESPA de la Guía de Actuación Sanitaria ante los casos de Maltrato infantil Intrafamiliar (AIAASMI)	13
Autores.....	13
<i>Grupo de trabajo</i>	13
<i>Adaptación a los Servicios Informáticos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)</i>	14
<i>Adaptación a SELENE</i>	14
Adaptación a OMI del PPJ-ASIA	14
Autores.....	14
Agradecimientos	14
Introducción	15-17
Objetivos del Programa de Salud Infantil (PSI)	17
<i>Objetivos Generales</i>	17

<i>Objetivos Específicos</i>	17
Objetivos del Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial (PIRSS)	18
<i>Objetivos Generales</i>	18
<i>Objetivos Específicos</i>	18
Objetivos de la Actualización y Adaptación a los Servicios Informáticos del SESPA de la Guía de la Actuación Sanitaria en los casos de Maltrato Infantil Intrafamiliar (AIAASMI)	18
De la Actualización	18
<i>Objetivo General</i>	18
<i>Objetivos Específicos</i>	18
De la Adaptación informática	19
<i>Objetivos Generales</i>	19
<i>Objetivos Específicos</i>	19
Cartera de servicios	19
Programa de Salud Infantil	19
<i>I. Servicios sobre información y educación para la salud. Consejos preventivos. Promoción de autocuidados en la infancia</i>	20
<i>II. Servicios de detección precoz y cribados de patologías</i>	30
<i>III. Servicios de promoción y prevención que requieren además intervenciones para el diagnóstico precoz y el seguimiento</i>	44
<i>I. Servicios sobre información y educación para la salud. Consejos preventivos. Promoción de autocuidados en la infancia</i>	21
Relación de servicios.....	21
1. Consejos de higiene y cuidados generales por tramos de edad.....	22-23
2. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.....	23-24
3. Prevención de accidentes.....	24-25
4. Consejo de alimentación.....	26-27
5. Consejo anticipado a los eventos del desarrollo.Promoción del desarrollo.....	27-28
6. Consejo preventivo sobre el sueño.....	28-29
7. Consejo sobre fotoprotección.....	29-30
8. Consejo sobre actividad física y deporte; uso de Tv y otras tecnologías.....	29-30
<i>II. Servicios de detección precoz y cribados de patologías</i>	31
Relación de servicios.....	31

1.	Supervisión del crecimiento físico y desarrollo puberal.....	31-32
2.	Supervisión del desarrollo psicomotor (DSM) y afectivo. Cribado de trastornos asociados.....	33-35
3.	Servicio de cribado neonatal de enfermedades congénitas.....	35-36
4.	Servicio de cribado de hipoacusia.....	36-37
5.	Cribado de la displasia evolutiva de cadera.....	37-39
6.	Servicio de cribado de criptorquidia.....	39-40
7.	Cribado de anomalías oculares (ambliopía, estrabismo y trastornos de la refracción).....	40-42
8.	Cribados de población de riesgo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tuberculosis.....	43-45
<i>III. Servicios de promoción y prevención que requieren, además, intervenciones de diagnóstico precoz y seguimiento.....</i>		<i>45</i>
	Relación de servicios	45
1.	Promoción de la lactancia materna.....	46-50
2.	Promoción de la salud bucodental.....	50-52
3.	Prevención y cribado de la obesidad.....	52-53
4.	Prevención del tabaquismo pasivo y consejos para el abandono del tabaco.....	53-54
5.	Prevención y detección del consumo de alcohol y drogas en la infancia y adolescencia.....	54-55
6.	Servicio de cribado de prevención de la ferropenia (población de riesgo).....	56
7.	Servicio de profilaxis con vitamina D.....	57
8.	Prevención del déficit de yodo.....	57-58
9.	Vacunas sistemáticas.....	58-59
Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial.....		59-60
Programa de Actualización y Adaptación a los Servicios Informáticos del SESPA de la Guía de Actuación Sanitaria ante el Maltrato Infantil Intrafamiliar.....		60-62
Descripción del PPJ-ASIA en la Oficina Médica Informatizada (OMI).....		62-63
Visitas prioritarias del PPJ-ASIA.....		64
	<i>Protocolos, intervalos de edad con los que se corresponden y edad de la visita.....</i>	<i>64</i>
	<i>Elección de la visita a edades no prioritarias.....</i>	<i>65</i>
Características técnicas generales.....		65-66
	<i>Acceso al PPJ-ASIA desde OMI.....</i>	<i>66</i>
	<i>Tipos de campos.....</i>	<i>66-67</i>

<i>Decimales en los campos numéricos</i>	67
<i>Datos generales del paciente (DGP)</i>	67-68
<i>Los campos específicos pediátricos</i>	68
<i>Añadir episodio sin salir del protocolo</i>	68-70
<i>Consulta plana de protocolos</i>	71-73
Programa de Salud infantil (PSI)	73
Somatometría. Patrones de crecimiento infantil de la OMS	73
<i>Visualización en OMI de los datos somatométricos</i>	74
Protocolos del PSI por periodos	76
<i>Protocolo neonatal</i>	76-78
<i>Protocolo de lactante</i>	79-81
<i>Protocolo preescolar</i>	81-84
<i>Protocolo escolar</i>	84-85
Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial (PIRSS)	86-88
Adaptación Informática de la Actualización de la Guía del maltrato Infantil Intrafamiliar del Principado de Asturias (AIAASMI)	89
<i>Captura de pantalla de OMI de la pestaña del maltrato infantil</i>	89
Bibliografía	90
Anexos	91
Protocolo neonatal - Anamnesis	92
Documentación clínica para profesionales.....	92
Contraindicaciones verdaderas de la lactancia materna.....	93
<i>No se consideran contraindicaciones</i>	93
<i>Factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna</i>	94
<i>Observación de la lactancia</i>	95
<i>Signos de posible amamantamiento ineficaz</i>	96
Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-Metabólicas del Principado de Asturias. “Prueba del talón”	97
Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil (PADAI).....	98
Protocolo neonatal - Exploración	99

Documentación clínica para profesionales.....	99
Prematuros. Tabla de crecimiento infantil para niños/as (peso, talla y perímetro cefálico) Dr. Fenton.....	100-102
Gráficas de crecimiento complementarias.....	103
Cribado de displasia evolutiva de cadera (DEC).....	105
<i>Exploración</i>	105
<i>Algoritmo de tratamiento, seguimiento y derivación hasta los 6 meses</i>	106
<i>Seguimiento de la displasia evolutiva de cadera desde el nacimiento</i>	107-111
Guía de las alteraciones visuales del neonato y lactante.....	112
<i>Factores de riesgo de ambliopía, alteraciones de la refracción y otras alteraciones visuales en neonatos y lactantes</i>	112
<i>Procedimientos en neonatos y lactantes</i>	113
<i>Criterios de derivación al oftalmólogo de 0 a 6 meses</i>	113
Guía del desarrollo auditivo.....	114
<i>Desarrollo auditivo normal</i>	114
Testículo no descendido.....	115
<i>Protocolo de actuación de Cirugía Pediátrica HUCA-Pediatría de Atención Primaria</i>	115-124
Protocolo neonatal – Psicomotor	126
Documentación clínica para profesionales.....	127
Factores de riesgo y signos de alarma de parálisis cerebral infantil (PCI). Riesgo elevado de parálisis cerebral, déficit sensorial, motriz y/o psicoafectivo.....	127-129
<i>Signos de alerta de PCI en la exploración física</i>	127-129
<i>Test Early Motor Pattern Profile (EMPP) para cribado de PCI (tomado de A. Morgan y J. Aldag23)</i>	129-132
<i>Tabla del desarrollo de Haizea-Llevant</i>	133-137
Protocolo neonatal- Actividades preventivas	138
Documentos para familias.....	138
Las 10 claves de la Lactancia materna.....	139-140
<i>Técnica de lactancia</i>	140
<i>Ventajas de la lactancia materna</i>	141
Recomendaciones para familias con lactantes de 0 a 5 meses.....	142-144
Recomendaciones para limitar la exposición a los disruptores endocrinos.....	145
Protocolo neonatal- Actividades preventivas	146

Documentación clínica para profesionales.....	146
Recomendaciones de suplementación con vitamina D.....	147-148
<i>Niños de alto riesgo de déficit de vitamina D. Modificado de Munns.....</i>	149
Prevención síndrome muerte súbita del lactante (SMSL).....	150
Obesidad infantil – Alimentación, actividad física y medio ambiente.....	151-152
<i>Encuesta medioambiental escolar.....</i>	153-156
<i>Hoja verde exploratoria medioambiental (versión reducida para OMI).....</i>	157-158
<i>Plásticos. Información.....</i>	159-160
Protocolo neonatal y de lactante. Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial (PIRSS).....	161
Documentación clínica para profesionales.....	161
Indicadores en el niño víctima de Violencia de género intrafamiliar. (Modificado)*	162
Escala de Depresión Postparto de Edinburgh (EPDS).....	163-164
Protocolo de lactante - Anamnesis.....	165
Documentación clínica para profesionales.....	165
Protocolo de lactante – Exploración física.....	165
Documentación clínica para profesionales.....	165
Protocolo de lactante – Psicomotor.....	165
Documentación clínica para profesionales.....	165
M-CHAT R-F.....	166
Signos de alarma del desarrollo psicomotor por edades.....	167-168
Signos de alarma del desarrollo psicomotor por áreas	169-170
Hipoacusia: factores de riesgo y valoración.....	172
<i>Indicadores de riesgo de sordera neurosensorial en lactantes desde 29 días a 2 años.....</i>	172
<i>Niños de 29 días a 3 años que requieren un control periódico de la audición.....</i>	172
<i>Tipo de sordera. Indicador asociado.....</i>	172
<i>Criterios para pedir una valoración audiológica en niños con retraso del habla.....</i>	172-173
Signos de alerta del desarrollo del lenguaje.....	174
Protocolo de lactante- Actividades preventivas.....	175
Documentos para familias.....	175
Alimentación de 6 a 12 meses.....	176-177

Alimentación de 12 a 24 meses.....	178
Decálogo alimentación para familias con niños de 12 a 24 meses.....	179
Consejos para familias con niños-as de 6 a 24 meses.....	180-181
Prevención y tratamiento de la plagiocefalia posicional.....	182-183
Actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla en la infancia.....	184
Protocolo de lactante-Actividades preventivas.....	185
Documentación clínica para profesionales.....	185
Encuesta sobre actividad física y alimentación infantil (disponible en OMI).....	186-187
Protocolo preescolar - Exploración física.....	188
Documentación clínica para profesionales.....	188
Medición de la T.A. Tabla rápida.....	189-190
<i>Técnica estándar de medición de la TA en niños y adolescentes.....</i>	<i>191</i>
<i>TA Task Force (tablas de percentiles de T.A).....</i>	<i>192-198</i>
Perímetro de la cintura. Gráficas de 2 a 18 años.....	199-201
Valoración de las alteraciones visuales en la edad preescolar y escolar.....	202-204
Protocolo preescolar - Psicomotor.....	205
Documentación clínica para profesionales.....	205
Protocolo preescolar-Actividades preventivas.....	206
Documentos para familias.....	206
Consejos para familias con niños//as de 2 a 5 años.....	207-208
Alimentación.....	209-210
Protocolo preescolar- Actividades preventivas.....	211
Documentación clínica para profesionales.....	211
Protocolo preescolar- Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial (PIRSS).....	212
Documentación clínica para profesionales.....	212
Protocolo escolar - Exploración física.....	213
Documentación clínica para profesionales.....	213
Estadios puberales de Tanner.....	214-216
Protocolo escolar-Actividades preventivas.....	217
Documentos para familias.....	217

Recomendaciones para familias con niños/as de 6 a 10 años	218-219
Recomendaciones para familias con niños/as de 10 a 14 años.....	220
Anexos de la Guía de prevención del consumo temprano de alcohol en la Edad Pediátrica.....	221-222
Prevenir el consumo de alcohol. ¿QUÉ pueden hacer las familias?.....	223, 224 y 228
<i>A los 10 años:</i>	225, 226 y 229
¿Quieres ser el que lo sabe todo sobre el alcohol? Díselo a tus amigos/as.....	225, 226 y 229
<i>A los 13 años:</i>	227 y 230
¿Quieres ser el que lo sabe todo sobre el alcohol? Díselo a tus amigos/as.....	227 y 230
Protocolo escolar-Actividades preventivas.....	231
Documentación clínica para profesionales.....	231
Protocolo escolar-Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial (PIRSS).....	232
Documentación clínica para profesionales.....	232
Orientaciones sobre el acoso escolar en el Principado de Asturias.....	233
Actualización y Adaptación a los Servicios Informáticos del SESPA de la Guía de Actuación Sanitaria ante los casos de Maltrato Infantil Intrafamiliar (AIAASMI).....	234-250

Como citar este documento:

Pérez Candás JI, Domínguez Aurrecoechea B, Amador Tejón V, Fernández Cuesta LM, Ruano Fajardo C, Fernández Álvarez Emilia et al. Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (PPJ-ASIA-SESPA). Documento técnico. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Octubre de 2018.

PLAN PERSONAL JERÁRQUICO DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

COORDINACIÓN GENERAL

- José Ignacio Pérez Candás. Pediatra. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.

ADAPTACIÓN INFORMÁTICA

- Victoriano M. Amador Tejón*. Pediatra. (Centro de Salud de la Magdalena. Avilés.)
Equipo de Salud Pública del Área Sanitaria III. Hospital Universitario San Agustín (HUSA).
- Irene López Cobián. Coordinadora. Subdirección de Infraestructuras y Servicios
Técnicos. SSCC del SESPA.

COORDINACIÓN SSCC DEL SESPA

- Emilia Fernández Álvarez. Jefa de Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados.
Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios.
- Elvira Muslera Canclini. Coordinadora. Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
del Principado de Asturias (OETSPA).

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI)

AUTORES

GRUPO DE TRABAJO (2010-2015)

- Begoña Domínguez Aurrecoechea*. Pediatra. Coordinadora.
- Aidé Aladro Antuña*. Pediatra. Centro de Salud de Otero. Oviedo.
- Sonia Ballesteros García*. Pediatra.
- Encarnación Díez Estrada*. Pediatra.
- María Teresa García Alonso. Enfermera.

GRUPO DE TRABAJO DESDE 2015 . ADAPTACIÓN A OMI

- José Ignacio Pérez Candás*. Pediatra. Coordinador. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.
- Victoriano M. Amador Tejón. Pediatra. (Centro de Salud de la Magdalena. Avilés.) Equipo
de Salud Pública del Área Sanitaria III. Hospital Universitario San Agustín (HUSA).

- Begoña Domínguez Aurrecoechea. Pediatra.
- Carolina Ruano Fajardo*. Pediatra. Centro de Salud de la Lila. Oviedo.
- Luis Miguel Fernández Cuesta*. Pediatra. Centro de Salud de Grado.
- Manuela Sánchez Echenique. Pediatra. Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial. Atención Primaria. Pamplona. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea.

PEDIATRAS QUE HAN REALIZADO APORTACIONES

- Luz María Alonso Bernardo*. Pediatra. Centro de Salud de la Ería. Oviedo.
- Carmen Castañón Rodríguez*. Pediatra. Centro de Salud de Colunga.
- María Fernández Francés*. Pediatra. Centro de Salud de la Corredoria. Oviedo.
- Andrés Meana Meana*. Pediatra. Centro de Salud de la Calzada I. Gijón.
- María de los Ángeles Ordóñez Alonso*. Pediatra. Centro de Salud de la Corredoria. Oviedo.
- Ana Isabel Pérez Vaquero*. Pediatra. Centro de Salud de Corvera.
- Victoria Rodríguez de la Rúa. Pediatra. C.S. El Cristo. Oviedo.
- Elena Taborga Díaz*. Pediatra. Centro de Salud de Villalegre. Avilés.

ENFERMERAS PEDIÁTRICAS QUE HAN REALIZADO APORTACIONES

- Blanca Álvarez Fernández. Enfermera de pediatría. Centro de Salud de Villalegre. Avilés.
- Josefina Colao Alonso. Enfermera de pediatría. Centro de Salud de la Magdalena. Avilés.
- Mónica Cudeiro Álvarez. Enfermera de pediatría. Centro de Salud de la Magdalena. Avilés.
- Beatriz Fernández López. Enfermera de pediatría. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.
- María del Pilar Flórez Rodríguez. Enfermera de pediatría. C. S. de Sabugo. Avilés.
- Teresa Manjón Arranz. Enfermera de pediatría. Centro de Salud de Piedras Blancas. Castrillón.
- Laura Tascón González. Enfermera de pediatría. Centro de Salud “Puerta de la Villa”. Gijón

PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL (PIRSS)

AUTORES

GRUPO DE TRABAJO

- José Ignacio Pérez Candás. Pediatra. Coordinador. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.

- Victoriano M. Amador Tejón. Pediatra. (Centro de Salud de la Magdalena. Avilés) .Equipo de Salud Pública del Área Sanitaria III (HUSA).
- Ángeles Ordóñez Alonso. Pediatra. Centro de Salud de la Corredoria. Oviedo.
- Emilia Fernández Álvarez. Jefa del Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SSCC SESPA.
- Elvira Muslera Canclini. Coordinadora de la Oficina de Evaluación de Tecnología Sanitaria del Principado de Asturias (OETSPA).
- Manuela Sánchez Echenique. Pediatra. Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial. Atención Primaria. Pamplona. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea.
- Ana Pérez López *. Pediatra. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.
- María del Pilar Flórez Rodríguez. Enfermera de pediatría. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.
- Dolores Cabrera González. Trabajadora social. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.
- Irene López Cobián. Coordinadora. Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos. SSCC del SESPA.

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN Y ADAPTACIÓN A LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS DEL SESPA DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR (AIAASMI)

AUTORES

GRUPO DE TRABAJO

- José Ignacio Pérez Candás. Pediatra. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.
- Victoriano M. Amador Tejón. Pediatra. (Centro de Salud de la Magdalena. Avilés.) Equipo de Salud Pública del Área Sanitaria III (HUSA).
- Julio Bruno Bárcena. Agente Coordinador de Área Sanitaria Especial. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
- María Neri Iglesias Fernández. Trabajadora Social. Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
- Emilia Fernández Álvarez. Jefa de Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SSCC del SESPA
- Ángeles Ordóñez Alonso. Pediatra. Centro de Salud de la Corredoria. Oviedo.

- Irene López Cobián. Coordinadora. Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos. SSCC del SESPA.

ADAPTACIÓN A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

- M^a Agustina Alonso Álvarez *. Pediatra. AGC de Pediatría. HUCA.

ADAPTACIÓN A SELENE

- Sonia Díaz Pérez. Técnica informática. Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos. SSCC del SESPA.

ADAPTACIÓN A OMI DEL PPJ-ASIA

AUTORES

- Victoriano M. Amador Tejón. Pediatra. (Centro de Salud de la Magdalena. Avilés.) Equipo de Salud Pública del Área III (HUSA).
- José Ignacio Pérez Candás. Pediatra. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.
- Irene López Cobián. Coordinadora. Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos. SSCC del SESPA

AGRADECIMIENTOS

- A Carlos Díaz Vázquez*. Pediatra. Centro de Salud de Moreda. Ex- Jefe de Servicio de Calidad y Gestión Clínica del SESPA, impulsó en colaboración con la AAPap* la fundación del Grupo Coordinador Pediátrico del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Al Grupo Coordinador Pediátrico del SESPA, por su apoyo y diligencia para la revisión y aprobación de las diversas propuestas de los grupos de trabajo y de las aportaciones.
- A Mercedes de Onis, M. D. *Coordinator of the Growth Assessment and Surveillance Unit at the World Health Organization (WHO)*. Ginebra.
- A Martín Caicoya Gómez-Morán. Médico. Consejería de Sanidad.Oviedo.
- A Javier Soriano Faura. Pediatra. CS Fuensanta. Valencia. Coordinador de la Sección de Centros de Salud de la Iniciativa para la Humanización de la Atención Neonatal (iHan). Ex/ coordinador del grupo PREVINFAD de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

*ASOCIACIÓN ASTURIANA DE PEDIATRIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AAPap).
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AEPap).

INTRODUCCIÓN

El Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y la Adolescencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias está constituido por:

- Programa de Salud Infantil (PSI) 2017.
- Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial (PIRSS) 2017.
- Programa de Actualización y Adaptación a los Sistemas Informáticos del SESPA de la Actuación Sanitaria ante los casos de Maltrato Infantil Intrafamiliar (AIAASMI).

La infancia, periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y la adolescencia, es una etapa especialmente vulnerable en la que se adquirirán una serie de competencias y habilidades que definirán al ser humano adulto. En esta época de la vida el acompañamiento parental y social es esencial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo de su constitución dice: "*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"¹. Esta definición está recibiendo críticas sobre lo absoluto de la palabra "completo" en relación con el bienestar. El primer problema es que contribuye involuntariamente a la medicalización de la sociedad. La exigencia de completo bienestar dejaría a la mayoría casi siempre con mala salud, y, por lo tanto, apoyaría las tendencias de las industrias farmacéuticas y de tecnología médica, en asociación con las organizaciones profesionales, para redefinir las enfermedades y ampliar las posibilidades, a veces, no claramente justificadas, del sistema sanitario, lo que puede incrementar la iatrogenia.²

Por otro lado, la Convención de los Derechos del Niño compromete a los estados firmantes a conseguir el más alto nivel de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación; además, aquellos deberían esforzarse por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios, a reducir la mortalidad infantil, a asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud. Dicho tratado advierte sobre la necesidad de controlar la exposición de los menores a los peligros y riesgos de la contaminación del medio ambiente.

Además, los estados debieran asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición, las ventajas de la

lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, y procurar el acceso a la educación pertinente, así como apoyar la aplicación de esos conocimientos.³

El constante desarrollo de las sociedades avanzadas hace necesario un esfuerzo permanente de reconceptualización de aquellos fenómenos que se dan en su seno; no podemos eludir el compromiso científico de estar atentos a los nuevos fenómenos sociales, y las consecuencias que tienen en el desarrollo individual. El interés por el riesgo psicosocial parte de esta premisa, y de la necesidad de actuaciones preventivas dada la repercusión que estos problemas tienen en todos los ámbitos de la vida. Además, es en los pequeños y en los bebés donde la evaluación y la intervención se pueden orientar con mayor facilidad a la prevención.

Sin embargo, son escasas las investigaciones sobre la epidemiología de los riesgos precoces del desarrollo y más escasas aún las investigaciones longitudinales sobre factores de riesgo. Este tipo de investigaciones son necesarias para apoyar la detección precoz y posterior desarrollo de intervenciones apropiadas en este campo.⁴ Pero no debemos perder de vista que un factor de riesgo (cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión), sólo se asocia a una probabilidad más alta para que aparezcan trastornos, pero aún en su presencia la evolución puede realizarse sin ninguna dificultad.⁵

Por ello, el acompañamiento de las familias en dificultades debe ser nuestro objetivo, poniendo a su disposición todos los medios sociales disponibles para evitar medicalizar el proceso.

La Convención de los Derechos del Niño en relación al maltrato infantil obliga a los estados firmantes a adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

En las últimas décadas estamos asistiendo a la proliferación de los casos de violencia de género en nuestra sociedad. Las repercusiones de estos actos sobre la infancia no admiten discusión, ya que cada día son más numerosos los trabajos de investigación que lo atestiguan. Se dan en todos los aspectos de la vida: físico, cognitivo, afectivo, social y emocional e interrelacionados mutuamente entre sí, pueden traer graves consecuencias en las diferentes etapas de la vida.⁶

En definitiva el PPJ-ASIA del SESPA se alinea con la visión de la estrategia mundial actualizada de la OMS (The Global Strategy for Women's, Children and Adolescent's Health 2018-2030) que, en palabras de Ban Ki-moon, pretende “*forjar de aquí a 2030 un mundo en el que el conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes, en todos los entornos, realicen sus*

derechos a la salud y al bienestar físicos y mentales, tengan oportunidades sociales y económicas y puedan participar plenamente en la configuración de unas sociedades prósperas y sostenibles”.^{7,8}

“Los tres objetivos generales de la Estrategia Mundial actualizada consisten en Sobrevivir, Prosperar y Transformar. Cuando la Estrategia se aplique plenamente apoyando los planes y prioridades de los países y aprovechando el impulso de la iniciativa, *todas las mujeres, todos los niños, ninguna mujer, ningún niño y ningún adolescente correrá un riesgo de muerte prevenible por vivir donde viva o ser quien es.* Pero poner fin a la mortalidad prevenible solo es el comienzo, porque al contribuir a crear un entorno propicio para la salud, la Estrategia Mundial aspira a transformar las sociedades de manera que las mujeres, los niños y los adolescentes de todas partes puedan realizar su derecho a alcanzar el grado más alto posible de salud y bienestar. Esto, a su vez, redundará en enormes beneficios sociales, demográficos y económicos”.

^{7,8}

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI)

OBJETIVOS GENERALES

- Elaborar un programa común para la población infantil y adolescente del territorio del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- Fundamentar los procesos y recomendaciones para la misma en las mejores evidencias.
- Reducir la variabilidad no justificada de la práctica clínica.
- Asegurar una cartera de servicios basada en las mejores evidencias para cada edad.
- Afianzar la seguridad de las prestaciones sanitarias.
- Buscar la excelencia de la atención sanitaria.
- Evitar la burocratización de la atención sanitaria.
- Empoderar a los ciudadanos en el cuidado de su progeñe.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incorporar anexos comunes que puedan ser consultados en cualquier momento por los profesionales.
- Incorporar anexos comunes con recomendaciones para las familias por tramos de edad basados en las mejores evidencias disponibles.
- Valorar el desempeño profesional a partir de una adecuada información.
- Racionalizar el número de visitas de los menores por causa del PSI.

- Permitir una explotación de los registros con fines investigadores.
- Evaluar la herramienta clínica.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

(PIRSS)

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar el riesgo psicosocial.
- Acompañar a las familias en dificultades.
- Pasar de una actitud reactiva en este campo a otra proactiva.
- Recoger información de los determinantes del riesgo.
- Potenciar la investigación en este campo.
- Buscar la excelencia en la atención sanitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar las medidas que estén a nuestro alcance y a nivel administrativo y de la sociedad en su conjunto, para paliar y modificar el riesgo.
- Realizar las correspondientes derivaciones y o seguimiento en la consulta de pediatría.
- Evaluar la información.
- Con la evaluación de la situación permitir impulsar políticas para corregir y, o, paliar estos determinantes de la salud a medio y largo plazo.
- Evaluar el desempeño profesional en este campo.

OBJETIVOS DE LA ACTUALIZACIÓN Y ADAPTACIÓN A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS DEL SESPA DE LA GUÍA DE LA ACTUACIÓN SANITARIA EN LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR (AIAASMI)

DE LA ACTUALIZACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Adecuar la actuación sanitaria a las nuevas disposiciones legales sobre violencia de género.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Actualizar los indicadores y modificar el documento de notificación, con la inclusión de la “Violencia de Género” en los tipos de maltrato prenatal y emocional.
- Constituir una Comisión de Seguimiento del Maltrato infantil, integrada por:
 - o Coordinador del Protocolo en el SESPA (responsable en los SSCC).
 - o Representantes de la AAPap.
 - o Trabajador/a social del SESPA.
 - o Profesional de Salud Mental. SESPA.
 - o Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

DE LA ADAPTACIÓN INFORMÁTICA

OBJETIVOS GENERALES

- Adaptar a los servicios informáticos del SESPA la Actualización de la Guía de Actuación Sanitaria ante casos de Maltrato Infantil Intrafamiliar.
- Implementar un sistema de registro de los casos de Maltrato Infantil Intrafamiliar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Facilitar la identificación por los profesionales sanitarios de los diferentes tipos de maltrato.
- Orientar el procedimiento.
- Elaborar un documento de notificación común para las diferentes instancias.
- Establecer los circuitos de derivación.

CARTERA DE SERVICIOS

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

- I. SERVICIOS SOBRE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. CONSEJOS PREVENTIVOS. PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADOS EN LA INFANCIA

1. Consejos de higiene y cuidados generales por tramos de edad.
2. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
3. Prevención de accidentes.
4. Consejo de alimentación.
5. Consejo anticipado a los eventos del desarrollo. Promoción del desarrollo.
6. Consejos preventivos sobre el sueño.
7. Consejo sobre fotoprotección.
8. Consejo sobre actividad física y deporte; uso de TV y otras tecnologías.

II. SERVICIOS DE DETECCIÓN PRECOZ Y CRIBADOS DE PATOLOGÍAS

1. Supervisión del crecimiento físico y desarrollo puberal.
2. Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo; cribado de trastornos asociados.
3. Cribado neonatal de enfermedades congénitas.
4. Cribado de hipoacusia.
5. Cribado de displasia evolutiva de cadera.
6. Cribado de criptorquidia.
7. Cribado de anomalías oculares (ambliopía, estrabismo y trastornos de la refracción).
8. Cribados en población de riesgo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tuberculosis.

III. SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REQUIEREN ADEMÁS INTERVENCIONES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL SEGUIMIENTO

1. Promoción de la lactancia materna.
2. Promoción de la salud bucodental.
3. Prevención y detección del maltrato.
4. Prevención y cribado de la obesidad.

5. Prevención del tabaquismo pasivo. Consejos para el abandono del consumo de tabaco.
6. Prevención y detección del consumo de alcohol y otras drogas.
7. Cribado y prevención de la ferropenia en población de riesgo.
8. Profilaxis con vitamina D.
9. Prevención del déficit de yodo.
10. Vacunaciones sistemáticas.

Todos los servicios tienen los mismos apartados:

1. Justificación.
2. Definición.
3. Población diana.
4. Guía que sustenta el servicio.
5. Actividades.
6. Periodicidad.
7. Indicadores de cobertura y/o calidad.

I. SERVICIOS SOBRE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. CONSEJOS PREVENTIVOS. PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADOS EN LA INFANCIA

El nivel de información de las familias sobre aspectos importantes de la salud infantil siempre es susceptible de mejora. Por otro lado, la familia y el niño, especialmente el adolescente, son el principal agente en la prevención dirigida a prácticas de salud personal. La intervención anticipada y dirigida a la familia y directamente sobre los niños a lo largo de su desarrollo, da lugar a beneficios individuales y generales de gran rentabilidad.

Para ello, es preciso adiestrar y apoyar a las familias en su papel cuidador, pero sabiendo que es uno de los objetivos de la Pediatría de Atención Primaria que el niño y su familia sean lo más autónomos posibles.

RELACIÓN DE SERVICIOS:

1. Consejos de higiene y cuidados generales por tramos de edad.
2. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

3. Prevención de accidentes.
4. Consejo sobre alimentación.
5. Consejo anticipado a los eventos del desarrollo; promoción del desarrollo.
6. Consejos preventivos sobre el sueño.
7. Consejo sobre fotoprotección.
8. Consejo sobre actividad física y deporte; uso de la TV y otras tecnologías.

1. CONSEJOS DE HIGIENE Y CUIDADOS GENERALES POR TRAMOS DE EDAD

JUSTIFICACIÓN:

- La educación sanitaria y las actividades que promocionan la salud tienen como objeto proporcionar información y habilidades para favorecer la adquisición o el cambio en los comportamientos y en los hábitos personales y familiares con el fin de disminuir la morbimortalidad a largo plazo. Resolver las inquietudes de los padres y fomentar los autocuidados y cuidados en familia debe ser la parte central de este servicio.

POBLACIÓN DIANA:

- Padres, cuidadores y niños hasta los 14 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil> .
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en: <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Asesorar a niños, padres y cuidadores sobre los cuidados generales, describir la evolución normal y los signos de alarma ante los que consultar.
- Registrar en OMI las actividades.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud.

HERRAMIENTAS:

- Consejos para las familias por tramos de edad. Se incluye anexo específico en OMI.

- Otros consejos en el PSI, y en la web familia y salud: <http://www.familiaysalud.es/>

INDICADORES:

- Porcentaje de población infantil menor de 3 años que ha recibido consejo sobre higiene y cuidados generales al menos en 3 ocasiones.
- Porcentaje de población infantil de entre 3 y 6 años que ha recibido consejo sobre higiene y cuidados generales al menos en 1 ocasión.
- Porcentaje de población infantil de entre 6 y 13 años que ha recibido consejo sobre higiene y cuidados generales al menos en 2 ocasiones.

2. PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

JUSTIFICACIÓN:

- Aunque de causa desconocida, se conocen factores de riesgo cuya modificación reduce la incidencia, que se estima en 1-3/1000 nacidos vivos, en más del 50%.

DEFINICIÓN:

- Es el fallecimiento inesperado y repentino, por causa desconocida, de un niño sano menor de 1 año de vida.

POBLACIÓN DIANA:

- Niños menores de 6 meses.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO.

- [Programa de Salud Infantil \(PSI\) .AEPap 2009.](#)
- [Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia \(Previnfad/PAPPS\)](#)

ACTIVIDADES:

- Recomendar hábitos de prevención de SMSL:
 - o Poner al niño a dormir boca arriba hasta los 6 meses de edad.
 - o Acostarle en una superficie rígida y sin almohadas.
 - o Evitar el arropamiento excesivo del lactante.
 - o Desaconsejar el hábito tabáquico en padres y cuidadores.
 - o Recomendar la lactancia materna.
 - o Prevención del moldeamiento occipital posicional (plagiocefalia).

- Registrar en OMI las actividades.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud de los 6 primeros meses de vida.

HERRAMIENTAS:

- Anexos sobre la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL):
 - o Población de riesgo.
 - o Prevención del moldeamiento occipital posicional.
- Anexo: consejo para las familias en el tramo de edad de 0 a 6 meses.

INDICADORES DE CALIDAD*:

- Porcentaje de población menor de 6 meses con consejos de prevención del SMSL.

3. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

JUSTIFICACIÓN:

- En España los accidentes son la primera causa de muerte en niños de 1 a 18 años y la principal causa de discapacidad y daño psíquico.

DEFINICIÓN:

- Accidente es todo suceso imprevisto, involuntario o anómalo, independiente de su gravedad, que conlleva un daño físico o psíquico como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los niños.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Ofrecer consejos preventivos sobre accidentes según la edad y el entorno, a los padres y a los niños según sus capacidades.
- Registrar en OMI la actividad.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: consejo a las familias por tramos de edad.

INDICADORES*:

- Porcentaje de niños < 2 años con dos consejos sobre prevención de accidentes.
- Porcentaje de niños de entre 3 y 5 años con 1 consejo.
- Porcentaje de niños de entre 6 y 14 años con 2 consejos.

4. CONSEJO DE ALIMENTACIÓN

DE 6 A 23 MESES

JUSTIFICACIÓN:

- Como la lactancia materna no cubre las necesidades nutricionales a partir de los 6 meses es preciso introducir alimentación complementaria.
- No se dispone de recomendaciones consistentes y específicas. Además la alimentación varía de acuerdo con la geografía y la cultura locales. Esto es muy razonable porque en el éxito del ser humano desde el punto de vista de la supervivencia, ha tenido un papel determinante la capacidad de adaptación a su entorno, y más si cabe en la alimentación.

DEFINICIÓN:

- El consejo nutricional pretende adecuar la alimentación del lactante a sus necesidades metabólicas.

POBLACIÓN DIANA:

- Padres y cuidadores de niños de 6 a 23 meses.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>

Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Ofrecer consejo nutricional, información individual a la familia y cuidadores.
- Entregar material escrito como recordatorio.

- Registrar en OMI la valoración de la alimentación en los controles de salud.
- Información a grupos de manera periódica (opcional).

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud de 6 a 23 meses o cuando la familia o cuidadores demanden información.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: consejos para las familias sobre alimentación de 6 a 23 meses.

INDICADORES*:

- Porcentaje de población de 6 - 23 meses que ha recibido consejo nutricional en al menos 2 ocasiones.
- Porcentaje de población de entre 6 y 23 meses con registro de valoración de la alimentación.

DE 2 A 14 AÑOS

JUSTIFICACIÓN:

- La alimentación es uno de los factores que en mayor medida determina el estado de salud presente y futuro de las personas. Fomentar una alimentación equilibrada y la adquisición de unos hábitos dietéticos saludables contribuye a favorecer el crecimiento, la maduración y el óptimo estado de salud del niño. Además, una alimentación equilibrada disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas. Todo ello debe respetar la cultura culinaria de cada zona siempre que garantice el equilibrio nutricional.

DEFINICIONES:

- Dieta variada es aquella que incluye alimentos de todos los grupos en las proporciones y frecuencia de consumo indicadas en la pirámide de alimentación.
- Equilibrio nutricional consiste en el consumo de una dieta variada que pondere los ingresos y gastos calóricos.

POBLACIÓN DIANA:

- Población infantil de 2 a 14 años, sus padres y cuidadores.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Ofrecer consejo nutricional adecuado a cada etapa del desarrollo del niño o adolescente.
- Información a grupos de manera periódica (opcional).
- Registrar la actividad en OMI.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud o cuando los padres o cuidadores demanden información.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: consejos a las familias sobre alimentación de 2 a 14 años.

INDICADORES*:

- Porcentaje de niños de 2 a 5 años con al menos 1 consejo sobre alimentación y nutrición.
- Porcentaje de niños de 6 a 14 años con 2 consejos sobre alimentación y nutrición.
- Porcentaje de población infantil de 2 a 13 años con registro de valoración de la alimentación en los controles de salud.

5. CONSEJO ANTICIPADO A LOS EVENTOS DEL DESARROLLO. PROMOCIÓN DEL DESARROLLO.

JUSTIFICACIÓN:

- Es recomendable que los cuidadores reconozcan con antelación las distintas etapas del desarrollo psicoevolutivo para comprender mejor la conducta del menor; les servirá de apoyo en la tarea de “ayudar y acompañar a crecer”. Se ofrecerá asesoramiento y orientación sobre los diferentes acontecimientos madurativos y del desarrollo físico y psicoafectivo:
 - Control de esfínteres: entre los 2-3 años, el niño reconoce su capacidad para retener y eliminar de forma voluntaria la micción y la defecación.
 - Rabietas: pueden estar presentes entre los 18 meses y los 2 años, se producen por el conflicto entre los deseos de independencia del niño y las limitaciones del entorno.
 - Celos: originados por la rivalidad entre hermanos.
 - Establecimiento de límites: a cualquier edad, se deben inculcar normas de comportamiento adecuado, porque son básicas para la convivencia. Una correcta educación aumenta la autoestima del niño, le da seguridad y disminuye los problemas emocionales y de conducta. Las normas deben ser claras, adaptadas a la edad y el grado de madurez del niño. Elogiar las conductas correctas.
 - Una especial atención merece la etapa de la adolescencia. Es una etapa de crisis con cambios físicos, psíquicos y emocionales. El paso de la dependencia a la autonomía genera frecuentes problemas de relación con los padres.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los niños, según la edad, en los controles de salud o cuando demanden información los padres o cuidadores.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Ofrecer recomendaciones y resolver dudas expresadas por los padres.
- Registrar en OMI la actividad.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud y cuando surjan dudas o demandas específicas.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: consejos a familias por tramos de edad.

INDICADORES*:

- Porcentaje de niños < 2 años con al menos 2 consejos de promoción del desarrollo.
- Porcentaje de niños de 3 a 5 que han recibido 1 consejo.
- Porcentaje de niños de 6 a 14 que han recibido 2 consejos.

5. CONSEJOS PREVENTIVOS SOBRE EL SUEÑO

JUSTIFICACIÓN:

- El conocimiento de la evolución del patrón del sueño “normal” y de las pautas conductuales para la creación y mejora de hábitos ayudará a prevenir y corregir patologías en relación con el sueño. La mayoría de los niños desarrollan un patrón de sueño “normal” sin ningún tipo de ayuda, pero como en el resto del desarrollo hay una gran variabilidad. El temperamento infantil y el ambiente familiar contribuyen a que algunos bebés tengan más dificultades para conciliar el sueño.

POBLACIÓN DIANA:

- Menores de 3 años o mayores con dificultades.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm> .

ACTIVIDADES:

- aconsejar sobre la adquisición normal de hábitos de sueño.
- Registrar en OMI las actividades.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: consejos para las familias por tramos de edad.

INDICADORES*:

- Porcentaje de población infantil menor de 5 años con registro de hábito de sueño.
- Porcentaje de población de 6 a 14 años con registro de horas de sueño.
- Porcentaje de población de 0 a 14 años con consejos preventivos sobre el sueño.

6. CONSEJO SOBRE FOTOPROTECCIÓN

JUSTIFICACIÓN:

- Con la finalidad de evitar el cáncer de piel es necesario asesorar a padres, cuidadores y niños sobre hábitos de fotoprotección.

POBLACIÓN DIANA:

- Padres y niños de todas las edades.
- Prestar especial atención al bronceado artificial en los adolescentes.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Ofrecer recomendaciones escritas acompañadas de explicación verbal.
- Registrar en OMI la actividad.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud.
- Consejo breve oportunista según la edad y la época del año.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: consejos a las familias por tramos de edad.

INDICADORES*:

- Porcentaje de niños < 2 años con 2 consejos sobre fotoprotección.
- Porcentaje de niños de 3 a 5 años con 1 consejo.
- Porcentaje de niños de entre 6 y 14 años con 2 consejos.

7. CONSEJO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE; USO DE TV Y OTRAS TECNOLOGÍAS

JUSTIFICACIÓN:

- Promover la participación regular de los niños en actividades físicas y deportivas adecuadas según su edad y el buen uso de la TV y otras tecnologías.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los niños a partir de los 3 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Ofrecer recomendaciones o consejos.
- Registrar en OMI las actividades.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud y de manera oportunista.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: consejos a familias por tramos de edad e indicaciones específicas para actividad física escolar y extraescolar.

INDICADORES*:

- Porcentaje de población de entre 3 y 5 años con al menos 1 registro de consejo sobre actividad física, deporte, tiempo de TV y otras tecnologías.
- Porcentaje de niños de 6 a 14 años con 2 registros de consejo sobre actividad física, deporte, tiempo de TV y otras tecnologías.

II. SERVICIOS DE DETECCIÓN PRECOZ Y CRIBADOS DE PATOLOGÍAS

RELACIÓN DE SERVICIOS:

1. Supervisión del crecimiento físico y del desarrollo puberal.
2. Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo, cribado de trastornos asociados.
3. Cribado neonatal de enfermedades congénitas.
4. Cribado de hipoacusia.
5. Cribado de displasia evolutiva de cadera.
6. Cribado de criptorquidia.
7. Cribado de anomalías oculares (ambliopía, estrabismo y trastornos de refracción).
8. Cribados de población de riesgo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tuberculosis.

1. SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO PUBERAL

JUSTIFICACIÓN:

- El crecimiento y desarrollo físico es un proceso continuo y complejo determinado por factores genéticos y modulado por factores ambientales, la máxima expresión de la potencialidad genética dependerá del estado de salud y nutrición de la persona.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los niños en edad pediátrica.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil.(PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Realizar somatometría: longitud / talla, peso, perímetro craneal e índice de masa corporal (IMC) y compararlo con estándares de referencia poblacional, valorando las mediciones seriadas y su tendencia. En niños con síndrome de Down y Turner se emplean tablas específicas, así como en recién nacidos pretérmino (gráficas de Fenton).
- Explorar el desarrollo puberal: valorar estadios de Tanner.
- Calcular la velocidad de crecimiento e identificar las variantes normales de talla baja.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud o de manera oportunista.

HERRAMIENTAS:

- Gráficas de crecimiento incluidas en OMI. (Las de referencia son las de la OMS).
- Anexo: estadios de Tanner .

INDICADORES*:

- % de población < 2 años con al menos 5 determinaciones de peso (P), talla (T), IMC y perímetro cefálico (PC) con percentiles.
- % de población de 2 a 5 años con 2 determinaciones de P, T e IMC con percentiles.
- % de población de 6 a 14 años con 3 determinaciones de P, T e IMC con percentiles.
- % de población de entre 6 y 14 años con valoración del desarrollo puberal al menos en 2 ocasiones.

2. SUPERVISIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (DSM) Y AFECTIVO. CRIBADO DE TRASTORNOS ASOCIADOS

SUBSERVICIOS

1. Supervisión del DSM y afectivo en todas sus áreas.
2. Cribado de trastornos del espectro autista (TEA).
3. Identificación temprana, cribado de parálisis cerebral infantil (PCI).

2.1.-Supervisión del desarrollo psicomotor (DSM) y afectivo

JUSTIFICACIÓN:

- La prevalencia de trastornos en el DSM puede estimarse en el 5% siendo más elevada en los prematuros. Menos del 50% de ellos van a identificarse antes del inicio de la educación infantil. La detección precoz de trastornos del DSM en niños tiene por objeto realizar una intervención temprana para que el niño logre expresar el máximo de sus potencialidades individuales.

DEFINICIÓN:

- El retraso psicomotor sucede cuando los hitos del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada.

POBLACIÓN DIANA:

- Entre 0 y 6 años. Especialmente menores de 3 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI) .AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Vigilancia sistemática del DSM y afectivo en todas sus áreas: motora gruesa, fina, lenguaje y sociabilidad, en todos los controles de salud infantil, aplicando pruebas estandarizadas.

PERIODICIDAD:

- Los controles de salud hasta los 6 años.

HERRAMIENTAS:

- Test de Haizea-Llevant, test de Denver.
- Anexo: signos de alerta por áreas, edades y signos de alarma en el desarrollo del lenguaje.

INDICADORES*:

- % población menor de 24 meses, con al menos, 3 registros de evaluación del DSM y signos de alarma si el registro es de anormalidad.
- % población de entre 2 y 5 años, con al menos, 2 registros de evaluación del DSM.

2.2.-Cribado de trastornos del espectro Autista (TEA)

JUSTIFICACIÓN:

- El diagnóstico de los TEA es fundamental que sea precoz porque mejora el pronóstico mediante un tratamiento adecuado, una planificación educativa y el apoyo sociofamiliar.

DEFINICIÓN:

- El DSM-IV, publicado en 1994, definía el autismo y sus trastornos asociados como “trastornos generalizados del desarrollo” (TGD). En el DSM-5, esta definición ha sido sustituida por el término “trastornos del espectro autista” (TEA), que han sido incluidos a su vez dentro de una categoría más amplia de “trastornos del neurodesarrollo”.
- El DSM-5 ha sustituido cuatro de estos subtipos (trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no especificado) por la categoría general “trastornos del espectro autista” (TEA). El síndrome de Rett ya no forma parte de este sistema de clasificación. En lugar de hacer distinción entre estos subtipos, la definición diagnóstica del DSM-5 especifica tres niveles de gravedad en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario.

POBLACIÓN DIANA:

- Menores de 4 años. Especial atención a hermanos con TEA u otros trastornos del desarrollo no clasificados.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Identificar a niños menores de 4 años, con riesgo de trastornos del espectro autista, o si la valoración del desarrollo ha puesto de manifiesto signos de alarma.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud y si existe cualquier preocupación de los padres.

HERRAMIENTAS:

- Cuestionario de autismo a niños pequeños CHAT Y M-CHAT. Solo deberán usarse ante la sospecha fundada, riesgo de trastornos del espectro autista y /o signos de alerta de retraso del lenguaje. No son válidos para el cribado por generar un nivel elevado de falsos positivos en la población general.

INDICADORES*:

- % de niños menores de 4 años con riesgo de trastornos del espectro autista y /o signos de alerta de retraso del lenguaje y test M-CHAT realizado.

2.3.-Cribado de Parálisis Cerebral Infantil (PCI)

JUSTIFICACIÓN:

- La prevalencia de PCI oscila entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos.
- La detección precoz para su derivación es fundamental para garantizar un pronóstico mejor.

DEFINICIÓN:

- Grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o en los primeros días de vida.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los niños de 0 a 24 meses.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009.<https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Detectar población de riesgo de parálisis cerebral infantil (PCI).
- Realizar identificación temprana y cribado de parálisis cerebral infantil (PCI).

PERIODICIDAD:

- Los controles de salud.

HERRAMIENTAS:

- Evaluación de población de riesgo de PCI:
 - o Si existe preocupación de los padres o si la valoración del desarrollo ha puesto de manifiesto signos de alarma.
 - o Patrón motor alterado desde los 4-6 meses de vida.
- Anexo a signos de alerta de PCI en la exploración física.
- “Test Early Motor Pattern Profile “(EMPP) para cribado de PCI.

INDICADORES*:

- % de niños con signos de alarma con al menos un registro de la prueba EMPP.

3. SERVICIO DE CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS

JUSTIFICACIÓN:

- Ciertas enfermedades congénitas no presentan signos externos en el momento de nacer y sin embargo pueden ocasionar, de no tratarse precozmente, lesiones cerebrales irreversibles y minusvalía psíquica.
- Los tests de cribado de estas enfermedades tienen una sensibilidad y una especificidad cercanas al 99%.
- Los costes derivados de los programas de cribado se compensan por la mejora en la calidad de vida y porvenir intelectual de estos niños.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los lactantes menores de 6 meses.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009.
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Informar en la visita prenatal de esta actividad.
- Realizar antes del séptimo día de vida la extracción de muestra correspondiente para el cribado de enfermedades congénitas.
- Registrar en la historia clínica la realización o no del cribado.
- Registrar el resultado de la prueba de cribado.
- Identificar los recién nacidos y lactantes de riesgo de no haber sido sometidos a cribado neonatal (alta precoz, inmigrantes, exclusión social...).

INDICADORES*:

- % de población < de 1 año con prueba metabólica realizada antes de los 8 días de vida.
- % de población <1 año con resultado de la prueba metabólica registrada.

4. SERVICIO CRIBADO DE HIPOACUSIA

JUSTIFICACIÓN:

- La prevalencia de hipoacusia en el recién nacido y el lactante se sitúa entre el 1,5 y 6,0 casos por 1.000 nacidos vivos.
- El objetivo fundamental del servicio es la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación precoz, (se entiende por precoz antes de los 6 meses en las hipoacusias congénitas y cuanto antes en las adquiridas) de todos los niños y niñas con hipoacusia, con el fin de garantizar su desarrollo integral y una vida adulta independiente.

POBLACIÓN DIANA:

- Cribado de hipoacusia congénita: todos los recién nacidos.
- Para hipoacusias adquiridas y congénitas de aparición tardía: la población infantil.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil.(PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>
- PADAI.

ACTIVIDADES:

- Comprobar que se ha realizado cribado auditivo en el hospital de nacimiento. Si no está realizado remitir al centro de referencia preferiblemente antes del mes de edad o en todo caso antes de los 3 meses.
- Comprobar que a los niños que no pasan la prueba inicial se repite el cribado antes de los 3 meses de edad.
- Repetir en los RN prematuros la prueba hasta la edad corregida de 1 mes.
- Comprobar o solicitar en niños con factores de riesgo de hipoacusia la repetición de la prueba antes de los 30 meses de edad.
- Preguntar a la familia sobre la audición, exploración de la reacción al sonido y seguir la adquisición del lenguaje verbal.
- Ofrecer consejos a los padres para la detección temprana de hipoacusias.
- Seguimiento y derivación a ORL (si es preciso) de los niños con indicadores de riesgo de hipoacusia tardía.

INDICADORES*:

- % de población < 3 meses con valoración de hipoacusia.
- % de población < 3 años con valoración de la presencia de factores de riesgo de hipoacusia precoz y tardía en al menos dos ocasiones.
- % de población < 6 años con valoración de hipoacusia en al menos tres ocasiones.

5. CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

JUSTIFICACIÓN:

- La incidencia es de 2-6 /1000 recién nacidos. Es más frecuente en mujeres (5:1), parto de nalgas y con antecedentes familiares positivos.
- Las maniobras de Barlow y Ortolani sistemáticas en el periodo neonatal precoz diagnostican el 50% de los casos de DEC. Se debe continuar con el seguimiento durante el primer año de vida ya que el 35 % son de diagnóstico tardío.

DEFINICIÓN:

- La displasia de desarrollo de la cadera (DDC) engloba alteraciones en la forma de cabeza del fémur, del acetábulo, o de ambos que pueden provocar problemas de desarrollo y estabilidad de la articulación, ya desde el periodo intraútero hasta el período neonatal que van desde la subluxación hasta la luxación de la cadera. Anteriormente se utilizaba el término “luxación congénita de cadera” pero se ha sustituido por el de displasia ya que no todas las caderas se encuentran luxadas al nacimiento ni todas evolucionan hasta la luxación.
- El término cadera luxada significa pérdida de relación entre la cabeza femoral y el acetábulo. Puede tratarse de una luxación reducible por manipulación o de una luxación irreducible. El término cadera luxable significa una correcta relación entre la cabeza femoral y el acetábulo que puede perderse por manipulación externa.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los niños hasta la deambulación establecida.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de salud infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

- Protocolo específico del HUCA.

ACTIVIDADES:

- Realizar exploración física de la cadera hasta los 3 meses con las maniobras de Ortolani y Barlow.
- A partir de los 3 meses mediante la valoración de la limitación de la abducción (es el signo más específico) y el signo de Galeazzi, (acortamiento del miembro afecto). La asimetría de pliegues es un signo de alerta, no de luxación.
- Realizar estudios de imagen ecográfica (entre la 4ª y la 8ª semana) y radiografía cuando la exploración física sea positiva o existan factores de riesgo (parto de nalgas o antecedentes familiares de DEC).

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: cribado de displasia evolutiva de cadera.
- Protocolo del HUCA.

INDICADORES*:

- % niños < 4 meses con Ortolani / Barlow realizado al menos dos veces.

6. SERVICIO CRIBADO DE CRIPTORQUIDIA

JUSTIFICACIÓN:

- La criptorquidia es la malformación congénita más frecuente de los genitales externos del varón. Se observa en el 2-8 % de los recién nacidos a término y en más de un 30% de los prematuros. El cribado en edades tempranas permite la detección de esta anomalía congénita y su tratamiento precoz para evitar la malignización, detección tardía de tumores testiculares y subfertilidad en la edad adulta.

DEFINICIÓN:

- La criptorquidia (testículo oculto) es la falta de descenso testicular completo, o sea, la ausencia de este en su localización normal dentro del escroto. Esta situación puede afectar a un testículo, que es lo más frecuente, o a ambos. Se incluye en este término tanto el que está dentro del abdomen como el que se puede bajar manualmente a la bolsa escrotal, pero que no permanece en ella una vez liberado.

- Si el testículo se localiza fuera de este trayecto se le denomina testículo ectópico. Ambas condiciones se conocen como testículo no descendido.
- Si el testículo está ascendido, pero desciende fácilmente al escroto durante el examen y permanece en él, es llamado testículo retráctil o en ascensor; esta condición es frecuente en niños entre los 6 meses y los 13 años (80%), por un reflejo cremasteriano presente, que está más acentuado entre los 2 y 7 años, período donde los testículos retráctiles se confunden fácilmente con la criptorquidia. Después de la pubertad este reflejo está ausente en casi todos.
- También puede considerarse criptorquidia el llamado testículo ascendente que considerado previamente descendido, durante la infancia asciende a una posición preescrotal.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los varones.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Protocolo específico realizado entre el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Central de Asturias y la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

ACTIVIDADES:

- Constatar y registrar la presencia de los testículos en la bolsa escrotal en todos los varones de menos de 6 meses al menos en 2 ocasiones o en cualquier edad si no se hubiera hecho antes de los 6 meses.

PERIODICIDAD:

- En el primer control de salud, a los 6 y 12 meses, y en cualquier momento si no se hubiera efectuado antes.
- El testículo retráctil requiere supervisión anual ante la posibilidad de reascenso hasta los 8 años.

INDICADORES*:

- % de varones de 2 años con 2 exploraciones testiculares antes de los 7 meses.

7. CRIBADO DE ANOMALÍAS OCULARES (AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN)

JUSTIFICACIÓN:

- LA AMBLIOPÍA TIENE UNA PREVALENCIA DE ALREDEDOR DEL 2,5% DE LA POBLACIÓN Y SU DETECCIÓN POSTERIOR A LA EDAD DE 6 AÑOS ES IRREVERSIBLE.

DEFINICIÓN:

- Clásicamente se consideraba ambliopía al déficit de agudeza visual de uno o ambos ojos, sin causa orgánica conocida, por estimulación insuficiente ó inadecuada durante el periodo “crítico del desarrollo visual” que va desde el nacimiento hasta los 9 años. Actualmente este concepto se considera insuficiente, pues no sólo está definida por la agudeza visual, sino por el déficit de sensibilidad al contraste, dificultad en la localización espacial, distorsión espacial y la reducción de la estereopsis.
- Anomalías oculares: catarata, angiomas, ptosis palpebral, estrabismo.
- Errores de refracción: miopía, hipermetropía y astigmatismo.

POBLACIÓN DIANA:

- Población de 0-14 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil. (PSI) AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES Y HERRAMIENTAS:

- Anamnesis de los antecedentes familiares y personales.
- Realizar inspección externa de los párpados, globos oculares, pupilas, motilidad ocular y comportamiento visual.

MENORES DE 2 AÑOS:

- o Reflejo rojo.
- o Test de Bruckner.
- o Test de Hirschberg.
- o “Cover test”.

MAYORES DE 2 AÑOS:

- VALORAR LA AGUDEZA VISUAL MEDIANTE OPTOTIPOS (PIGASSOU PARA PREESCOLARES Y LA E DE SNELLEN O SIGNOS ALFABÉTICOS PARA ESCOLARES).

PERIODICIDAD:

- Revisiones del lactante: 0- 2 meses, 4-6 meses y de 12-18 meses al menos 1 vez en cada una de ellas.
- Revisiones del niño de 3-4, 6,10 y 13 años.

INDICADORES*:

- % de niños < 18 meses con registro de exploración ocular correspondiente a su edad en al menos 3 ocasiones.
- % de niños entre 3-4 años con optotipos realizados al menos 1 vez a los 6, 10, 13 años.

8. CRIBADOS DE POBLACIÓN DE RIESGO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPERCOLESTEROLEMIA, TUBERCULOSIS

8.1 CRIBADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

JUSTIFICACIÓN:

- La hipertensión arterial (HTA), la obesidad, la hiperlipemia y el tabaquismo constituyen los cuatro grandes determinantes de enfermedad cardiovascular (ECV).
- Hasta hace poco se consideraba que la HTA en los niños era secundaria a una enfermedad crónica subyacente, sobre todo en niños pequeños, pero hoy se observa un progresivo aumento de la HTA primaria/esencial en la infancia y adolescencia, alcanzando, en el caso de adolescentes con antecedentes familiares de HTA o de ECV, cifras superiores al 80%.

DEFINICIÓN:

- La definición de HTA en niños y adolescentes es convencional. Se ha establecido el límite de la normalidad, tanto de la presión arterial sistólica (PAS) como de la diastólica (PAD), en valores situados por debajo del percentil 90 (<p90), según unas tablas específicas para una determinada edad, sexo, peso y talla.

POBLACIÓN DIANA:

- Población infantil de 3 a 18 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

- Guía breve para la promoción de la salud cardiovascular en la infancia y la adolescencia accesible en http://www.aepap.org/guia_cardiovascular.htm
- Documentos elaborados por los autores accesibles en OMI y en este documento entre los anexos.

ACTIVIDADES:

- Realizar cribado de hipertensión arterial a la población infantil.
- Realizar cribado de hipertensión a la población infantil de riesgo.
- Ofrecer consejos para prevención de hipertensión: hábitos saludables y reducción del aporte de sodio de la dieta a 1,2g/día en niños de 4 a 8 años y a 1,5 g/día en mayores.

INDICADORES*:

- % de población entre 3 y 14 con 1 registro de TA.
- % de población de 0 a 14 años con consejos sobre alimentación y hábitos saludables.

8.2 CRIBADO DE HIPERCOLESTEROLEMIA

JUSTIFICACIÓN:

- Se considera hipercolesterolemia cuando los valores de colesterol y LDL-c están por encima del P 95 para la edad y el sexo.

Tabla 1. *Hipercolesterolemia según los parámetros de la NCEP (National Cholesterol Education Program)*

Categoría	Colesterol total mg/dl	LDL-colesterol mg/dl	Intervención dietética
Acceptable	< 170	< 110	Recomendaciones dietéticas generales
Límite	170-199	110-129	Dieta de fase I Intervención en otros factores de riesgo
Elevado	Mayor 200	Mayor 130	Dieta de fase I Dieta de fase II si fuera necesario

POBLACIÓN DIANA:

- Población infantil en situación de riesgo de tener hipercolesterolemia:
 - o Niños y adolescentes con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura en padres o abuelos, antes de los 55 años en varones y antes de los 65 años en mujeres.

- Niños y adolescentes cuyos padres o madres presenten una dislipemia genética con alto riesgo cardiovascular (principalmente hipercolesterolemia familiar heterocigota e hiperlipemia familiar combinada).
- Niños y adolescentes con otros factores de riesgo asociados: tabaco, HTA, obesidad, diabetes, inactividad física.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil.(PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>
- Guía breve para la promoción de la salud cardiovascular en la infancia y la adolescencia accesible en http://www.aepap.org/guia_cardiovascular.htm

ACTIVIDADES:

- Realizar determinación de colesterol total en plasma.

INDICADORES*:

- % Población infantil con registro de riesgo de hipercolesterolemia.

8.3 CRIBADO DE TUBERCULOSIS.

JUSTIFICACIÓN:

- No está indicado el cribado sistemático en poblaciones con bajo riesgo de infección. En España salvo en bolsas de pobreza la prevalencia es inferior al 1% a los 6 años por lo que solo se recomienda el cribado en población de riesgo.

DEFINICIÓN:

- Persona expuesta: individuo que ha tenido contacto reciente (3 meses previos) intenso (>4 h. diarias), en el cual se comprueba ausencia de infección (Mantoux negativo) y enfermedad (exploración y Rx.). Repetir Mantoux a los 3 meses.
- Infección latente tuberculosa: se considera infectado al individuo con Mantoux positivo y sin signos de enfermedad.
- Enfermedad tuberculosa: la persona infectada que además presenta clínica compatible con la enfermedad.

POBLACIÓN DIANA:

- Grupos de riesgo. (Programa del Principado de Asturias).

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil.(PSI). AEPap 2009.
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS).
- Programa de la TB de la Comunidad del Principado de Asturias.

ACTIVIDADES:

- Diagnóstico precoz de la infección tuberculosa a fin de realizar la quimioprofilaxis y evitar la progresión de la enfermedad.

PERIODICIDAD:

- En los controles habituales de la etapa preescolar, escolar y adolescente en los grupos de riesgo.
- A los 6 y 14 años en lugares de alta prevalencia.
- Anualmente en infectados de VIH.
- Antes y después de viajar a países con tuberculosis endémica.

HERRAMIENTAS:

- Mediante la prueba de la tuberculina o reacción de Mantoux.

INDICADORES*:

- % de población infantil de riesgo con tuberculina realizada.

III. SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN QUE REQUIEREN, ADEMÁS, INTERVENCIONES DE DIAGNÓSTICO PRECOZ Y SEGUIMIENTO

RELACIÓN DE SERVICIOS:

1. Promoción de lactancia materna.
2. Promoción de la salud bucodental.
3. Prevención y cribado de obesidad.
4. Prevención del tabaquismo pasivo. Consejos para el abandono del consumo de tabaco.

5. Prevención y detección del consumo de alcohol y otras drogas.
6. Cribado y prevención de ferropenia (población de riesgo).
7. Profilaxis con vitamina D.
8. Prevención del déficit de yodo.
9. Vacunaciones sistemáticas.

1. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

JUSTIFICACIÓN:

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones. La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche diferente a la leche de madre es alimentarlos con sucedáneos de leche de madre que, a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche natural. El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que hay que seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. Hoy por hoy la leche de madre sigue siendo una sustancia compleja que, a pesar de todos los esfuerzos que se han realizado en el campo de la investigación, sigue siendo en gran parte una desconocida y no se entienden bien sus mecanismos de acción.

- **LACTANCIA MATERNA Y PROTECCIÓN FRENTE A LAS INFECCIONES Y ATOPÍAS:** desde hace varios años se ha venido demostrando en estudios de cohortes que los niños alimentados con lactancia materna presentaban menos diarreas e infecciones respiratorias y otitis medias. Ninguno de estos estudios cumplía criterios de ensayo clínico, ya que no sería ético aleatorizar a los niños para recibir lactancia materna o fórmula adaptada, por ello, cuando se analizaban los resultados de estos estudios siempre se refería que no se podía asegurar que las diferencias encontradas se debieran a la leche de madre, ya que el hecho de que una mujer decida amamantar o no a su hijo puede ser un marcador de actitudes diferentes hacia el niño y por tanto los grupos de niños que reciben lactancia materna y los que no la reciben no serían comparables, ya que sus madres serían mujeres con actitudes bien distintas y esto podría justificar muchas de las diferencias encontradas en la evolución de los niños amamantados. Recientemente Kramer (PROBIT "study") han resuelto de una forma muy ingeniosa esta limitación para el estudio del verdadero efecto de la lactancia materna en la salud del niño y han realizado un ensayo clínico

que aporta una información muy válida sobre el efecto protector frente a las infecciones y el crecimiento. Se espera que se vayan publicando resultados de la evolución de estos niños a lo largo de los años. Estos autores randomizaron las maternidades de Bielorusia para recibir o no una intervención encaminada a la promoción de la lactancia materna, con esta actividad consiguieron incrementar el número de madres lactantes y la duración de la lactancia materna de forma significativa en los hospitales en los que se realizó la tarea de promoción de la lactancia materna. Posteriormente compararon la evolución de los niños de los hospitales con promoción de lactancia (que se han lactado con más frecuencia y durante más tiempo) frente a los niños nacidos en hospitales que no recibieron promoción de lactancia (menos frecuencia de lactancia y durante menos tiempo). Las poblaciones que atendían los hospitales con o sin promoción eran idénticas en relación a los niveles educativos, económicos, estado de salud, edad materna, etc. Estos autores han demostrado que los niños de los hospitales que recibieron promoción de lactancia materna y que por tanto se amamantaron con mayor frecuencia y durante más tiempo, tuvieron un riesgo disminuido para contraer infecciones gastrointestinales (OR: 0,6; IC: 0,4-0,9) y eccema atópico (OR: 0,54; IC: 0,3-0,9). Estudios anteriores, con las limitaciones que hemos comentado anteriormente, apoyan también una disminución en el número de otitis, infecciones urinarias, infecciones invasivas y enterocolitis necrotizante.

- **LACTANCIA MATERNA Y CRECIMIENTO:** los estudios realizados en las últimas décadas sugerían que los niños amamantados, sobre todo durante tiempos prolongados, alcanzaban un peso y una talla a los 6 y 12 meses de edad inferiores a la de los niños alimentados con fórmulas adaptadas. Como ya se ha comentado en el párrafo anterior, estos estudios tenían limitaciones importantes que disminuían la validez de sus resultados. En el estudio realizado por Kramer y cols. en referencia al crecimiento, se sugiere que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente podría acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida.
- **LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO COGNITIVO:** muchos estudios en la literatura médica y psicológica han examinado la relación entre la lactancia materna y el desarrollo intelectual. La mayoría de estos estudios han comunicado un efecto positivo de la lactancia materna en la evolución cognitiva del niño. Otros estudios no han encontrado ninguna ventaja sobre el desarrollo intelectual. Probablemente los resultados que se aporten derivados del estudio de Kramer sean de gran valor para poder establecer la relación existente entre la lactancia materna y el desarrollo cognitivo del niño.

- **LACTANCIA MATERNA Y ENFERMEDADES A LARGO PLAZO:** numerosos estudios han puesto de manifiesto, con las limitaciones anteriormente comentadas, el efecto protector de la lactancia materna en relación con la muerte súbita del lactante, diabetes insulino dependiente, enfermedad de Chron, colitis ulcerosa, patología alérgica y linfomas.
- **LACTANCIA MATERNA Y BENEFICIOS PSICOLÓGICOS:** se supone que el hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al incrementarse su autoestima. Esto va absolutamente en contra de la idea muy extendida en España de que a los niños pequeños no hay que cogerlos en brazos “porque se acostumbran mal”. Los niños en el regazo de la madre o en brazos del padre se sienten seguros y protegidos y eso favorece su desarrollo.
- **LACTANCIA MATERNA Y VENTAJAS PARA LA MADRE:** hay también numerosos trabajos que indican un posible efecto beneficioso de la lactancia materna en la salud de la madre. Después del parto las mujeres que lactan a sus hijos tienen menos sangrado y al retrasarse el inicio de las menstruaciones, se produce un ahorro de hierro que compensa de forma fisiológica las pérdidas que se producen durante el parto. La mujer que lacta a su hijo recupera antes el peso de antes de la gestación y al retrasarse el inicio de las ovulaciones ayuda a evitar, en parte, las gestaciones precoces. La remineralización ósea tras el parto es más rápida y eficaz, y en la edad postmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera. Se reduce el riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de mama en la mujer premenopáusica.
- **LACTANCIA MATERNA E IMPACTO SOCIAL Y MEDIOAMBIENTAL:** como ya se ha comentado anteriormente, los niños lactados al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de vida lo que contribuye a disminuir el absentismo laboral de los padres y el consumo de recursos sanitarios.
 En un momento en el que el cuidado medioambiental debería ser una prioridad para todos por las consecuencias que puede tener a corto y largo plazo, promocionar la lactancia materna es una forma de disminuir la cantidad de residuos generada en las familias (botes de fórmula adaptada, biberones, tetinas, etc.). La leche de madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre.

- **LACTANCIA MATERNA Y BENEFICIOS ECONÓMICOS:** además de lo descrito en el párrafo anterior en relación con la disminución del absentismo laboral y el ahorro de recursos sanitarios, la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el coste de la fórmula adaptada supera en mucho el coste del incremento calórico que precisa la madre que lacta a partir de las 6 semanas posparto. (Dra. Carmen Pallás.)

POBLACIÓN DIANA:

- Mujeres embarazadas, padres y madres lactantes.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa Salud Infantil (PSI). AEPap 2009.
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS)
- Guía Lactancia Materna del Principado de Asturias.

ACTIVIDADES:

- Ofrecer programas estructurados de educación antenatal y apoyo posparto a la lactancia materna (LM).
- Recomendar el amamantamiento a demanda (en oposición al amamantamiento restringido a un horario).
- Asegurar el vaciado eficaz de las mamas durante el amamantamiento y permitir al lactante vaciar al menos un pecho en cada toma.
- Enseñar a los padres a reconocer las señales de un amamantamiento ineficaz y aconsejar pedir ayuda si hay pérdida continuada de peso después de la semana de vida.
- Recomendar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y, complementada posteriormente con otros alimentos, hasta los 2 años. Ofrecer a partir de los 6 meses alimentos ricos en hierro de alta biodisponibilidad.
- Enseñar a las madres a extraerse leche, aconsejar y enseñar el masaje de los pechos y la extracción simultánea de ambos pechos con bomba de extracción eléctrica preferiblemente, si precisan extraerse la leche durante un tiempo prolongado.

- aconsejar a las madres que desean amamantar y trabajar.
- Dar información disponible vía internet para el apoyo de la lactancia y sobre medicación y LM.

HERRAMIENTAS:

- Anexo para profesionales.
- Promoción de la lactancia materna.
- Consejos para las familias.

INDICADORES*:

- % de niños menores de 2 años con registro de consejo de LM al menos en 3 ocasiones.
- % de niños con registro de tipo de lactancia al nacimiento y a los 2, 4, 6, 12, 15, 18, 24 meses.
- % de niños nacidos a término y sin complicaciones con LM exclusiva a los 4 meses.

2. PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL

JUSTIFICACIÓN:

- Los hábitos alimentarios saludables, la evitación de alimentos cariogénicos, así como la promoción de una buena higiene bucodental han contribuido a la disminución gradual de las caries en la población infantil.

POBLACIÓN DIANA:

- Población menor de 14 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil> .
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm> .
- [Programa de salud bucodental de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.](#)
- Programa específico en OMI de la Consejería para promocionar la salud bucodental. (En fase de pilotaje en el Área III.)

ACTIVIDADES:

- Promover hábitos saludables para prevenir caries. Consejo breve sobre cepillado y dieta no cariogénica.
- Actuaciones de prevención primaria y secundaria.

- Remitir a odontología para el sellado de molares, a todos los niños a partir del brote de los molares de los 6 años, y para la aplicación de geles o barnices y sellado de fisuras a los niños con caries o con riesgo de caries . Seguimiento semestral.
- Valoración y remisión a la Unidad de Salud Bucodental (USBD) en caso de :
 - o Signos o síntomas de caries.
 - o Riesgo de caries.
 - o Condiciones médicas o sociales que aconsejen su valoración por la USBD.
- Diagnosticar las maloclusiones dentarias.
- Diagnosticar las caries.
- Actitud ante los traumatismos dentales.
- Entregar material informativo sobre salud bucodental a las familias.
- Facilitar la revisión en las USBD en los días previos a la revisión pediátrica cuando sea necesario.

PERIODICIDAD*:

- En la primera semana de vida y en todos los controles a partir de los 6 meses.

HERRAMIENTAS:

- Anexo consejos para las familias por tramos de edad.
- Para maloclusiones, actitud ante traumatismos dentales y factores de riesgo de caries ver PSI.
- Programa específico disponible en OMI. Ver información para las familias y para los profesionales, en las pestañas de Actividades preventivas y Exploración física (en pilotaje en el Área sanitaria III).

INDICADORES*:

- % Población de 0 a 14 años en la que se ha valorado higiene bucodental, al menos 1 vez en cada periodo de edad.

3. PREVENCIÓN Y CRIBADO DE LA OBESIDAD

JUSTIFICACIÓN:

La obesidad infantil ha aumentado en los últimos años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en población infantil de Asturias es de hasta un 25% en población escolar afectando a los 3 años a un 19%.

La obesidad está determinada preferentemente por factores ambientales que pueden modificarse, como el sedentarismo y la ingesta calórica por encima de las necesidades.

En diversos estudios se ha observado asociación entre la velocidad de ganancia de peso durante la lactancia y la infancia precoz y el desarrollo de obesidad durante la adolescencia y la edad adulta. Estas observaciones sugieren que una intervención precoz moderando la velocidad de ganancia de peso a estas edades, puede ser importante para prevenirla en etapas posteriores de la vida.

En la etapa infantil, las complicaciones psicosociales asociadas a obesidad son las que con mayor frecuencia se manifiestan. Hay que añadir problemas ortopédicos, respiratorios y metabólicos.

POBLACIÓN DIANA:

- Toda la población de 0 a 14 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>
Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil.
- OBESIDAD INFANTIL. Alimentación, actividad física y medio ambiente .REFLEXIONES DE UN GRUPO DE TRABAJO .Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

ACTIVIDADES:

- Ofrecer consejo a toda la población sobre la importancia de una alimentación equilibrada, incluida la lactancia materna, la actividad física regular y la disminución del sedentarismo a menos de 2 horas al día (ver consejos alimentación y actividad física).
- Realizar cribado de sobrepeso/obesidad mediante el cálculo del IMC y la aplicación de los puntos de corte correspondientes.
- Identificación y seguimiento de niños de riesgo mediante anamnesis (incluidos los antecedentes familiares) y a los diagnosticados de sobrepeso/obesidad.

PERIODICIDAD:

- En todas las visitas de salud y de manera oportunista en niños con factores de riesgo.

INDICADORES*:

- % de población de 0 a 14 años con IMC en los controles de salud. Al menos 2 por periodo etario.
- % de población de 0 a 14 años con consejos sobre alimentación saludable y actividad física.

4. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO PASIVO Y CONSEJOS PARA EL ABANDONO DEL TABACO

JUSTIFICACIÓN:

- La exposición al tabaquismo pasivo en la infancia produce aumento del riesgo de muerte súbita del lactante, enfermedad respiratoria de vías bajas, mayor riesgo de desarrollar asma y otitis media aguda y recurrente.
- La exposición al tabaquismo pasivo en el hogar incrementa la posibilidad de que los niños se conviertan en adolescentes y adultos fumadores.
- En nuestro país la tercera parte de la población de entre 13 y 14 años ya ha probado el tabaco.

POBLACIÓN DIANA:

- Mujeres gestantes y sus parejas; padres, madres y cuidadores para el tabaquismo pasivo.
- Niños y niñas de 10 o más años para detección y abandono del consumo.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil. (PSI) AEPap 2009.
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Detectar la existencia de tabaquismo pasivo y registrarlo en la historia clínica.
- Aconsejar el abandono del tabaco a mujeres gestantes y a sus parejas, padres, madres y cuidadores o al menos abstenerse de fumar en presencia de los niños.
- Diagnosticar el consumo en adolescentes y registrarlo en la historia clínica.
- Aconsejar el abandono del consumo en la adolescencia.
- Acordar una visita para el seguimiento.

PERIODICIDAD:

- En los exámenes de salud.
- En consultas por otitis, asma y otras enfermedades respiratorias.

HERRAMIENTAS:

- Anexo: consejos para las familias por tramos de edad.
- Test de Fagerström (valora la dependencia del tabaco).
- Test de Richmond (valora la motivación para dejar de fumar).

INDICADORES*:

- % de población de 0 a 6 años en la que consta consejo de evitación a la exposición del tabaco al menos 1 vez.
 - % de población de 10 a 14 años con valoración del consumo del tabaco al menos 1 vez.
 - % de población de fumadores de 10 a 14 años con consejo antitabaco.
 - % de población de fumadores de 10 a 14 años con seguimiento en consulta pediátrica.
5. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

JUSTIFICACIÓN:

En la encuesta ESTUDES de 2010 la pauta mayoritaria de comportamiento respecto a las otras drogas entre los jóvenes es el “no consumo”. La única excepción a esa norma se observa en el alcohol, seguido a mucha distancia del tabaco y aún más del Cannabis.

El consumo de alcohol realizado antes de alcanzar la madurez física, psicológica y social o consumo temprano es una conducta con un amplio rango de riesgos y daños a corto, medio y largo plazo para la salud física, psicológica y social de los menores.

El alcohol es la droga de consumo más extendido entre los y las menores de edad. Las borracheras y los atracones de alcohol son muy frecuentes en esta población e iguales entre los sexos.

La media de edad de inicio al consumo de alcohol situada en los 14 años y sin diferencias por sexo, es la más baja de todas las drogas. En base a esto, es fundamental intervenir preventivamente en las edades en las que los chicos y chicas están a punto de comenzar o apenas han comenzado y no solo para aumentar la edad de inicio y reducir los riesgos y daños asociados, sino porque, además, por ser la droga de inicio de entrada al consumo de otras sustancias, por lo que de esta forma probablemente se está retrasando y reduciendo también el consumo de otras drogas.

La percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol es la más baja de todas las drogas, por tanto, un objetivo básico de salud pública es aumentar esta percepción del riesgo en las edades previas a la edad de inicio al consumo.

- Los profesionales sanitarios son la vía por la que menos información sobre drogas reciben los jóvenes en comparación con la que les gustaría recibir dato que justificaría por sí solo una intervención preventiva en atención primaria.

- De acuerdo con lo señalado y dado que en Asturias las revisiones obligatorias en pediatría están programadas a los 10 y a los 13 años, estos momentos coinciden exactamente con la Fase precoz (10/11

años) y la Fase de asentamiento (13/15 años) del consumo de alcohol, lo que subraya la importancia de llevar a cabo intervenciones preventivas en estas edades.

POBLACIÓN DIANA:

- Adolescentes de 10 a 13 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- [Guía de Prevención del Consumo de Alcohol en la Edad Pediátrica para Profesionales Sanitarios. Plan de drogas. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.](#)
- [Programa de Salud Infantil. \(PSI\) AEPap 2009. Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia \(Previnfad/PAPPS\).](#)

-

ACTIVIDADES:

- Investigar el consumo y registrarlo en la historia clínica.
- Verificar la percepción que tiene el adolescente sobre las conductas de riesgo asociadas a consecuencias en salud.
- Dar el consejo breve con entrega de material escrito.
- Si se ha iniciado el consumo, establecer metas individuales para reducir o dejar de consumir. Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para disminuir el consumo o para mantener la abstinencia. Establecer visitas de seguimiento.
- Valorar la derivación si procede.

PERIODICIDAD:

- Explorar el consumo en los exámenes de salud de 10 y 13 años.
- Consejo breve para no beber alcohol en controles de salud de los 10 y 13 años.
- En cualquier momento en la consulta ante clínica sugerente de consumo o de riesgo de este.

HERRAMIENTAS:

- [Guía de Prevención del Consumo de Alcohol en la Edad Pediátrica para Profesionales Sanitarios. Plan de drogas. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.](#)
- Anexos: Consejos a las familias para su prevención. Recomendaciones para prevenir conductas de riesgo en niños y adolescentes. Principales factores de riesgo y de protección para el consumo. Estadios de abuso de sustancias en adolescente (ver Guía). Consejo breve para los niños a los 10 y 13 años.

INDICADORES*:

- % Población de 10 a 14 años en los que se ha investigado el consumo de alcohol y otras drogas al menos 1 vez.
- % Población entre 10 y 14 años a la que se le ha entregado consejo breve de evitación de consumo.

6. SERVICIO CRIBADO PREVENCIÓN DE FERROPENIA (EN POBLACIÓN DE RIESGO)

JUSTIFICACIÓN:

- La deficiencia nutricional más común en el mundo es la deficiencia de hierro, y la enfermedad hematológica más frecuente en la infancia la anemia ferropénica.
- A pesar de que en los últimos años ha disminuido la prevalencia de la anemia ferropénica, fundamentalmente por el aumento del nivel socioeconómico y el enriquecimiento en hierro de formulas lacteadas, cereales y diversos alimentos comercializados, la deficiencia de hierro con o sin anemia, continúa siendo frecuente en la infancia, adolescencia y mujeres en edad fértil.

DEFINICIÓN:

- El término ferropenia indica el establecimiento de un balance negativo del hierro, con disminución de las reservas de hierro tisular representadas por la hemosiderina del hígado y medula ósea y una disminución de los niveles de ferritina por debajo de 10 ng/dl acompañados de disminución del hierro sérico.

POBLACIÓN DIANA:

- Toda la población infantil y adolescente con riesgo de presentar ferropenia.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de salud infantil (PSI). AEPap 2009.
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Ofrecer consejos dietéticos preventivos desde la lactancia hasta la adolescencia.
- Corregir la dieta cuando proceda para incrementar la ingesta de hierro. Recomendar profilaxis o tratamiento con hierro oral en los casos detectados.
- Registrar la actividad.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud.

INDICADORES*:

- % Población de 0 a 14 años con riesgo de ferropenia.

7. SERVICIO DE PROFILAXIS CON VITAMINA D

JUSTIFICACIÓN:

- Hay evidencia clínica de que la suplementación con vitamina D (200 UI, máximo 400 UI/ día) en el pretérmino mantiene un estado de densidad mineral ósea adecuado, un nivel de vitamina D normal y un buen depósito mineral óseo.
- Las dietas occidentales aportan solamente el 10% del total de la concentración de vitamina D del organismo. La síntesis cutánea inducida por la luz solar provee el 90% restante.
- En la actualidad tanto por el cambio de estilo de vida como por la prevención del cáncer de piel, la exposición al sol de la población infantil ha disminuido sustancialmente con riesgo de aparición de situaciones de déficit nutricional de esta vitamina.

DEFINICIÓN:

- La vitamina D es una hormona sintetizada por la acción de los rayos ultravioleta B sobre la piel. Su déficit produce raquitismo y osteomalacia.

POBLACIÓN DIANA:

- Recién nacido pretérmino.
- Lactante, niño y adolescente con riesgo de déficit de vitamina D.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009.
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Valorar y registrar en la población de 0 a 14 años si hay riesgo de déficit de vitamina D.
- Suplementar con 200 UI/día en caso de riesgo.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud

INDICADORES*:

- % de población de 0-2 años con registro de consejo de vitamina D.

8. PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE YODO

JUSTIFICACIÓN:

- El yodo es un oligoelemento esencial para la síntesis de las hormonas tiroideas. Una deficiencia leve o moderada durante el embarazo puede repercutir sobre la morbi-mortalidad perinatal y sobre la maduración intelectual de los niños, lo que constituye un importante problema de salud pública.
- La deficiencia de yodo es la causa principal del retraso mental potencialmente prevenible en la infancia, y también es causa de bocio e hipotiroidismo en personas de todas las edades.

DEFINICIÓN:

- Se considera que existe deficiencia leve de yodo cuando la ingesta diaria está entre 50 y 99 ng, moderada cuando es de 20 a 49 ng, y grave si es inferior a 20 ng.

POBLACIÓN DIANA:

- Toda la población en general, sobre todo las mujeres embarazadas.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009.
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

ACTIVIDADES:

- Recomendar consumo de sal yodada a toda la población (1-3 g/día según edad).
- Recomendar suplementos diarios de 200 mcg. de yodo en forma de yoduro potásico a las mujeres lactantes, a las mujeres embarazadas y a las que están planeando un embarazo de forma que ingieran más de 300 mcg/día.

PERIODICIDAD:

- En los controles de salud.
- En los controles del embarazo (por las Matronas de Atención Primaria).
- Por los Médicos de Familia y Salud Comunitaria cuando las mujeres van a procrear.

INDICADORES*:

- % población de 0 a 14 años con consejo de ingesta de sal yodada.

9. VACUNAS SISTEMÁTICAS

JUSTIFICACIÓN:

- Las vacunas constituyen la intervención de salud de más éxito y cuyo beneficio alcanza a más personas en el mundo, con la erradicación y control de muchas enfermedades, disminuyendo de forma significativa la morbi- mortalidad infantil en el mundo.

POBLACION DIANA:

- Todos los niños.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Programa de Salud Infantil (PSI). AEPap 2009.
- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia (Previnfad/PAPPS) y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>
- Manual de vacunas en Pediatría 2008 .Comité Asesor de Vacunas. AEP disponible en <http://www.vacunasaep.org/manual/index.htm>
- Calendario de Vacunaciones del Principado de Asturias.

ACTIVIDADES:

- Informar a los padres de las vacunas que se van a administrar, los posibles efectos adversos y la conducta a seguir si surge alguna complicación. Así como evaluar el estado vacunal previo y antecedentes de enfermedades o alergias.
- Registro en la historia clínica.

INDICADORES :

- % de población < de 2 años correctamente vacunados (excluidos los desplazados).
- % de población de 2-14 años correctamente vacunados (excluidos los desplazados).

PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

JUSTIFICACIÓN:

- Siguiendo la definición de salud de la OMS la detección de los determinantes psicosociales es una de las bases de la mejora de las expectativas de la misma sobre todo en los niños y adolescentes por su elevada esperanza de vida.

DEFINICIÓN:

- Entendemos situación de riesgo aquella que si bien puede no ser necesariamente determinante de un suceso adverso ineludible, si es posible que lo condicione o directamente lo produzca, a la luz de la evidencia científica disponible en ese momento.

POBLACIÓN DIANA:

- Toda la población infanto-juvenil hasta los 14 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- Documento estratégico elaborado por el grupo de trabajo específico del SESPA en colaboración con el Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.

ACTIVIDADES:

- Realizar una anamnesis dirigida a detectar factores personales, familiares o ambientales que supongan riesgo psicosocial para el menor.
- Proceder a informar de los recursos públicos y privados de la comunidad para apoyar a estas familias en dificultades.
- Proceder a realizar la derivación oportuna si fuera necesaria y a programar el seguimiento específico en consulta.

PERIODICIDAD::

- En los controles de salud y en cualquier momento que el niño acude al centro de salud si se considera oportuno.

HERRAMIENTAS:

- Programa específico en OMI.
- Anexos: disponibles en OMI

INDICADORES*:

- % Población < de 14 años en la que se ha valorado el riesgo psicosocial al menos 1 vez en los últimos dos años.

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN Y ADAPTACIÓN A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS DEL SESPA DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE EL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR

JUSTIFICACIÓN:

- El maltrato infantil intrafamiliar es una de las problemáticas más prevalentes en el mundo según estimaciones de diversos organismos internacionales.
- Es, así mismo, uno de los condicionantes más importantes de la salud de los menores así como de su desempeño laboral y social en el futuro.
- Una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños.
- Una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

- El maltrato infantil causa alteraciones en la salud mental y física que perduran toda la vida, y sus consecuencias a nivel socioprofesional pueden, en última instancia, ralentizar el desarrollo económico y social de un país.
- Es posible prevenir el maltrato infantil antes de que se produzca, y para ello es necesario un enfoque multisectorial.
- Los programas preventivos eficaces prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos.
- La atención continua a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias.

DEFINICIÓN:

- El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil.

POBLACIÓN DIANA:

- Toda la población infantil. Son especialmente vulnerables los menores de 6 años.

GUÍA QUE SUSTENTA EL SERVICIO:

- [Actualización 2017 y Adaptación a OMI de la Guía de Maltrato infantil del Principado de Asturias. Maltrato infantil: Guía de actuación para los servicios sanitarios del Principado de Asturias.](#)
Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-de-actuacion-ante-el-maltrato-infantil>

ACTIVIDADES:

- Educar en valores. Incrementar las habilidades de los padres en el cuidado de sus hijos y en las relaciones educativas y afectivas que establecen con ellos.
- Realizar la búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores.
- Detectar familias con factores de riesgo de maltrato.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica.
- Seguir estrechamente a los niños con antecedentes de maltrato que permanecen en el contexto familiar.
- Notificar ante una confirmación o sospecha de maltrato.

PERIODICIDAD:

- Los controles de salud y en cualquier momento que el niño acuda al centro de salud si se dan las circunstancias oportunas.

INDICADORES*:

- % Población < de 6 años en la que se ha valorado el riesgo de maltrato al menos 1 vez en los últimos dos años.
- % Población entre 6 y 14 años en la que se ha valorado al menos en 1 ocasión el riesgo de maltrato.

**Los indicadores, desde el punto de vista de la valoración del desempeño por los profesionales, deben ser relacionados de forma proporcional con el tiempo que un niño/a concreto ha sido visitado por el profesional responsable.*

DESCRIPCIÓN DEL PPJ-ASIA EN LA OFICINA MÉDICA INFORMATIZADA (OMI)

1. Programa de salud infantil (PSI). Se desarrolla en 4 pestañas:

- 1- Anamnesis.
- 2- Exploración física.
- 3- Psico-motor.
- 4- Actividades preventivas y resumen.

2. Programa de identificación del riesgo psicosocial (PIRSS). Tiene una pestaña:

- 5- Riesgo psicosocial.

3. Programa de Actualización y Adaptación a los Servicios Informáticos del SESPA de la Guía para la Actuación Sanitaria ante los casos de Maltrato Infantil Intrafamiliar del Principado de Asturias (AIASMI). Tiene una pestaña:

- 6- Maltrato infantil.

El PPJ-ASIA 2017 consta de 4 periodos:

- Neonatal.
- Lactante.

- Prescolar.
- Escolar.

Cada una de las visitas será realizada conforme a un protocolo.

Ej. lactante de 6 meses:

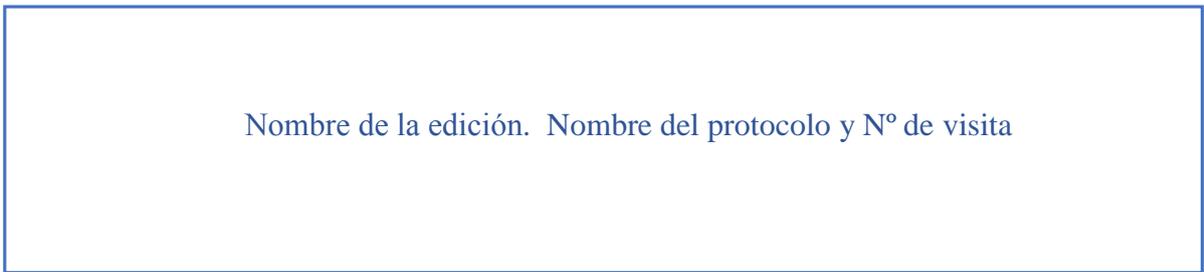


Imagen 1.

Captura de pantalla de OMI de la pestaña actividades preventivas y resumen.

VISITAS PRIORITARIAS DEL PPJ-ASIA

Tabla 2. Protocolos según las edades de las visitas e intervalos etarios en los que están disponibles.

NEONATAL	LACTANTE	PREESCOLAR	ESCOLAR
<p><i>PPJ-ASIA Neonatal</i></p> <p>Disponible desde el 1° día, hasta el 30 día de vida.</p>	<p>Visita de 1 mes</p> <p><i>PPJ-ASIA Lactante 1</i></p> <p>Disponible desde el 21° día, hasta 1 mes y 15 días .</p>	<p>Visita de 2 años</p> <p><i>PPJ-ASIA Preescolar 1</i></p> <p>Disponible desde 1 año, 10 meses y 1 día, hasta los 2 años y 6 meses.</p>	<p>Visita de 6 años</p> <p><i>PPJ-ASIA Escolar 1</i></p> <p>Disponible desde los 5 años, y 1 día, hasta los 8 años.</p>
	<p>Visita 2 meses</p> <p><i>PPJ-ASIA Lactante 2</i></p> <p>Disponible desde 1 mes y 16 días, hasta los 3 meses.</p>	<p>Visita de 3 años</p> <p><i>PPJ-ASIA Preescolar 2</i></p> <p>Disponible desde los 2 años, 6 meses y 1 día, hasta los 3 años y 6 meses.</p>	<p>Visita de 10 años</p> <p><i>PPJ-ASIA Escolar 2</i></p> <p>Disponible desde los 8 años, y 1 día, hasta los 11 años y 6 meses .</p>
	<p>Visita de 4 meses</p> <p><i>PPJ-ASIA Lactante 3</i></p> <p>Disponible desde los 3 meses y 1 día, hasta los 5 meses .</p>	<p>Visita de 4 años</p> <p><i>PPJ-ASIA Preescolar 3</i></p> <p>Disponible desde los 3 años, 6 meses y 1 día, hasta los 5 años.</p> <p>OPTOTIPOS</p>	<p>Visita de 13 años</p> <p><i>PPJ-ASIA Escolar 3</i></p> <p>Disponible desde los 11 años, 6 meses y 1 día, hasta los 15 años .</p>
	<p>Visita de 6 meses</p> <p><i>PPJ-ASIA Lactante 4</i></p> <p>Disponible desde los 5 meses y 1 día, hasta los 9 meses.</p>		
	<p>Visita de 12 meses</p> <p><i>PPJ-ASIA Lactante 5</i></p> <p>Disponible desde los 9 meses y 1 día, hasta 1 año y 3 meses.</p>		
	<p>Visita de 18 meses</p> <p><i>PPJ-ASIA Lactante 6</i></p> <p>Disponible desde 1 año, 3 meses y 1 día, hasta 1 año y 10 meses.</p>		

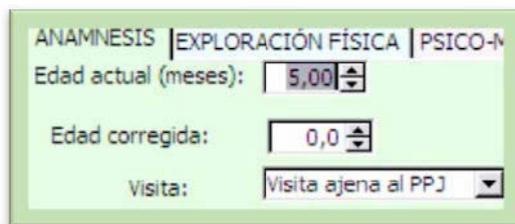
ELECCIÓN DE LA VISITA A EDADES NO PRIORITARIAS

Es factible realizar una visita a cualquier edad.

Para registrar una visita a edad no prioritaria, se accede al PPJ-ASIA y se procede de la siguiente forma:

- ✧ Hacer doble clic para que aparezca el protocolo:
 - En el campo *edad actual*, se introduce la edad cronológica.
 - En el campo desplegable *visita*, se elige *visita ajena al PPJ*.

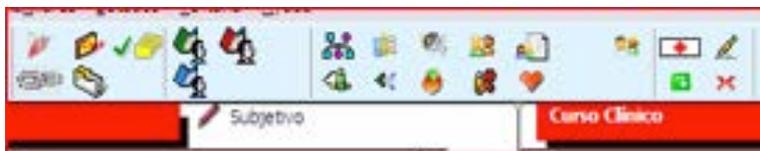
Imagen 2. Detalle de la pestaña de anamnesis. Elección de la visita.



CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS GENERALES

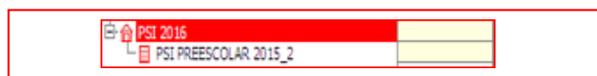
ACCESO AL PPJ-ASIA DESDE OMI

Imágenes 3,4,5 y 6. Acceso al PPJ en OMI.



Tras hacer clic en la “cabeza verde del PPJ” aparece el nombre del protocolo del PPJ-ASIA,

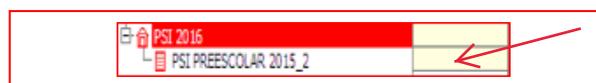
en color rojo, si aún no se ha realizado la visita



Verde, si ya se ha realizado.



Haciendo doble clic en el lugar que indica la flecha roja se abre una ventana con el protocolo que corresponde a la edad- visita. Una vez cumplimentado y guardado, aparece en el tapiz.



Esta es la única vía de acceso a los protocolos del PPJ-ASIA. Accediendo así a un protocolo, aunque ya este realizado (color verde), en el tapiz se refleja como una entrada nueva.

Una vez cumplimentados y guardados, se puede acceder a ellos desde el tapiz. Se hace cuando es preciso realizar una modificación.

Imagen 7. Captura de pantalla del protocolo neonatal en OMI. Pestaña anamnesis con sus campos.

The screenshot shows a web-based form for neonatal anamnesis. At the top, there are tabs for different protocol sections: ANAMNESIS (selected), EXPLORACION FÍSICA, PSICO-MOTOR, A. PREVENTIVAS y RESUMEN, RIESGO PSICO-SOCIAL, and MALTRATO. The form is organized into several main sections:

- ANAMNESIS:** Includes fields for 'Edad actual (días):' (0, 3 - 11/11/2016), 'Edad corregida (semanas):' (0,0), 'Visita:', 'Acude con:', 'Cuidador habitual:', 'Guardería:' (Si/No), 'Tabaquismo Pasivo:' (Si/No), 'Lugar del parto:', 'Edad gestacional:', 'Presentación:', 'Tipo de parto:', 'LACTANCIA:', 'Abandono L M (mes):' (0,00), 'Inicio L. artificial (mes):' (0,00), 'Problemas con la lactancia materna:' (radio buttons for Si/No), 'Hábito Intestinal:', and 'OBSERVACIONES:' with a text area and a '+ Añadir Episodio' button.
- EMBARAZO:** Includes 'Embarazo único:' (Si/No), 'Gestaciones previas', 'Embarazo controlado', 'Incidencias en el embarazo', and 'Hábitos tóxicos de la madre:' (Si/No) with checkboxes for 'Tabaco en el embarazo', 'Alcohol en el embarazo', and 'Otras drogas en el embarazo'.
- PARTO y DATOS del R N:** Includes 'Peso RN (kg):' (0,000), 'Talla RN:' (0,0), 'PC RN:' (0,0), 'Tipo de R.N.:', 'APGAR 1 min:', 'APGAR 5 min:', and 'Reanimación:'.
- PERÍODO NEONATAL:** Includes 'Incidencias en el período neonatal', 'Ingreso en el período neonatal', 'Peso del RN al alta:' (0,000), 'Cribado metabólico:', and 'Otoemisiones acústicas:'.
- INFORMACIÓN CLÍNICA:** Includes buttons for 'Guía', 'Cribado metabólico PA', 'Observación', 'PADAI', 'Factores', and 'Signos'.

En OMI se entiende por campo cada uno de los elementos que aparecen al abrir cualquier protocolo. (En adelante y para este documento: ítem y campo serán sinónimos)

TIPOS DE CAMPOS

- Título: se usa para que aparezca texto en el protocolo.
- Numérico: para anotar datos numéricos.
- Si/No: consiste en elegir una de las dos opciones.
- Visto: para registrar el que algo se ha hecho o comprobado.
- Tabla de Contraste: para manejar una lista cerrada de posibles opciones.

Imagen 8. Tipos de campos.

- Acción: permite descargar o ejecutar un documento, una imagen, una página web, etc.
- Texto: se utiliza para registrar texto libre. Puede tener más de una línea.

Hábitos y rutinas inadecuados

-Tabaco	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
-Alcohol	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
-Drogas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

DECIMALES EN LOS CAMPOS NUMÉRICOS

Los decimales, pueden ponerse o no, a criterio de cada profesional. Los admitidos, son:

PARA LA EDAD:

En semanas: 1 decimal (ej.: 38,5 indica 38 semanas y 5 días).

En meses: 2 decimales (ej.: 1,15 indica 1 mes y 15 días; 1,08 corresponde a un 1 mes y 8 días).

En años: 2 decimales (ej.: 3,10 indica 3 años y 10 meses; 3,05 corresponde a 3 años y 5 meses).

SOMATOMETRÍA:

Peso en kilos: 3 decimales (ej.: 3,500 indica 3 kg y 500 g).

Talla y PC en cm: 1 decimal (ej.: 100,5 indica 100 cm y 0,5 cm).

IMC: 1 decimal.

TA: 1 decimal.

Para ocio en h/día 2 decimales (ej.: 2,30, indica 2 horas y 30 minutos al día)

Para actividad física en h/semana: 2 decimales (ej.: 2,30, indica 2 horas y 30 minutos a la semana)

DGP. Imágenes: 9,10,11. *Datos generales del paciente (DGP)*

RECOMENDACIONES: Sí No

<input type="checkbox"/> Lactancia materna
<input type="checkbox"/> Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Vitamina D
<input type="checkbox"/> Prevención de SMSL
<input type="checkbox"/> Prevención de accidentes de tráfico

RECOMENDACIONES Sí No

<input checked="" type="checkbox"/> Lactancia materna
<input checked="" type="checkbox"/> Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Vitamina D
<input checked="" type="checkbox"/> Prevención de SMSL

RECOMENDACIONES Sí No

<input checked="" type="checkbox"/> Lactancia materna
<input checked="" type="checkbox"/> Alimentación complementaria
<input type="checkbox"/> Vitamina D
<input checked="" type="checkbox"/> Prevención de SMSL

Los DGP

son la unidad de registro en OMI de la información clínica del paciente. (Edad, peso, talla, TA, un consejo, un antecedente, son ejemplos de DGP).

Un campo, como la talla o la TA, cuando está asociada a un DGP, impide la dispersión de la información, siendo conducida como por un embudo, al DGP talla o "TAS" pudiendo consultarse desde cualquier esquina del programa y pudiendo ser explotada la información de

forma cronológica.

Los campos o ítems que están en color rojo indican que han sido asociados a un DGP.

Imagen 12. Tipos de DGP

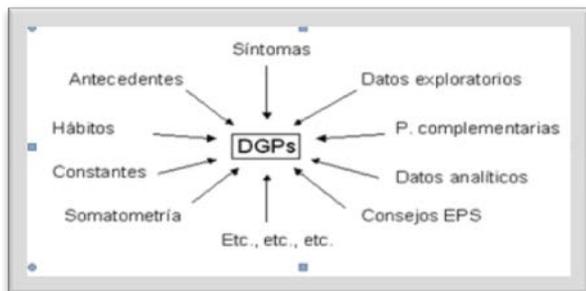


Imagen 13. Color DGP



LOS CAMPOS ESPECÍFICOS PEDIÁTRICOS

Son campos numéricos que reciben un trato especial, pues los datos introducidos se comparan internamente con unas tablas de edad y sexo, determinando así los percentiles a los que corresponden los pesos y tallas introducidos en comparación con la población general. Estos percentiles no se observan en los protocolos, sino a través de la consulta de DGPs, donde además se pueden ver las gráficas de crecimiento de la OMS.

AÑADIR EPISODIO SIN SALIR DEL PROTOCOLO

Cuando cumplimentamos el protocolo y necesitamos añadir un episodio para completar los registros, utilizaremos esta herramienta que permite añadir uno o varios episodios sin salir del protocolo.

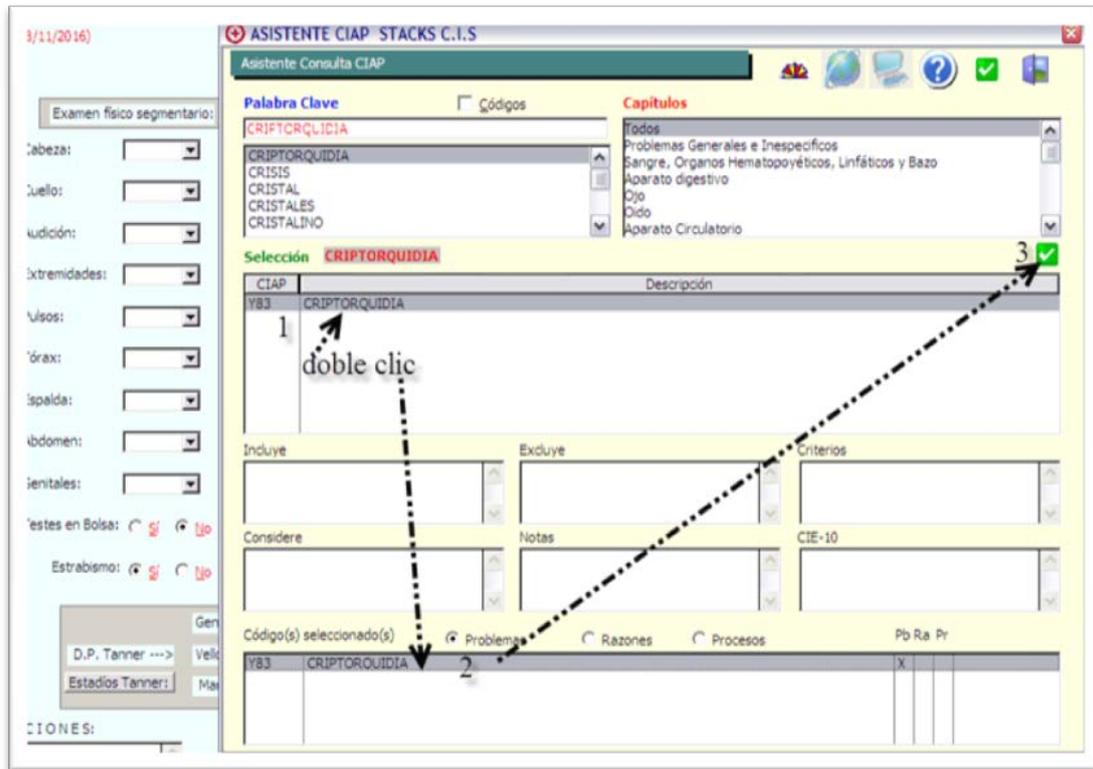
Haciendo *click en añadir episodio*:

Imágenes 14 y 15. Añadir episodio



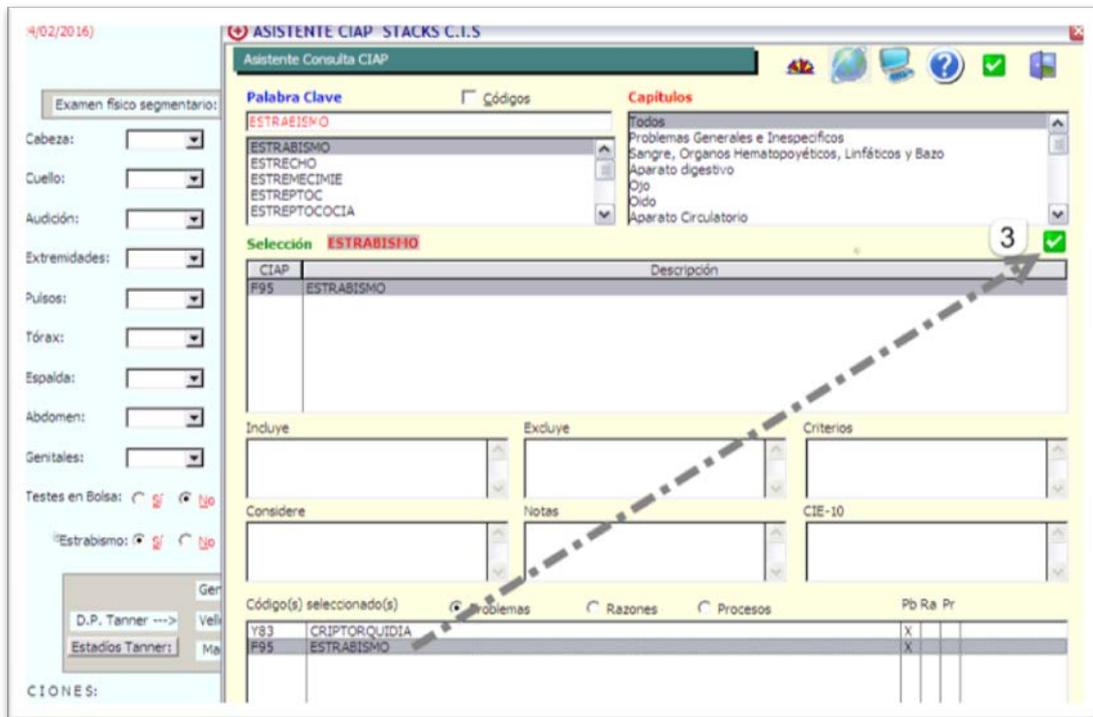
A través del asistente localizamos el episodio, que se sitúa en **1**. Es muy importante hacer doble clic en **1**, para colocarlo en el espacio **2** y por último clic en el check verde **3** para que se cierre el asistente y seguir con el protocolo:

Imagen 16. Añadir episodio



Se pueden crear los episodios necesarios repitiendo el proceso descrito. No conviene olvidar hacer clic en el check verde 3 para que se cierre el asistente y seguir con el protocolo. (Ver el procedimiento en la siguiente captura.)

Imagen 17. Añadir episodio



Al salir del protocolo, se abre la pantalla:

Imagen 18. *Añadir episodio*

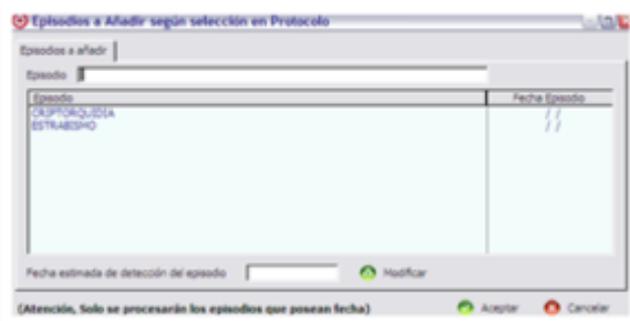
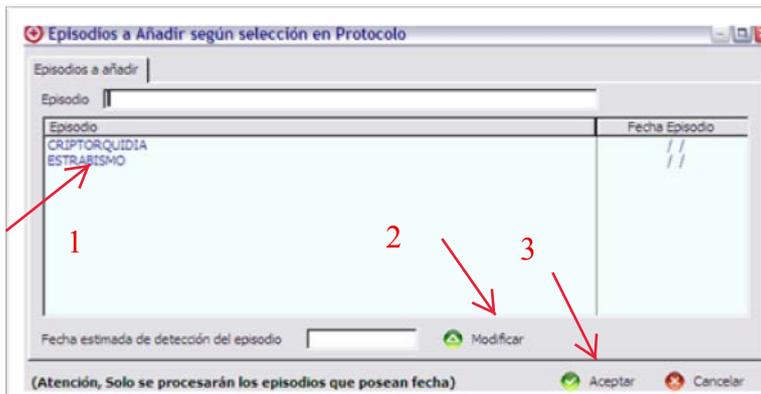


Imagen 19. *Añadir episodio*

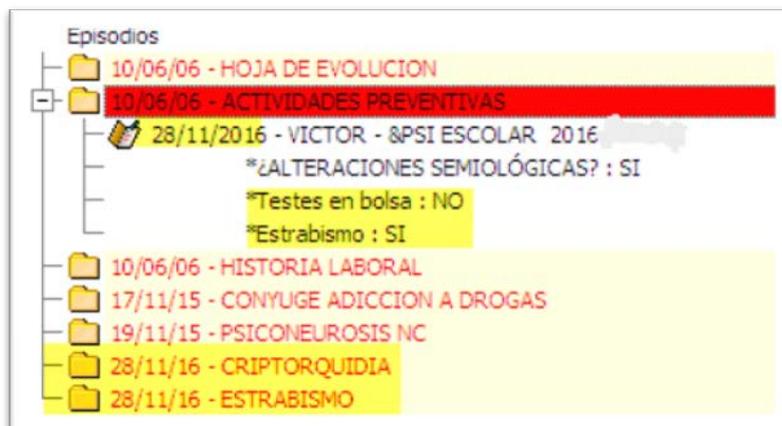


Se debe introducir la fecha, seleccionando el episodio y haciendo clic en “Modificar”. Lo repetimos con cada episodio y...

...al final aceptando...

Se puede ver lo registrado en el curso descriptivo del tapiz.

Imagen 20. *Episodio añadido en el tapiz.*



CONSULTA PLANA DE PROTOCOLOS

Es una forma sencilla de ver los campos cumplimentados.

Esta adquiere una gran importancia en el PPJ-ASIA ya que uno de los principios sustentadores del mismo es la economía de los registros que quedan en el tapiz, de forma que aquellos que no aparecen en él van a estar en la consulta plana de protocolos en la que están todos los registros cumplimentados.

ACCESO

Hacer clic en el icono de la zona inferior señalado por la flecha.

Imagen 21. Acceso a la consulta plana.

The image shows a screenshot of a medical protocol form. At the top, there are tabs for 'ANAMNESIS', 'EXPLORACIÓN FÍSICA', 'PSICO-SOCIAL', 'A. PREVENTIVAS y RESUMEN', 'RIESGO PSICO-SOCIAL', and 'MALTRATO'. The 'A. PREVENTIVAS y RESUMEN' tab is selected. The form contains various input fields and dropdown menus for patient information and clinical data. A red arrow points to a navigation icon in the footer area.

Edad actual (años): 13,06

VALORACIÓN de:

La alimentación: Inadecuado/a

Hábito Intestinal: Normal

La higiene y cuidados: Adecuado/a

El hábito del sueño: Inadecuado/a

Tabaquismo pasivo: Sí

El ocio electrónico (h/día): 2,30

La actividad física semanal (h/sem.): 7,00

HÁBITOS TÓXICOS: Sí No

Tabaco: Sí No

Alcohol: Sí No

Drogas de síntesis: Sí No

Otros: Sí No

Menarquia: Menarquia: Edad Menarquia en años: 0,00

CONTROL de ESFÍNTERES:

Vesical nocturno: Sí No

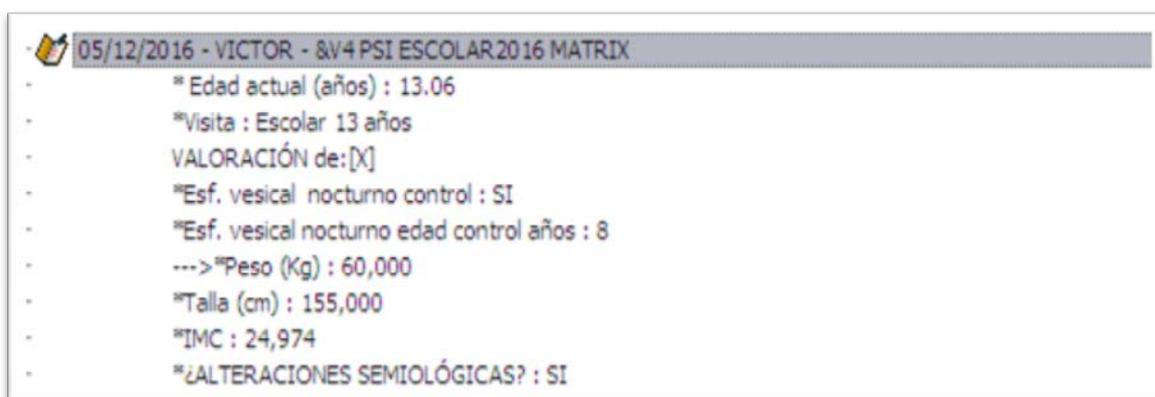
*Edad Control (años): 8,00

OBSERVACIONES

(* = DGP)

Añadir Episodio

Imagen 25. Tapiz



05/12/2016 - VICTOR - &V4 PSI ESCOLAR2016 MATRIX	
-	* Edad actual (años) : 13.06
-	*Visita : Escolar 13 años
-	VALORACIÓN de:[X]
-	*Esf. vesical nocturno control : SI
-	*Esf. vesical nocturno edad control años : 8
-	--->*Peso (Kg) : 60,000
-	*Talla (cm) : 155,000
-	*IMC : 24,974
-	*¿ALTERACIONES SEMIOLÓGICAS? : SI

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI)

SOMATOMETRÍA. PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL DE LA OMS

Los patrones de crecimiento de la OMS proporcionan una herramienta técnicamente robusta que representa la mejor descripción del crecimiento fisiológico para los niños menores de cinco años.

Estos patrones describen el crecimiento normal en la primera infancia bajo condiciones ambientales óptimas y pueden utilizarse para estudiar a los niños de cualquier lugar, independientemente de la etnia, la situación socioeconómica y el tipo de alimentación. Algo especialmente relevante en la cada vez más multicultural población infantil española.

El estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento combinó un seguimiento longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad y un estudio transversal de los niños de entre 18 y 71 meses.

Se recogieron datos primarios sobre crecimiento e información conexas de 8440 lactantes y niños pequeños saludables alimentados con leche materna, con antecedentes étnicos y entornos culturales muy diversos (Brasil, Ghana, la India, Noruega, Omán y los Estados Unidos de América).

Consideraciones:

- Las tablas de la OMS solo tienen el Peso/Edad hasta los 10 años (120 meses), porque a partir de esa edad es mucho más exacto el IMC.
- Las tablas del perímetro craneal abarcan hasta los 5 años (60 meses).

- En todos los parámetros los percentiles van del 1 al 99; pero en las tablas del perímetro craneal y del peso hay dos columnas más, una por el límite de arriba, percentil 99 y otra por abajo percentil 01. En OMI por limitaciones del software, solamente se pueden cargar 11 percentiles (del 3 al 97) y no se podrá trabajar con desviaciones estándar (DS). Cabría la opción individual de instalar Anthro y Anthro plus, pero al ser programas ajenos y no integrados en OMI, los datos, no se incorporarían en la historia clínica. Sería deseable se abordase la actualización necesaria del OMI para poder integrar Anthro y Antrho plus como se ha realizado en el Servicio Navarro de Salud. Esto permitiría conocer de forma habitual la situación nutricional de las diferentes zonas básicas de salud lo que puede ser de gran ayuda a los profesionales en la lucha contra la obesidad y el sobrepeso.

VISUALIZACIÓN EN OMI DE LOS DATOS SOMATOMÉTRICOS

VALORES Y REPRESENTACIONES GRÁFICAS

Se accede desde el icono de DGPs (ya que la talla, el peso, el Índice de Masa Corporal y el PC son DGPs).

Imagen 26. Acceso a las gráficas.



Una vez dentro, en la pantalla de inicio de DGPs (aparecen los que tienen valores asignados). Se debe tener cuidado en elegir cualquiera de los pediátricos.

Imagen 27. Elección de la gráfica.

DGP's Paciente - Valores Estrella DGP's						
<input checked="" type="checkbox"/> Marcar todos		<input checked="" type="checkbox"/> Desmarcar todos		<input type="checkbox"/> Ver solo los DGP's		
Campo	Ultimos Valores		5/02/2016 19:55		23/06/2016 11:49	
	Fecha	Valor		P		P
IMC (PEDIATRICO)	23/06/2016	17.486			17.486	75
PERIM. CEF. PED. (CM)	23/06/2016	47.000			47.000	75
PESO PEDIATRIA (KG)	23/06/2016	10.100			10.100	75
TALLA PEDIATRIA (CM)	23/06/2016	76.000			76.000	50
CETONURIA	5/02/2016	1	1			
PROTEINURIA	5/02/2016	0	0			
RUBEOLA	23/06/2016	Inmun. RUBEOLA				

Imagen 28. Selección de la gráfica.

DGP's Paciente - Valores Estrella DGP's						
<input checked="" type="checkbox"/> Marcar todos <input checked="" type="checkbox"/> Desmarcar todos <input type="checkbox"/> Ver solo los DGI						
Campo	Ultimos Valores					
	Fecha	Valor	5/02/2016 19:55	P	23/06/2016 11:49	P
IMC (PEDIATRICO)	23/06/2016	17.486			17.486	75
PERIM. CEF. PED. (CM)	23/06/2016	47.000			47.000	75
PESO PEDIATRIA (KG)	23/06/2016	10.100			10.100	75
<input checked="" type="checkbox"/> TALLA PEDIATRIA (CM)	23/06/2016	76.000			76.000	50
CETONURIA	5/02/2016	1	1			
PROTEINURIA	5/02/2016	0	0			
RUBEOLA	23/06/2016	Inmun. RUBEOLA				

Seleccionando y

realizando doble clic en uno de ellos

Imagen 29. Gráfica de talla de niñas.

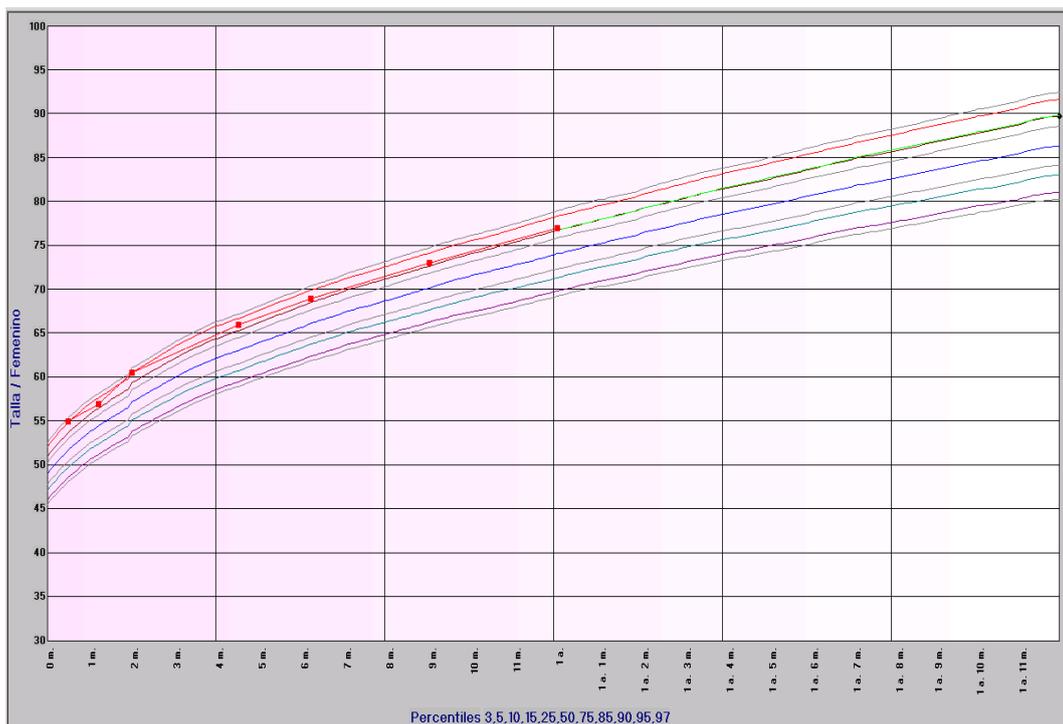
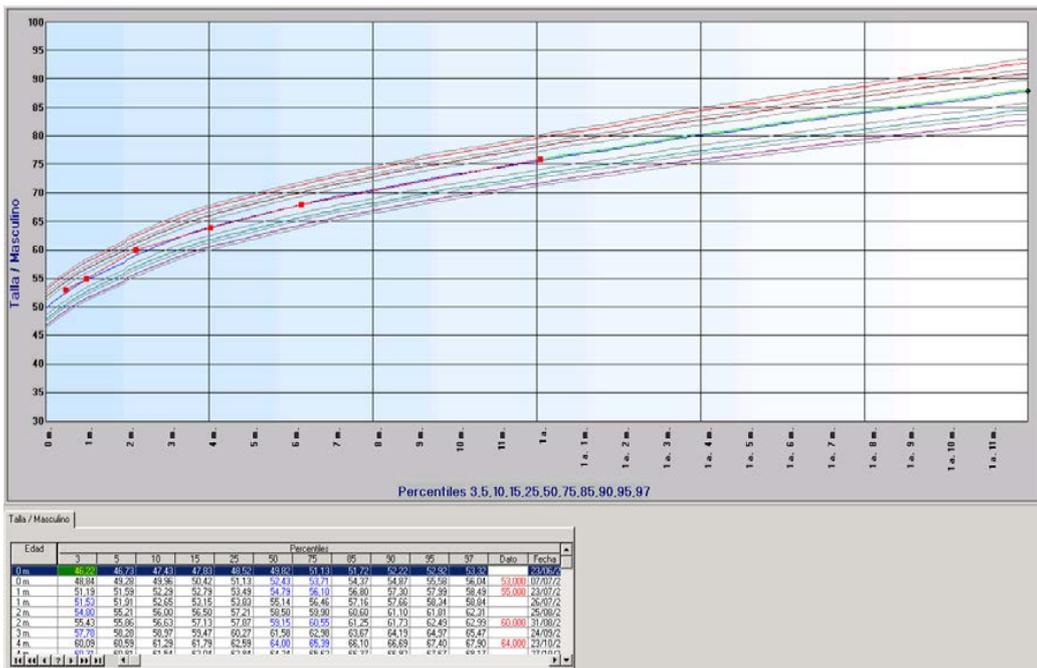


Imagen 30. Gráfica de talla de niños con inclusión del valor de la medida.



PROTOCOLOS DEL PSI POR PERIODOS

PROTOCOLO NEONATAL

Disponible desde el nacimiento hasta el vigésimo día de vida.

Imagen 31. Pestaña de la anamnesis.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-MOTOR | A. PREVENTIVAS Y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

Edad actual (meses, días): 0,00

Edad corregida (semanas): 0

Visita: []

Viene con: []

Cuidador habitual: []

¿ Guardería ? Sí No

Edad de inicio (mes): 0,00

Antecedentes perinatales: Sí No

Cribado metabólico: []

Otoemisiones acústicas: []

Tabaquismo pasivo: Sí No

Higiene y cuidados: []

ALIMENTACIÓN:

Valoración de la alimentación: []

Lactancia: []

Inicio lactancia artificial (meses,días): 0,00

Abandono L M (meses,días): 0,00

PROBLEMAS con lactancia materna: Sí No

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Contraindicaciones Factores de riesgo Cribado metabólico PA

Riesgo de abandono Signos PADI

S/amamantamiento ineficaz Observación de una toma Observación toma

Hábito Intestinal: []

OBSERVACIONES: []

(* = DGP)

En Documentación Clínica, se ofrece información para los profesionales.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la pestaña de exploración física el ítem NO (señalado) que queda registrado en el tapiz y en la consulta plana, indica que en la exploración no se han encontrado hallazgos clínicos; debemos tener presente que se entiende que el PSI según la edad y la cartera de servicios que le regula, precisa para su realización adecuada la búsqueda de diversos indicadores clínicos, no necesariamente una exploración exhaustiva. El espíritu que mueve el programa es el despistaje de alteraciones en el desarrollo de los menores y esto se realiza mediante la comprobación del cumplimiento de determinados hitos del desarrollo basados en la mejor evidencia científica disponible.

El ítem SI (señalado) indica que hay alteraciones en la exploración y precisa el relleno de los campos donde se encontraron hallazgos clínicos. El resto de los campos no rellenos debe entenderse que eran normales. Se deben completar los registros con la apertura del episodio correspondiente para extender allí, y dejar reflejada en el tapiz y en la consulta plana, toda la información necesaria para dar cumplimiento a lo previsto en la ley de Autonomía del paciente que regula lo que debe ser reflejado en la historia clínica de un paciente. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en :<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Imagen 32. Pestaña de la exploración física.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-MOTOR | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

Peso (kg): 0,000 Talla (cm): 0,0 PC: 0,0

ALTERACIONES SEMIOLÓGICAS Sí No

Inspección general: []

Examen por aparatos y sistemas Examen físico segmentario

Examen dermatológico: [] Cabeza: []

Examen ap. respiratorio: [] Cuello: []

Examen osteoarticular: [] Extremidades: []

Examen neurológico: [] Caderas: []

Examen cardiovascular: [] Espalda: []

Examen ap. digestivo: [] Pulsos: []

Examen oftalmológico: [] Abdomen: []

Examen ORL: [] Tórax: []

Examen ap. urinario: [] Audición: []

Examen sistema linfático: [] Genitales: []

Examen cavidad oral: [] Testes en bolsa: Sí No

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Gráfic. crec. prematuros niñas_os, Fenton

Gráficas de crecimiento complementarias

Guía de exploración de la cadera

Detección de alteraciones visuales

Guía del desarrollo auditivo

Testículo no descendido

OBSERVACIONES:

(* = DGP) []

En la pestaña de exploración del protocolo neonatal el ítem documentación clínica, ofrece información para los profesionales.

Imagen 32. Pestaña del psicomotor.

ANAMNESIS | EXPLORACION FÍSICA | PSICO-MOTOR | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

SIGNOS de ALERTA de PCI Sí No

Alteraciones del tono muscular
 Presencia de puño cerrado sostenido
 Inclusión del pulgar

SIGNOS ALERTA DESARROLLO PSICOMOTOR al MES de VIDA: Sí No

Irritabilidad persistente
 Trastornos de la succión
 No fija la mirada momentáneamente
 No reacciona con los ruidos

TEST DESARROLLO PSICOMOTOR:

VALORACIÓN PSICOMOTORA:

Derivación a la UAIT: Sí No

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

[DOCUMENTACIÓN CLÍNICA](#)
[Factores de riesgo de PCI](#)
[Haizea_LLLevant](#)
[Denver DDST II](#)

[Añadir Episodio](#)

Imagen 33. Pestaña de actividades preventivas y resumen.

ANAMNESIS | EXPLORACION FÍSICA | PSICO-MOTOR | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

RECOMENDACIONES Sí No

Lactancia materna
 Por grupos edad (0-5 meses)
 Prevencción del SMSL:
 Dormir en decúbito supino ("boca arriba")
 Prevencción exposición a tóxicos
 Lactancia materna exclusiva

Vitamina D
 Prevencción de accidentes domésticos y de tráfico
 Calendario Vacunación Infantil de Asturias

DOCUMENTOS para las FAMILIAS Sí No

Doc: decálogo de la LM [DOC](#)
 Doc: Recomendaciones (0-5 meses) [DOC](#)
 Doc: Disruptores endocrinos [DOC](#)

INFORMACIONES Sí No

Otras vacunas recomendadas
 Información funcionamiento Equipo Pediátrico

[DOCUMENTACIÓN CLÍNICA](#)
[Recomendaciones Vitamina D](#)
[Prevencción SMSL en población de riesgo](#)
[Encuesta mediambiental escolar](#)
[Hoja verde exploratoria medioambiental](#)
[Información plásticos](#)
[Alimentación, activ. física, m. ambiente](#)

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

[Añadir Episodio](#)

RESUMEN del PROTOCOLO NEONATAL

Problemas detectados:

OBSERVACIONES:

[Protocolo Neonatal Añadir episodios](#)

Ir a anexos:

- o [Pestaña actividades preventivas del protocolo neonatal. Documentación para las familias](#)
- o [Pestaña actividades preventivas del protocolo neonatal. Documentación clínica para profesionales](#)

PROTOCOLO DE LACTANTE

Disponible desde el 21 día de vida hasta los 20 meses

Imagen 34. Pestaña de anamnesis.

En la pestaña anamnesis del protocolo de lactante el item documentación clínica ofrece información para los profesionales.

Imagen 35. Pestaña de psicomotor.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la pestaña de exploración física el ítem NO (señalado) que queda registrado en el tapiz y en la consulta plana, indica que en la exploración no se han encontrado hallazgos clínicos; debemos tener presente que se entiende que el PSI según la edad y la cartera de servicios que le regula, precisa para su realización adecuada la búsqueda de diversos indicadores clínicos, no necesariamente una exploración exhaustiva. El espíritu que mueve el programa es el despistaje de alteraciones en el desarrollo de los menores y esto se realiza mediante la comprobación del cumplimiento de determinados hitos del desarrollo basados en la mejor evidencia científica disponible.

El ítem SI (señalado) indica que hay alteraciones en la exploración y precisa el relleno de los campos donde se encontraron hallazgos clínicos. El resto de los campos no rellenados debe entenderse que eran normales. Se deben completar los registros con la apertura del episodio correspondiente para extender allí, y dejar reflejada en el tapiz y en la consulta plana, toda la información necesaria para dar cumplimiento a lo previsto en la ley de Autonomía del paciente que regula lo que debe ser reflejado en la historia clínica de un paciente. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en [:https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188](https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188)

Imagen 36. Pestaña de exploración física.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-MOTOR | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

Peso(Kg): 0,000 Longitud(cm): 0,0 IMC: 0,0 PC: 0,0

¿ALTERACIONES SEMIOLÓGICAS? Sí No

Inspección general: [dropdown]

Exploración por aparatos y sistemas

Examen dermatológico: [dropdown]
Examen ap. respiratorio: [dropdown]
Examen osteoarticular: [dropdown]
Examen oftalmológico: [dropdown]
Examen cardiovascular: [dropdown]
Examen ap. digestivo: [dropdown]
Examen neurológico: [dropdown]
Examen O.R.L.: [dropdown]
Examen ap. urinario: [dropdown]
Examen sistema linfático: [dropdown]
E. psiquiátrico psicológico: [dropdown]
Examen bucodental: [dropdown]

Examen físico segmentario

Cabeza: [dropdown]
Cuello: [dropdown]
Audición: [dropdown]
Estrabismo: Sí No
Extremidades: [dropdown]
Caderas: [dropdown]
Espalda: [dropdown]
Pulsos: [dropdown]
Abdomen: [dropdown]
Tórax: [dropdown]
Genitales: [dropdown]
Testes en Bolsa: Sí No

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Gráfic. crec. prematuros niñas_os. Fenton
Gráficas de crecimiento complementarias
Guía desarrollo auditivo
Valoración alteraciones visuales
Guía de exploración de la cadera
Testículo no descendido

(* = DGP)

OBSERVACIONES: [text area]

+ Añadir Episodio

En la pestaña exploración física del protocolo de lactante el ítem documentación clínica, ofrece información a los profesionales.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y RESUMEN

Imagen 37. Pestaña de actividades preventivas y resumen .

- o Pestaña de actividades preventivas del protocolo de lactante. Documentación para las familias.
- o Pestaña de actividades preventivas del protocolo de lactante. Documentación clínica para profesionales

PROTOCOLO PREESCOLAR

Disponible desde los 20 meses hasta los 5 años y 6 meses.

Imagen 38. Pestaña de anamnesis.

En la pestaña anamnesis del protocolo preescolar el ítem documentación clínica ofrece información a los profesionales.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la pestaña de exploración física el ítem NO (señalado) que queda registrado en el tapiz y en la consulta plana, indica que en la exploración no se han encontrado hallazgos clínicos; debemos tener presente que se entiende que el PSI según la edad y la cartera de servicios que le regula, precisa para su realización adecuada la búsqueda de diversos indicadores clínicos, no necesariamente una exploración exhaustiva. El espíritu que mueve el programa es el despistaje de alteraciones en el desarrollo de los menores y esto se realiza mediante la comprobación del cumplimiento de determinados hitos del desarrollo basados en la mejor evidencia científica disponible.

El ítem SI (señalado) indica que hay alteraciones en la exploración y precisa el relleno de los campos donde se encontraron hallazgos clínicos. El resto de los campos no rellenos debe entenderse que eran normales. Se deben completar los registros con la apertura del episodio correspondiente para extender allí, y dejar reflejada en el tapiz y en la consulta plana, toda la información necesaria para dar cumplimiento a lo previsto en la ley de Autonomía del paciente que regula lo que debe ser reflejado en la historia clínica de un paciente. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en :<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>:<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Imagen 39. Pestaña de exploración física

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-MOTOR | A. PREVENTIVAS Y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

Peso (kg): 0,000 | Talla (cm): 0,0 | IMC: 0,0 | TAS: 0,0 | TAD: 0,0

ALTERACIONES SEMIOLÓGICAS Sí No

Inspección general:

Exploración por aparatos y sistemas

Examen dermatológico:

Examen ap. respiratorio:

Examen osteoarticular:

Examen neurológico:

Examen cardiovascular:

Examen ap. digestivo:

Examen ORL:

Examen ap. urinario:

Examen sistema linfático:

E. psiquiátrico psicológico:

Examen oftalmológico:

Examen bucodental:

Examen físico segmentario

Cabeza:

Cuello:

Audición:

Estrabismo: Sí No

Tórax:

Espalda:

Extremidades:

Abdomen:

*Cintura: 0

Pulsos:

Genitales:

Testes en bolsa: Sí No

(:) Optotipos:

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Gráficas de Crecimiento Complementarias

Medición y tabla rápida de TA

TA tablas Task Force

TA documento Task Force

Valorac alteraciones visuales Pre y Esco

Testículo no descendido

* Perímetro cintura varón_hembra

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

En la pestaña exploración del protocolo preescolar el ítem documentación clínica ofrece información a los profesionales.

Imagen 40. Pestaña de psicomotor.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-MOTOR | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

Signos de ALERTA a los 2 años Sí No

- No corre
- No construye torres de 3 ó 6 cubos
- No asocia dos palabras
- No utiliza la palabra "no"
- Presencia de estereotipias verbales
- Incapacidad para el juego simbólico

Signos de ALERTA a los 3 años Sí No

- Desinterés por las personas especialmente por los otros niños
- Desarrollo de temores intensos
- Adherencia de tipo compulsivo a rutinas o rituales

Signos de ALERTA en el desarrollo del lenguaje (3-4 años) Sí No

- Repite la pregunta en lugar de contestarla
- Ausencia de frases sencillas de 2 palabras a los 3 años
- Habla ininteligible para la familia (el 75% y casi el 100% del habla debe ser inteligible a los 3 y 4 años respectivamente)
- Si hay lenguaje oral, son signos de alerta: ausencia de uso funcional, utilización de neologismos, alteraciones en aspectos pragmáticos.

DESARROLLO LENGUAJE

TEST CRIBADO PSICOMOTOR

VALORACIÓN PSICOMOTORA

Derivación a la UAIT: Sí No

OBSE RVACIONES

(* = DGP)

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Signos de alerta del desarrollo lenguaje

M-CHAT R y R-F

Haizea - Llevant

Denver DDST II

En la pestaña psicomotor del protocolo preescolar el ítem documentación clínica ofrece información a los profesionales.

Imagen 41. Pestaña de actividades preventivas y resumen.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-MOTOR | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

RECOMENDACIONES Sí No

- La actividad física
- Tiempo de ocio
- La alimentación
- Hábitos tóxicos
- El hábito sueño
- El calendario vacunal del PA
- Higiene corporal y cuidados
- La prevención de accidentes de tráfico y domésticos
- Salud bucodental
- Fotoprotección
- Otras

DOCUMENTOS para las FAMILIAS Sí No

- Doc. Decálogo alimentación
- Doc: recomendaciones 2 - 5 a
- Doc: disruptores endocrinos
- Doc: recomendac. actividad física

INFORMACIONES Sí No

- Otras vacunas
- Funcionamiento del Equipo Pediátrico

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Encuesta activ física alimentación

Encuesta medioambiental escolar

Hoja verde exploratoria medioambiental

Plásticos información

Alimentacion activ física medio ambiente

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

RESUMEN del PROTOCOLO:

Problemas detectados:

OBSERVACIONES:

Ir a anexos:

- Pestaña actividades preventivas del protocolo preescolar. Documentación para las familias.
- Pestaña actividades preventivas del protocolo preescolar. Documentación clínica para profesionales.

PROTOCOLO ESCOLAR

Disponible desde los 5 años y 6 meses hasta los 15 años

Imagen 42. Pestaña de anamnesis.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-SOCIAL | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

Edad actual (años): 0,00

VALORACIÓN de

La alimentación:

Hábito Intestinal:

La higiene y cuidados:

El hábito del sueño:

Tabaquismo pasivo:

El ocio electrónico (h/día): 0,00

La actividad física semanal (h/sem.): 0,00

Visita:

Acude a la consulta con:

Cuidador habitual:

Escolarización: Sí No

Nombre del colegio:

Menarquia

Edad Menarquia en años: 0,00

HÁBITOS TÓXICOS Sí No

Tabaco: Sí No

Alcohol: Sí No

Drogas de síntesis: Sí No

Cannabis: Sí No

Otros: Sí No

CONTROL de ESFÍNTERES

Vesical nocturno: Sí No

*Edad Control (años): 0,00

(* = DGP)

OBSERVACIONES:

Imagen 43. Pestaña de psico-social.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-SOCIAL | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

VALORACIÓN DE:

La conducta y la sociabilidad: Inadecuado/a

¿Problemas escolares?: Sí No

Las relaciones familiares: Adecuado/a

Las relaciones personales: Inadecuados/as

Problemas de aprendizaje

Problemas de rendimiento escolar

Problemas de relación con los compañeros

Problemas de relación con los profesores

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la pestaña de exploración física el ítem NO (señalado) que queda registrado en el tapiz y en la consulta plana, indica que en la exploración no se han encontrado hallazgos clínicos; debemos tener presente que se entiende que el PSI según la edad y la cartera de servicios que le regula, precisa para su realización adecuada la búsqueda de diversos indicadores clínicos, no necesariamente una exploración exhaustiva. El espíritu que mueve el programa es el despistaje de alteraciones en el desarrollo de los menores y esto se realiza mediante la comprobación del cumplimiento de determinados hitos del desarrollo basados en la mejor evidencia científica disponible.

El ítem SI (señalado) indica que hay alteraciones en la exploración y precisa el relleno de los campos donde se encontraron hallazgos clínicos. El resto de los campos no rellenos debe entenderse que eran normales. Se deben completar los registros con la apertura del episodio correspondiente para extender allí, y dejar reflejada en el tapiz y en la consulta plana, toda la información necesaria para dar cumplimiento a lo previsto en la ley de Autonomía del paciente que regula lo que debe ser reflejado en la historia clínica de un paciente. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en :<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Imagen 44. Pestaña de exploración física.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-SOCIAL | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

Peso(kg): 0,000 Talla(cm): 0,0 IMC : 0,0 TAS: 0,0 TAD: 0,0

ALTERACIONES SEMIOLÓGICAS Si No

Exploración por aparatos y sistemas Inspección general: Examen físico segmentario

Examen dermatológico: Examen ap. respiratorio: Examen osteoarticular: Examen neurológico: Examen cardiovascular: Examen ap. digestivo: Examen O.R.L.: Examen ap. urinario: Examen sistema linfático: E.psiquiátrico psicológico: Examen oftalmológico: Examen Bucodental: (.) Optotipos:

Cabeza: Cuello: Audición: Extremidades: Pulsos: Tórax: Espalda: Abdomen: *Cintura: Genitales: Testes en Bolsa: Si No Estrabismo: Si No

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Gráficas de Crecimiento Complementarias

TA tablas Task.Force

Medición y tabla rápida de TA

TA documento Task.Force

Valorac. alteraciones visuales Pre y Esco

* Perímetro cintura mujer_varón

OBSERVACIONES: (*) = DGP

Añadir Episodio

Genitales varones: D.P. Tanner ---> Estadios Tanner Vello pubiano : Mamas mujeres:

En la pestaña exploración del protocolo escolar se ofrece documentación clínica para los profesionales.

Imagen 45. Pestaña de actividades preventivas y resumen.

Ir a los anexos:

- [Pestaña actividades preventivas del protocolo escolar. Documentación para las familias.](#)
- [Pestaña actividades preventivas del protocolo escolar. Documentación clínica para profesionales.](#)

PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL (PIRSS)

La herramienta clínica desarrollada para la identificación del PIRSS, consta de 3 protocolos y 3 pantallas informáticas: neonatal-lactante, preescolar y escolar.

Se valorarán tres tipos de factores: personales, socioculturales y de los progenitores/personas cuidadoras. Estos factores han sido seleccionados tras una búsqueda bibliográfica, que ha dado lugar, a su vez, a un documento estratégico, que sirve de apoyo a cada uno de los ítems elegidos.

Se realizará una anamnesis dirigida a las familias y si procede a los niños.

La identificación de 1 o más ítems implica la existencia de riesgo psicosocial y por consiguiente el seguimiento en consulta y/o su derivación oportuna.

Para un cumplimiento del objetivo proactivo de la prevención del riesgo, la cumplimentación del programa, en todas las visitas de salud o en aquellas situaciones en las que se sospeche riesgo es imprescindible.

Imagen 46. Pestaña de identificación del riesgo psicosocial en los protocolos neonatal y de lactante.

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

Factores Personales: Sí No

- Prematuridad
- Parto traumático
- Adopción y/o Acogimiento
- Malformaciones congénitas
- Retraso psicomotor
- Minusvalía / discapacidad
- Carencia afectiva
- Factores limitantes
- Historia de maltrato

Factores Socioculturales: Sí No

- Inmigración: adaptación deficitaria
- Marginalidad y/o riesgo de la misma:
 - Vivienda: falta de, malas condiciones
 - Precariedad económica
 - Barreras socioculturales
 - Precariedad laboral

Progenitores / Personas Cuidadoras: Sí No

- Hijo no deseado
- Embarazo en adolescente
- Embarazo no controlado
- Crisis familiares
- Padres adolescentes y/o inmaduros
- Institucionalizados
- Familia monoparental
- Hábitos tóxicos padres
- A.F. de maltrato y/o negligencia
- Factores limitantes para el desempeño
- Padres enfermedad mental
- Depresión postparto madre
- Depresión postparto padre
- Violencia de género

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- Escala depresión Edimburgo (familia)
- Escala depresión Edimburgo (Profesional)
- Indic. infanc. víctima violencia género
- Control en consulta pediatría
- Derivación Trabajo Social
- Derivación Salud Mental
- Derivación a UAIT

Riesgo Psico-Social: Sí No
 Definido por la existencia de 1 o más ítems.

Actitud tras valorar Riesgo Ps-5 -->

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

El ítem documentación clínica del PIRSS en el protocolo neonatal y de lactante ofrece información a los profesionales.

Imagen 47. Pestaña de identificación del riesgo psicosocial en el protocolo preescolar.

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

Factores Personales: Sí No

- Prematuridad
- Parto traumático
- Adopción y/o Acogimiento
- Malformaciones congénitas
- Retraso psicomotor
- Alc. conducta/psicológicas
- Minusvalía / discapacidad
- Carencia afectiva
- Conducta antisocial
- Absentismo escolar
- Factores limitantes
- Historia de maltrato

Factores Socioculturales: Sí No

- Inmigración: adaptación deficitaria
- Marginalidad y/o riesgo de la misma:
 - Vivienda: falta de, malas condiciones
 - Precariedad económica
 - Barreras socioculturales
 - Precariedad laboral

Progenitores / Personas Cuidadoras: Sí No

- Hijo no deseado
- Embarazo en adolescente
- Embarazo no controlado
- Crisis familiares
- Padres adolescentes y/o inmaduros
- Institucionalizados
- Familia monoparental
- Hábitos tóxicos padres
- AF maltrato y/o negligencia:
- Factores limitantes para el desempeño
- Padres enfermedad mental
- Violencia de género

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- Indicad violencia género infancia adoles
- Controles en consulta de Pediatría.
- Derivación Trabajo Social.
- Derivación Salud Mental.
- Derivación a UAIT.

Riesgo Psico-Social: Sí No
 Definido por la existencia de 1 o más ítems.

Actitud tras valorar Riesgo P-5 ---->

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

El ítem Indicadores de violencia de género del PIRSS en el protocolo preescolar ofrece información para los profesionales.

Imagen 48. Guía de orientación sobre el acoso escolar en el Principado de Asturias.



Imagen 49. Pestaña de identificación del riesgo psicosocial del protocolo escolar.

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-SOCIAL | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICO-SOCIAL:

<p>Factores Personales:</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Parto traumático <input type="checkbox"/> Adopción y/o Acogimiento <input type="checkbox"/> Malformaciones congénitas <input type="checkbox"/> Retraso psicomotor <input type="checkbox"/> Alt. conducta/psicológicas <input type="checkbox"/> Minusvalía / discapacidad <input type="checkbox"/> Carencia afectiva <input type="checkbox"/> Conducta antisocial <input type="checkbox"/> Absentismo escolar <input type="checkbox"/> Factores limitantes <input type="checkbox"/> Historia de maltrato <input checked="" type="checkbox"/> Hábitos y rutinas inadecuados: <ul style="list-style-type: none"> -Tabaco <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No -Alcohol <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 28/03/2018) -Drogas <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No -Conductas cibernéticas inadecuadas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No -Otros <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	<p>Factores Socioculturales:</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inmigración: adaptación deficitaria <input type="checkbox"/> Marginalidad y/o riesgo de la misma: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vivienda: falta de, malas condiciones <input type="checkbox"/> Precariedad económica <input type="checkbox"/> Barreras socioculturales <input type="checkbox"/> Precariedad laboral <input type="checkbox"/> Acoso entre iguales <input type="checkbox"/> Ciberacoso 	<p>Progenitores / Personas Cuidadoras:</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hijo no deseado <input type="checkbox"/> Embarazo adolescente <input type="checkbox"/> Embarazo no controlado <input type="checkbox"/> Crisis familiares <input type="checkbox"/> Padres adolescentes y/o inmaduros <input type="checkbox"/> Institucionalizados <input type="checkbox"/> Familia monoparental <input checked="" type="checkbox"/> Hábitos tóxicos padres <input type="checkbox"/> A.F. de maltrato y/o negligencia <input type="checkbox"/> Factores limitantes para el desempeño <input type="checkbox"/> Padres enfermedad mental <input type="checkbox"/> Violencia de género
--	---	---

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Guía sobre el acoso del PA

Indicad violencia género infancia adoles

Riesgo Psico-Social: Sí No

Definido por la existencia de 1 o más items.

Controles en consulta de Pediatría.
 Derivación Salud Mental.
 Derivación Trabajo Social.

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

Los ítems Indicadores de violencia de género y la Guía sobre el acoso del PA del PIRSS en el Protocolo escolar ofrecen información a los profesionales.

ADAPTACIÓN INFORMÁTICA DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DEL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (AIAASMI)

Imagen 50. Pestaña de identificación y notificación del maltrato infantil intrafamiliar.

Forma parte del documento: **ACTUALIZACIÓN Y ADAPTACIÓN A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS DEL SESPA DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR**. Se presenta como documento aparte, en formato pdf. Se debe comenzar su lectura a partir de la página 9, ya que los contenidos previos están incluidos en este Documento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia sanitaria internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946. Official records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). [consultado: 20/03/2016]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163
[consultado: 20/03/2016]. Disponible en:<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>
3. Instrumentos internacionales con impacto en salud. Convención sobre los derechos del niño. A.G. res. 44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989), entrada en vigor 2 de septiembre de 1990. Biblioteca Virtual en Salud. [consultado: 20/03/2016] Disponible en:
<http://www.legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=37&item=9>
4. Balsells i Bailón, M. A. (2003). La infancia en riesgo social desde la sociedad del bienestar. "Teoría de la educación: educación y cultura en la sociedad de la información". [consultado: 20/03/2016]. Disponible en:
http://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_04/n4_art_balsells.htm.
5. OMS. Definición y evaluación de los riesgos para la salud. Capítulo 2. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>
6. Espinosa Bayal, A. Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar
[consultado: 20/03/2016]. Disponible en:
http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_formacion/eu_d_ef/adjuntos/ANGELES%20ESPINOSA%20Las%20hijas%20e%20hijos%20de%20mujeres%20maltratadas.pdf
7. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente. (2016-2030). OMS. Prólogo. Ban ki-moon.
[consultado: 20/03/2016]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
8. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente. (2016-2030). OMS. [consultado: 20/03/2016]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/



ANEXOS



PROTOCOLO NEONATAL - ANAMNESIS
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES



CONTRAINDICACIONES VERDADERAS DE LA LACTANCIA MATERNA

EN LA MADRE:

- HIV positivo (en países como España).
- Abuso de sustancias.
- Quimioterapia.
- Tratamientos con isótopos radiactivos hasta la eliminación del mismo del cuerpo de la madre.
- Tuberculosis activa hasta que la madre sea no contagiosa.
La leche materna extraída puede ser administrada al bebé, (salvo raros casos de abscesos mamarios tuberculosos) porque el bacilo de Koch no se ha aislado en la leche materna. Los fármacos anti-tuberculosos son compatibles con la lactancia.
- Varicela activa: exantema en los 5 días anteriores y 2 posteriores al nacimiento.
La leche materna extraída puede ser administrada al bebé, salvo que presente lesiones de varicela en la areola mamaria.
- Lesiones de herpes activas en la mama.
- Enfermedad de Chagas.

EN EL LACTANTE:

- Galactosemia.

NO SE CONSIDERAN CONTRAINDICACIONES

- Fiebre materna en ausencia de alguna contraindicación.
- Hepatitis B o C.
- Exposición a niveles bajos de contaminantes ambientales.
- Alcohol: aconsejar si acaso un consumo ocasional.
- Tabaco: aconsejar el abandono del hábito, y/o evitar la exposición del bebé.
- Infección por Citomegalovirus.

Bibliografía:

Programa de salud infantil. AEPap. 2009. [Archivo de Internet]. Consultado junio 2015] Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/lm_0.pdf



FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

EN EL LACTANTE:

- Parto traumático.
- Edad gestacional menor de 38 semanas.
- Inconsistencia en la habilidad para mantener un agarre efectivo y/o una succión eficaz.
- Somnolencia y/o irritabilidad.
- Intervalos largos entre tomas.
- Hiperbilirrubinemia o hipoglucemia.
- Pequeños o grandes para la edad gestacional.
- Frenillo lingual corto.
- Parto múltiple.
- Problemas neuromotores.
- Anomalías cromosómicas.
- Anomalías faciales.
- Enfermedad aguda o crónica.
- Uso de chupetes y tetinas.

EN LA MADRE:

- Dificultades en el amamantamiento de hijos anteriores.
- Cesárea, intervenciones en el parto.
- Separación del niño de la madre.
- Ausencia de cambios prenatales en la mama.
- Pezones dañados, con grietas o sangrantes.
- Congestión mamaria importante.
- Dolor mamario persistente.
- Percepción de tener leche insuficiente.
- Enfermedad aguda o crónica.
- Uso de medicamentos.
- Anomalías de la mama o el pezón.
- Cirugía o trauma mamario.
- Alteraciones hormonales (síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, diabetes y otros).

Bibliografía: Programa de salud infantil. AEPap. 2009. Consultado: junio 2015.

Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/lm_0.pdf

OBSERVACIÓN DE LA LACTANCIA

Bibliografía:

Programa de salud infantil. AEPap. 2009. Consultado: Jun. 2015. Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/lm_0.pdf

Tabla 3. Observación de la lactancia.

OBSERVACIÓN DE LA LACTANCIA	
Nombre de la madre <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre del bebé <input type="text"/>	Edad del bebé <input type="text"/>
Signos de normalidad	Signos de alerta
Posición	Posición
<input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda	<input type="checkbox"/> Hombros tensos, inclinada sobre el bebé
<input type="checkbox"/> Bebé muy junto y bien encarado	<input type="checkbox"/> Bebé separado de la madre
<input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé alineados	<input type="checkbox"/> El bebé ha de torcer o doblar el cuello
<input type="checkbox"/> El mentón toca el pecho	<input type="checkbox"/> El mentón no toca el pecho
<input type="checkbox"/> <i>Bebé bien sujeto por detrás*</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sólo sujeta el hombro o la cabeza*</i>
Respuestas	Respuestas
<input type="checkbox"/> Busca el pecho si tiene hambre	<input type="checkbox"/> El bebé no responde al pecho
<input type="checkbox"/> <i>Movimientos de búsqueda*</i>	<input type="checkbox"/> <i>No hay reflejo de búsqueda*</i>
<input type="checkbox"/> Explora el pecho con la lengua	<input type="checkbox"/> No muestra interés por el pecho
<input type="checkbox"/> Mama tranquilo y despierto	<input type="checkbox"/> Bebé inquieto o lloroso
<input type="checkbox"/> Se mantiene en el pecho	<input type="checkbox"/> Se le escapa el pecho
<input type="checkbox"/> Signos de eyección de la leche (goteo, "apoyo", entuertos)	<input type="checkbox"/> No se observan signos de eyección.
Vínculo afectivo	Vínculo afectivo
<input type="checkbox"/> Abrazo seguro y confiado	<input type="checkbox"/> Abrazo nervioso o flojo
<input type="checkbox"/> La madre le mira a la cara	<input type="checkbox"/> No hay contacto visual entre ambos
<input type="checkbox"/> La madre le acaricia	<input type="checkbox"/> Apenas le toca, o le sacude y atosiga
Anatomía	Anatomía
<input type="checkbox"/> Pechos blandos después de la toma	<input type="checkbox"/> Pechos ingurgitados
<input type="checkbox"/> Pezones salientes, protráctiles	<input type="checkbox"/> Pezones planos o invertidos
<input type="checkbox"/> Piel de aspecto sano	<input type="checkbox"/> Piel irritada o agrietada
<input type="checkbox"/> Pecho redondeado durante la toma	<input type="checkbox"/> Pecho estirado
Succión	Succión
<input type="checkbox"/> Boca muy abierta	<input type="checkbox"/> Boca poco abierta, "morrito"
<input type="checkbox"/> Labio inferior doblado hacia fuera	<input type="checkbox"/> Labio inferior doblado hacia dentro
<input type="checkbox"/> La lengua rodea al pecho	<input type="checkbox"/> No se ve la lengua
<input type="checkbox"/> Mejillas redondeadas	<input type="checkbox"/> Mejillas tensas o hundidas
<input type="checkbox"/> Más areola por encima de la boca	<input type="checkbox"/> Más areola por debajo de la boca
<input type="checkbox"/> Succión lenta, profunda, con pausas	<input type="checkbox"/> Chupadas rápidas
<input type="checkbox"/> Se ve u oye como traga	<input type="checkbox"/> Se oyen chasquidos
Duración	Duración
<input type="checkbox"/> Suelta el pecho espontáneamente	<input type="checkbox"/> La madre lo saca del pecho
Hora de inicio de la toma <input type="text"/>	Hora en que acaba la toma <input type="text"/> <input type="text"/> minutos

* Los signos en cursiva se refieren sólo a recién nacidos, no a niños mayores.



SIGNOS DE POSIBLE AMAMANTAMIENTO INEFICAZ

EN EL LACTANTE:

- Pérdida de peso mayor del 7% respecto al peso de recién nacido.
- Menos de 3 deposiciones/día pasadas las primeras 24 horas de vida.
- Heces meconiales después del 4º día.
- Menos de 6 pañales mojados con orina clara después del 4º día.
- Insatisfecho – irritable, inquieto o somnoliento – después de las tomas.
- Deglución no audible durante las tomas.
- Pérdida de peso después del 3.º día.
- No ganancia de peso a partir del 5º día.
- No recuperación del peso de recién nacido el 10º día.

EN LA MADRE:

- Sin cambios en el peso o tamaño de las mamas y en la composición de la leche el 5º día.
- Dolor de pezones persistente o creciente.
- Congestión mamaria que no mejora amamantando.

Bibliografía:

Programa de salud infantil. AEPap. 2009. Consultado: junio 2015

Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/lm_0.pdf



PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. PRUEBA DEL TALÓN

Desde el 1 de octubre de 2014; las enfermedades que se pueden detectar en Asturias mediante este programa son:

- Hipotiroidismo congénito (HC).
- Fenilcetonuria (PKU).
- Déficit de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD).
- Acidemia glutárica tipo I (GA-I).
- Déficit de 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD).
- Fibrosis quística (FQ).

Disponible en:

https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgn_extoid=4facc74e40600310VgnVCM10000098030a0aRCRD

Descarga del programa:

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Metabolopat%C3%ADas/2014%20Programa%20de%20Cribado%20Neonatal%20del%20PPDO%20Asturias.pdf

Información a las familias:

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/Metabolopat%C3%ADas/INFORMACION%20FAMILIAS%20CN%20A4.pdf



PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL (PADAI)

La Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias pone en funcionamiento en el año 2002, la Unidad de Hipoacusia Infantil del Hospital Universitario Central de Asturias y el Instituto de Atención Temprana y Seguimiento de la Fundación Vinjoy, que es el referente en nuestra Comunidad Autónoma para la deficiencia auditiva. El objetivo principal del PADAI es la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación precoz, (se entiende por precoz antes de los 6 meses en las hipoacusias congénitas y cuanto antes en las adquiridas) de todos los niños y niñas asturianos con hipoacusia, con el fin de garantizar su desarrollo integral y una vida adulta independiente. Es un programa universal, integral y coordinado, que, partiendo de una detección precoz del déficit de audición, y dentro del mismo programa, se completa el diagnóstico, se trata, rehabilita y sigue a los niños/as, desde el nacimiento, hasta los 16 años. Es un ejemplo de coordinación entre diferentes ámbitos de la administración pública y del sector asociativo. En la evaluación que se ha realizado del programa en el año 2014 se ha constatado una altísima participación y aceptación social, junto a una tasa de detección del 2,8 por mil niños cribados.

Tabla 4 .*Relación de archivos de interés .*

DESCARGAS DE ARCHIVOS:
Unidades Cribado PADAI Áreas Sanitarias pdf
Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil pdf
Evaluación del programa PADAI 2002-2006 pdf
Guion para los profesionales de la atención al parto pdf
Información y asesoramiento a las familias del niño hipoacusico pdf
Tu hijo y tú. Una guía para familias pdf
Tríptico: Presta Atención a su Oído: os entenderéis mejor pdf
Cartel sobre el Banco de Audífonos pdf
Presentación del Programa PowerPoint

UNIDAD DE HIPOACUSIA INFANTIL.

Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de ORL. Av.Roma, s/n. 33011. Oviedo. Tfno.: 985 10 80 00. Ext: 39140.

E-mail: hipoacusia.gae4@sespa.es

INSTITUTO DE ATENCIÓN TEMPRANA Y SEGUIMIENTO. FUNDACIÓN PADRE VINJOY. Avda. de los

Monumentos, 61-C. 33012. Oviedo. Tfno.: 985 11 89 09 y 655 94 99 51.Fax: 985 11 84 48. E-mail: iatys@vinjoy.es



PROTOCOLO NEONATAL - EXPLORACIÓN FÍSICA

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES



PREMATUROS. TABLA DE CRECIMIENTO INFANTIL PARA NIÑOS/AS (PESO, TALLA Y PERÍMETRO CEFÁLICO) DR.FENTON

Utilizar en prematuros desde la semana 22 de edad gestacional (EG), hasta 10 semanas después de la 40 (semana considerada como a término) es decir, hasta la semana 50 de EG.

Disponible en OMI o en: <http://ucalgary.ca/fenton/2013chart>

Gráfico 1. *Curvas de crecimiento de niños*

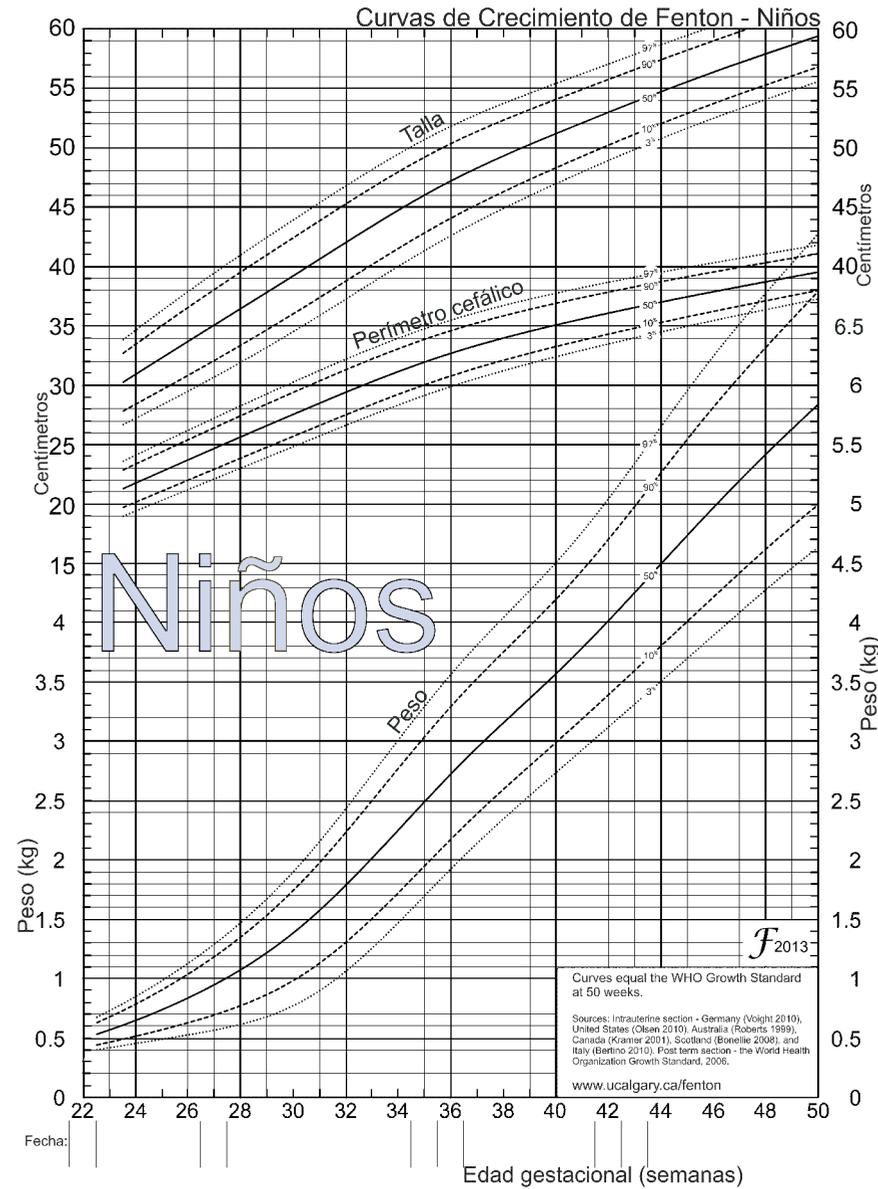
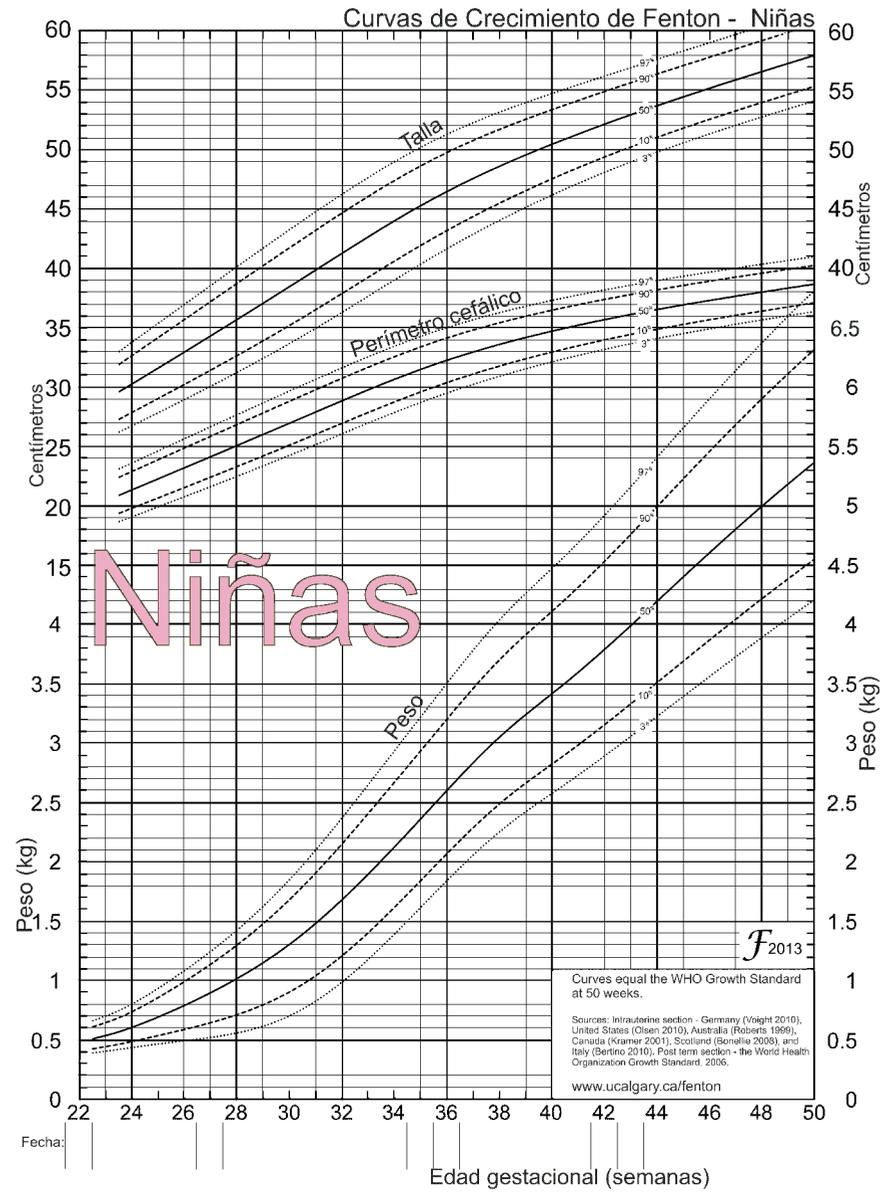


Gráfico 2. Curvas de crecimiento de niñas.





GRÁFICAS DE CRECIMIENTO COMPLEMENTARIAS

ESTUDIOS ESPAÑOLES DE CRECIMIENTO.

Disponibles en OMI o en: http://www.aeped.es/sites/default/files/eecweb14_09_10.pdf

Estudios Españoles de Crecimiento 2010



Transversal

- Población caucásica autóctona
 - RN 26 - 42 semanas de edad gestacional Pág. 3
 - RN - Talla adulta Pág. 7
- Población inmigrante Pág. 23

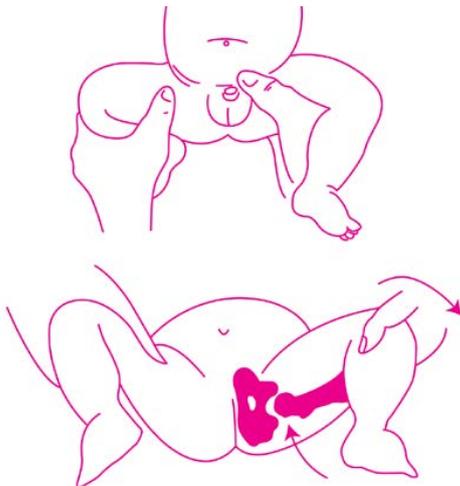
Longitudinal Pág. 24

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

EXPLORACIÓN

MANIOBRAS DE ORTOLANI Y BARLOW EN PERIODO NEONATAL PRECOZ.

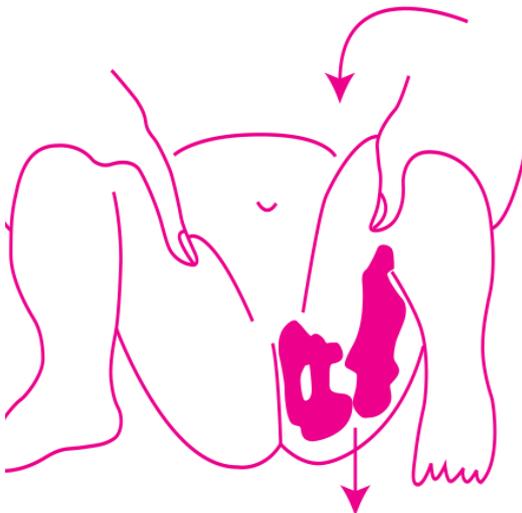
Imagen 51. *Maniobra de Ortolani*



La maniobra de Ortolani pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y flexionándole las caderas y rodillas 90° a base de pinzarle el muslo entre nuestro pulgar por la cara interna y el 2° y 3^{er} dedo que apretarán el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se estira, con nuestros dedos 2° y 3° presionando el trocánter hacia dentro, hacia el borde acetabular. Si hay luxación y se reduce oiremos un "cloc" fuerte y notaremos el resalte del muslo que se alarga.

La percepción de un chasquido, crepitación o clic es normal y no debe inducir a sospecha clínica de DEC.

Imagen 52. *Maniobra de Barlow*



La maniobra de Barlow busca provocar la luxabilidad de una cadera reducida. Se realiza en decúbito supino con las caderas en una abducción de 45°. Mientras una cadera fija las pelvis, la otra se moviliza suavemente en adducción y abducción intentando deslizarla sobre el borde acetabular, intentando luxarla al adducir empujando con el pulgar el cuello del fémur hacia afuera y hacia atrás mediante una presión axial sobre la diáfisis, y luego reduciéndola en abducción.

La limitación de la abducción > de 60 grados (se considera normal una abducción de hasta 75) es un signo muy específico en el lactante ya que tras el período neonatal precoz las maniobras de Ortolani y Barlow ya no están indicadas por bajar su sensibilidad. La exploración de caderas (abducción y asimetrías) debe realizarse en todos los controles ulteriores de salud hasta el año.

Ante una exploración clínica dudosa o anormal, o ante la presencia de, al menos, 2 de los tres marcadores de riesgo: sexo femenino, parto de nalgas y antecedente familiar de DEC, se debe realizar ecografía de caderas tras el primer mes de vida (entre las 4 y las 8 semanas). La radiografía de caderas se realiza a partir del 6 mes de vida.

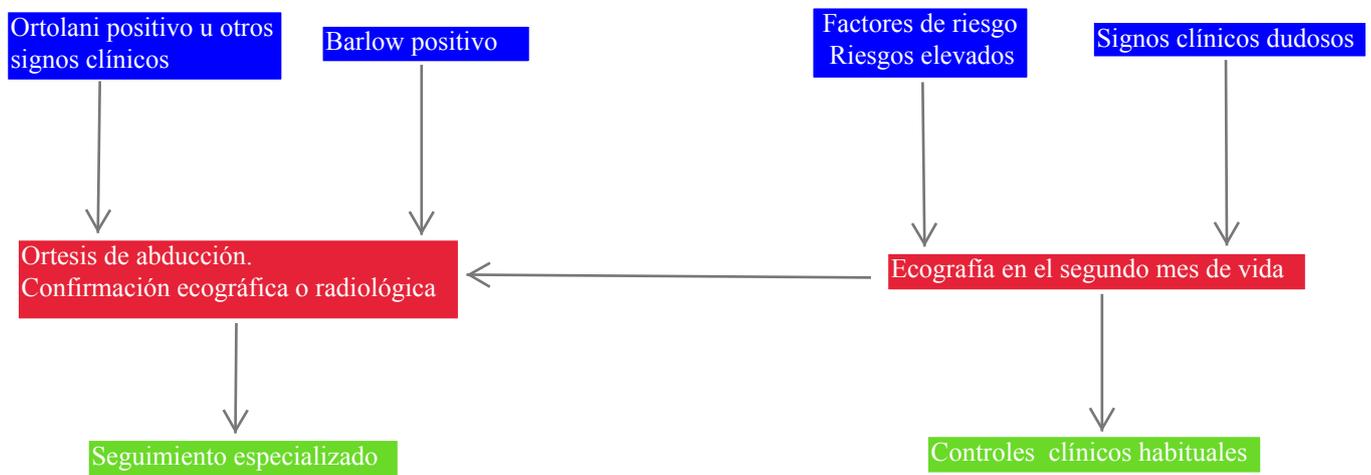
Se recomienda que ante una maniobra clínica positiva el niño sea remitido a un ortopeda.

Bibliografía:

Programa de salud AEPap / 2009

Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cadera.pdf>

Algoritmo 1. *Tratamiento, seguimiento y derivación hasta los 6 meses de vida.*



Bibliografía: PSI/AEPap/2009. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cadera.pdf>



SEGUIMIENTO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA DESDE EL NACIMIENTO



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
GERENCIA ÁREA SANITARIA IV
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

GUÍA CLÍNICA PARA
SEGUIMIENTO DE LA
DISPLASIA LUXANTE
DE CADERA (DLC)

Servicio de Neonatología

OBJETIVO:

Detección precoz de displasia luxante de cadera (DLC) también denominada displasia evolutiva de cadera (DEC).

ESCENARIO 1.- Situación del neonato con dos o más factores de riesgo:

- Recién nacido mujer
- Presentación podálica (nalgas)
- Antecedentes de DLC/DEC en familiares de primer grado y/o clínica sugerente:
 - Signo de Ortolani (cadera luxada reductible) o Barlow (cadera luxable) positivos
 - Limitación de la abducción de la cadera.

En cuanto a otros marcadores de riesgo como deformidades posturales, oligoamnios, parto distócico... no hay actualmente evidencia del grado de riesgo y, por tanto, su presencia aislada no debe conducir a la indicación de una prueba de imagen (ecografía), sino que bastará con la exploración clínica estándar.

Las deformidades mayores de miembros inferiores se obvian en este documento, ya que de por sí indicarían derivación a Ortopedia Infantil.

HOSPITAL

- Solicitud de ecografía de caderas para realizar a las 4-8 semanas de vida.
- Recomendación de que acuda a la consulta de su pediatra dos días después de realizar la ecografía, para su informe.

CENTRO DE SALUD

- Control clínico en las revisiones de los 15 días y el mes e informe de la ecografía en cuanto sea realizada:
 - Si la ecografía resulta patológica derivación *urgente** a Ortopedia Infantil.

- Si la ecografía es normal, el seguimiento se hace en Atención Primaria.

ESCENARIO 2.- Situación de neonato sin factores de riesgo que en las exploraciones al nacimiento y al alta del hospital no presenta clínica sugerente de DLC/DEC, incluyendo el *clic* de cadera, que se considera normal.

Centro de salud:

- Si en el primer control del Programa de Salud Infantil (PSI) se observa disimetría (signo de Galeazzi), limitación de la abducción o asimetría de pliegues, se solicitará ecografía de caderas preferente para que sea realizada a las 4-8 semanas de vida:
 - Si la ecografía es patológica se realiza derivación *urgente* a Ortopedia Infantil.
 - Si la ecografía es normal, se hace seguimiento periódico.

Se colocan las caderas y rodillas flexionadas a 90° con tibias y tobillos juntos, percibiéndose diferente longitud de los muslos en el caso de luxación. Con el niño en esta posición apreciaremos si una rodilla queda más baja que la otra.

Se recomienda la exploración de caderas (abducción y asimetrías) a todos los lactantes, en todos los controles de salud del PSI, hasta el año de vida.

Si en cualquier momento presenta signos clínicos sugerentes de DLC/DEC (disimetría, limitación de la abducción o asimetría de pliegues), se solicitará ecografía de caderas preferente si es menor de 3 meses o radiografía de caderas en posición de Von Rosen en caso de ser mayor. De ser el resultado positivo, se derivará de forma *urgente** a Ortopedia Infantil, asegurándose de que en todo caso es visto antes del comienzo de la deambulación.

Imagen 53. Signo de Galeazzi

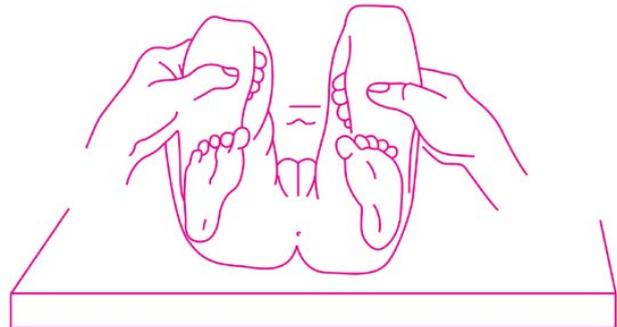
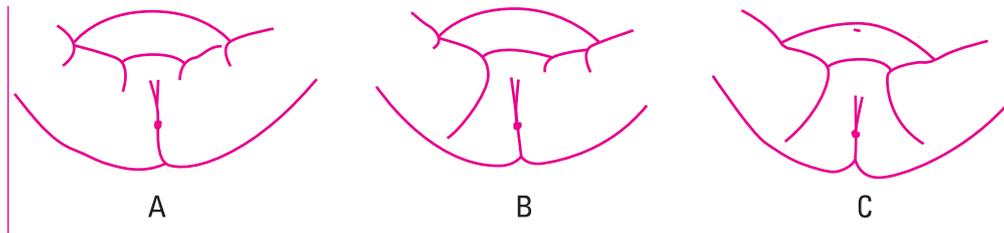


Imagen 54. *Asimetría de pliegues.*

A: Los pliegues no llegan a la región anal.

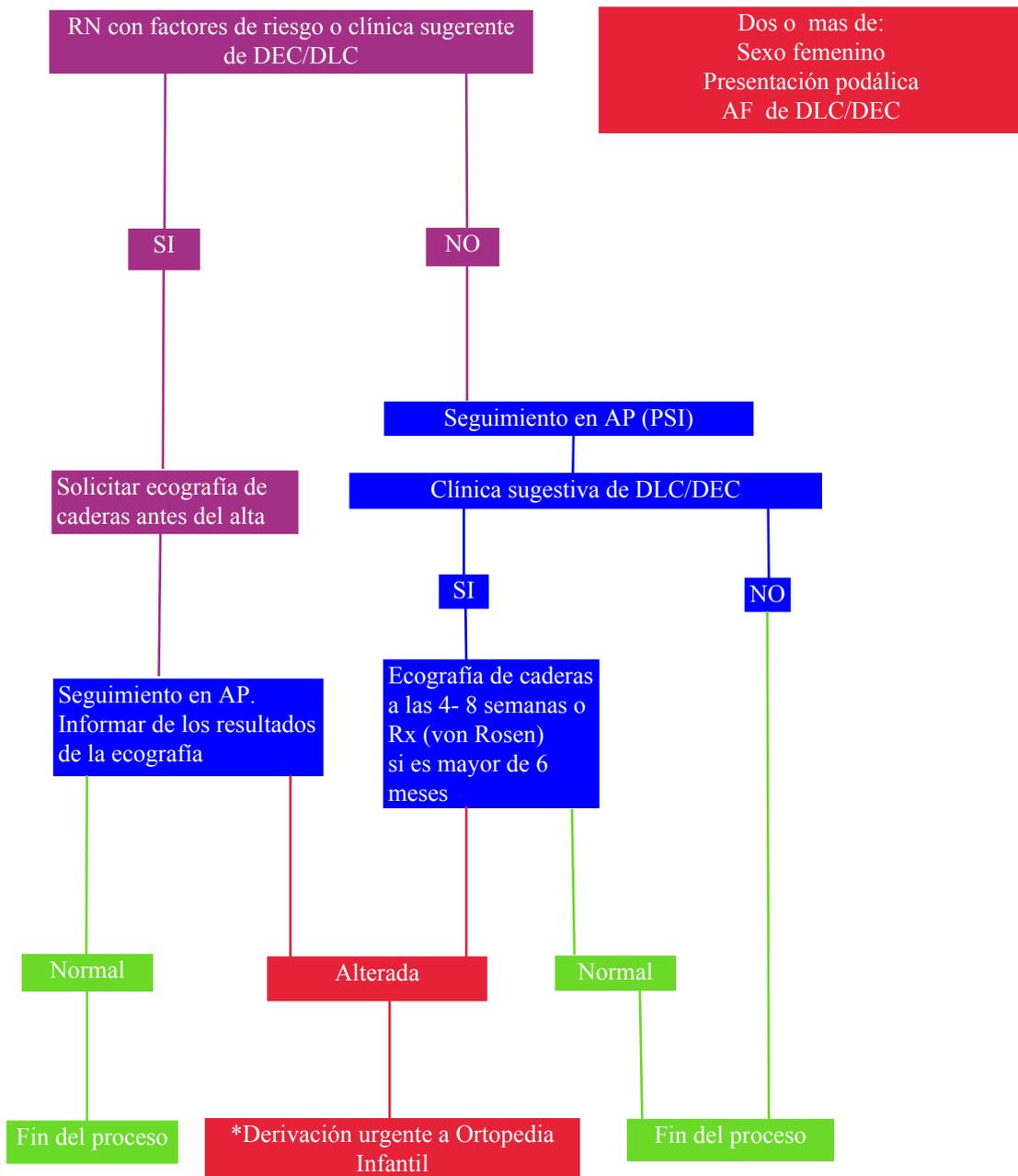
B: Los pliegues de un lado llegan más allá del ano sugiriendo una displasia de ese lado.

C: Los pliegues de ambos lados llegan más allá del ano sugiriendo displasia bilateral.

A DESTACAR

1. El buen encaje a presión del fémur en abducción induce el desarrollo de la cavidad acetabular. Sin embargo, una excesiva abducción forzada supone un riesgo de necrosis de la cabeza femoral.
2. Los marcadores de riesgo agrupan más del 60% de casos, por lo que su presencia obliga a la práctica sistemática de ecografía de caderas entre las 4 y las 8 semanas de vida.
3. El 50% de los casos de DLC/DEC se diagnostican mediante las maniobras de Ortolani y Barlow en el período neonatal precoz.
4. Un *clic* en una o ambas caderas al nacimiento es un signo inespecífico no indicativo de DLC/DEC, por lo que su presencia no es motivo de realización de pruebas de imagen.
5. Hasta el 35% de casos de DLC/DEC pueden ser de diagnóstico tardío, lo que obliga a la exploración clínica cuidadosa de las caderas en cada control de salud del primer año.
6. La exploración de caderas (abducción forzada y asimetrías) en cada control del período postneonatal busca la presencia de signos indirectos de luxación tardía, cuando las maniobras de Ortolani y Barlow ya no están indicadas.
7. Ante una exploración dudosa o ante la presencia de marcadores de riesgo se recomienda hasta los 3 meses de edad hacer ecografía (mejor practicarla entre las 4 y las 8 semanas); si es mayor de 3 meses, radiografía en posición de von Rosen.
8. La presencia de una cadera luxada no reductible obliga a la derivación inmediata a Ortopedia Infantil.

Algoritmo 2. Diagnóstico y seguimiento de la DEC/DLC



DLC/DEC :Displasia luxante de cadera/Displasia evolutiva de caderas
PSI: Programa de Salud Infantil
AF: antecedentes familiares

*La derivación urgente a Ortopedia infantil debe realizarse hasta que se resuelvan los motivos de tipo coyuntural que han producido esta recomendación por parte del Servicio de referencia. Cuando se den las circunstancias adecuadas puede producirse un cambio sobre el carácter urgente de la derivación que se indica en el momento de la elaboración de este documento. Conviene que los profesionales se mantengan informados sobre los cambios que puedan sobrevenir si las actuales circunstancias cambiasen.



Bibliografía:

1. Shorter D, Hong T, Osborn DA. Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. *Evid.-Based Child Health* 2013;8:11-54. [consultado 10-03-2014].
2. 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;164:1669-77. [consultado 10-03-2014].

Disponible en:

http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2012/09/1669.full_.pdf?e4494f

3. Sánchez Ruiz-Cabello, FJ. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En *Recomendaciones Previnfad / PAPPS* [en línea]. Actualizado octubre de 2006. [consultado 10-03-2014].

Disponible en:

<http://www.aepap.org/previnfad/Cadera.htm>

4. Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Developmental Dysplasia of the Hip Practice Guideline: Technical Report. *Pediatrics* 2000;105:e57 [consultado 10-03-2014].



GUÍA DE LAS ALTERACIONES VISUALES DEL NEONATO Y LACTANTE

FACTORES DE RIESGO DE AMBLIOPÍA, ALTERACIONES DE LA REFRACCIÓN Y OTRAS ALTERACIONES VISUALES EN NEONATOS Y LACTANTES

FACTORES PERSONALES

- Recién nacido de menos de 1.500 g o antes de las 30 semanas de gestación.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Retinopatía del prematuro.
- Desórdenes neurológicos o retraso del desarrollo madurativo.
- Anormalidades craneofaciales.
- Enfermedades tiroideas.
- Síndromes generales asociados con anomalías oculares.
- Tratamiento de larga duración con corticoides o fármacos con efectos oculares.
- Sospecha de maltrato infantil.

FACTORES FAMILIARES

- Retinoblastoma.
- Cataratas en la infancia.
- Glaucoma infantil.
- Degeneración retiniana.
- Estrabismo.
- Ambliopía.
- Miopía magna.
- Historia de ceguera no asociada a traumatismo.

DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO VISUAL NORMAL

- 1º mes: observa la cara de su madre. Mira un objeto oscilante 90º.
- 2º mes: sigue a una persona que se mueve. Sigue un objeto móvil 90º.
- 3º mes: fija-converge-enfoca. Sigue un objeto móvil 180º.
- 3-6 meses: se mira la mano.
- 4º mes: sonrío a su imagen en el espejo.
- 7 meses: toca su imagen en el espejo.
- 9 meses: se asoma para ver un objeto.



PROCEDIMIENTOS EN NEONATOS Y LACTANTES

- Antecedentes familiares y personales.
- Preguntas y observación del comportamiento visual.
- Exploración externa.
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Reflejo rojo.
- Reflejo corneal a la luz.
- Prueba de oclusión unilateral (cubrir y descubrir).

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL OFTALMÓLOGO DE 0 A 6 MESES

- Alteraciones oculares tales como ptosis, lesiones corneales, leucocoria o nistagmo.
- Reflejo rojo ausente o asimétrico.
- Estrabismo fijo.

Bibliografía:

Programa de Salud Infantil. AEPap. 2009. Consultado: junio 2015. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/vision.pdf>



GUÍA DEL DESARROLLO AUDITIVO

DESARROLLO AUDITIVO NORMAL

- 0-4 meses: debe asustarse con los ruidos y tranquilizarse con la voz de la madre. Cesa momentáneamente su actividad cuando oye un ruido como una conversación.
- 5-6 meses: 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 meses: debe localizar correctamente los ruidos en cualquier plano. Debe responder a su nombre, aunque sea en voz baja.
- 13-15 meses: debe señalar un ruido inesperado o a personas u objetos familiares si se le pide.
- 16-18 meses: 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 meses: debe señalarse las partes del cuerpo cuando se le pide.
- Hacia los 21-24 meses, se le puede enseñar a responder en una audiometría.

Bibliografía:

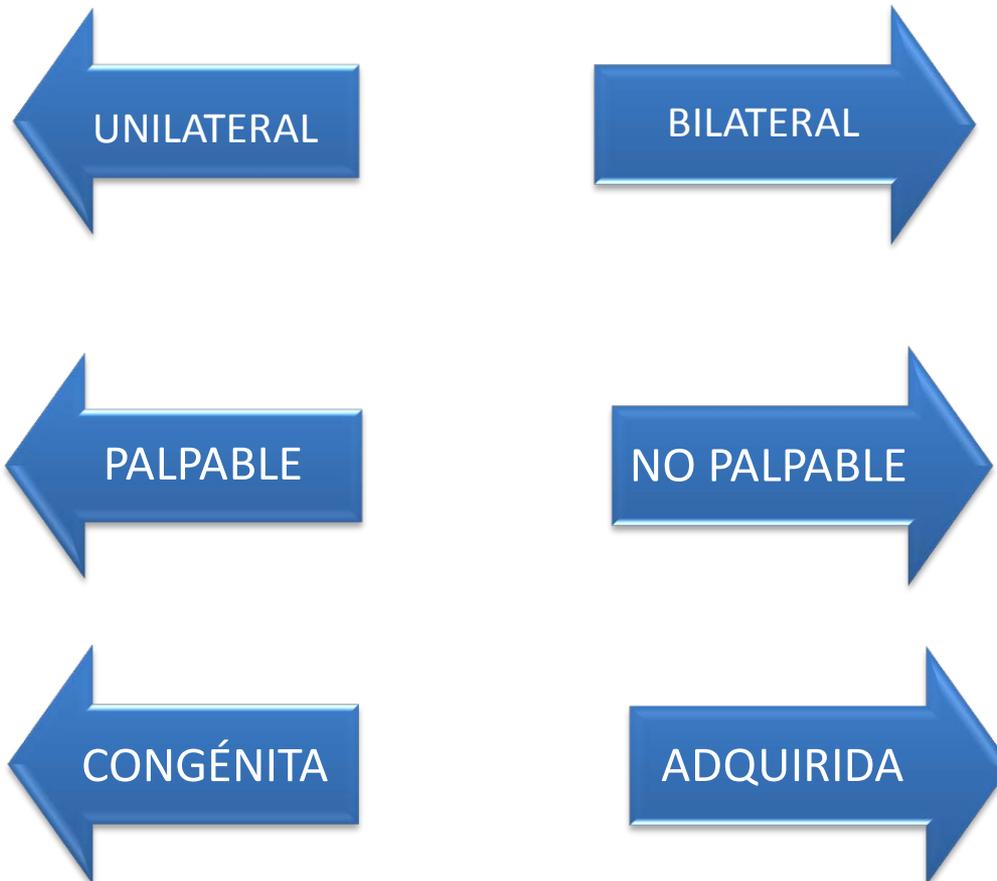
Programa de Salud Infantil / AEPap / 2009 : <https://www.aepap.org/sites/default/files/hipoacusia.pdf>

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CIRUGÍA PEDIÁTRICA HUCA-PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SESPA
EN EL TESTICULO NO DESCENDIDO
(CRPTORQUIDIA)

Autor: Víctor Álvarez Muñoz. Jefe de servicio de Cirugía Pediátrica del HUCA. Con la colaboración de la Asociación Asturiana de
Pediatría de Atención Primaria.



TESTÍCULO NO DESCENDIDO (CRIPTORQUIDÍA)



CONCEPTOS:

- Testículos no descendidos CONGÉNITOS BILATERALES:
 - Descartar desórdenes del desarrollo sexual (cariotipo).
 - Descartar hiperplasia adrenal congénita (cariotipo, electrolitos, perfil hormonal).
 - Niveles de testosterona y MIS.
- CRIPTORQUIDIA ADQUIRIDA
 - Niño con teste/s que descendió a bolsa (constatado por un pediatra/cirujano pediátrico) y que asciende con el desarrollo.
 - Cirugía AL DIAGNÓSTICO.
- CRIPTORQUIDIA SECUNDARIA O TESTE ATRAPADO
 - Testículo retenido tras procedimientos quirúrgicos inguinales, inflamación o traumatismo.



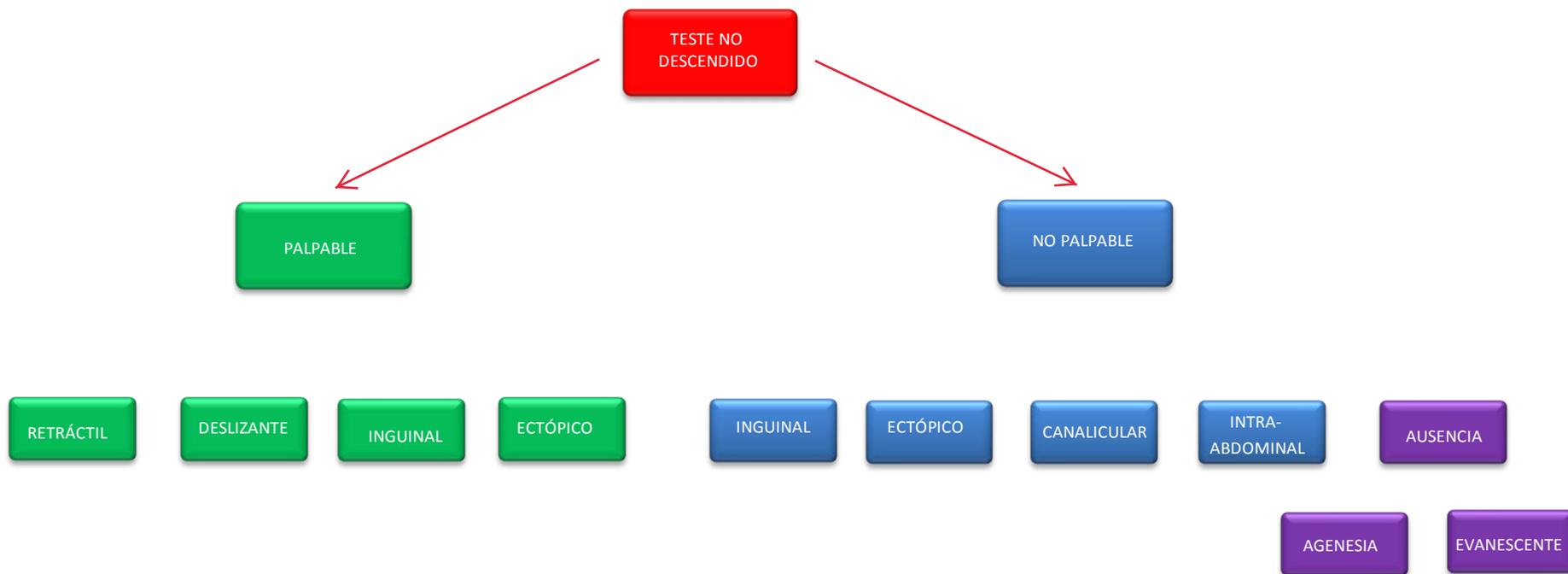
PRUEBAS DE IMAGEN

- La ecografía **NO** debe incluirse en el diagnóstico del teste no descendido.
- TC y RM no deben usarse.

TERAPIA HORMONAL

NUNCA

Figura 1. Clasificación de la Criptorquidia congénita.





CONCEPTOS

- Teste retráctil:
 - Se puede manipular a bolsa y, tras 30 segundos de sujeción, de mantiene en bolsa. Repetir el procedimiento 2-3 veces.
 - NO se opera.
 - Hay que revisarlo anualmente.

- Testículo deslizante (“gliding”) ascensor:
 - Se manipula a bolsa y, al soltar la tracción, reasciende.
 - Precisa corrección quirúrgica.



CONCEPTOS

- Testículo ectópico.
 - Situado fuera del “camino normal” de descenso testicular.
 - Siempre tratamiento quirúrgico.
 - Clasificación:
 - Inguinal: Denis Browne.
 - Perineal.
 - Femoral.
 - Pubo-peneana.
 - Transversa.



CONCEPTOS

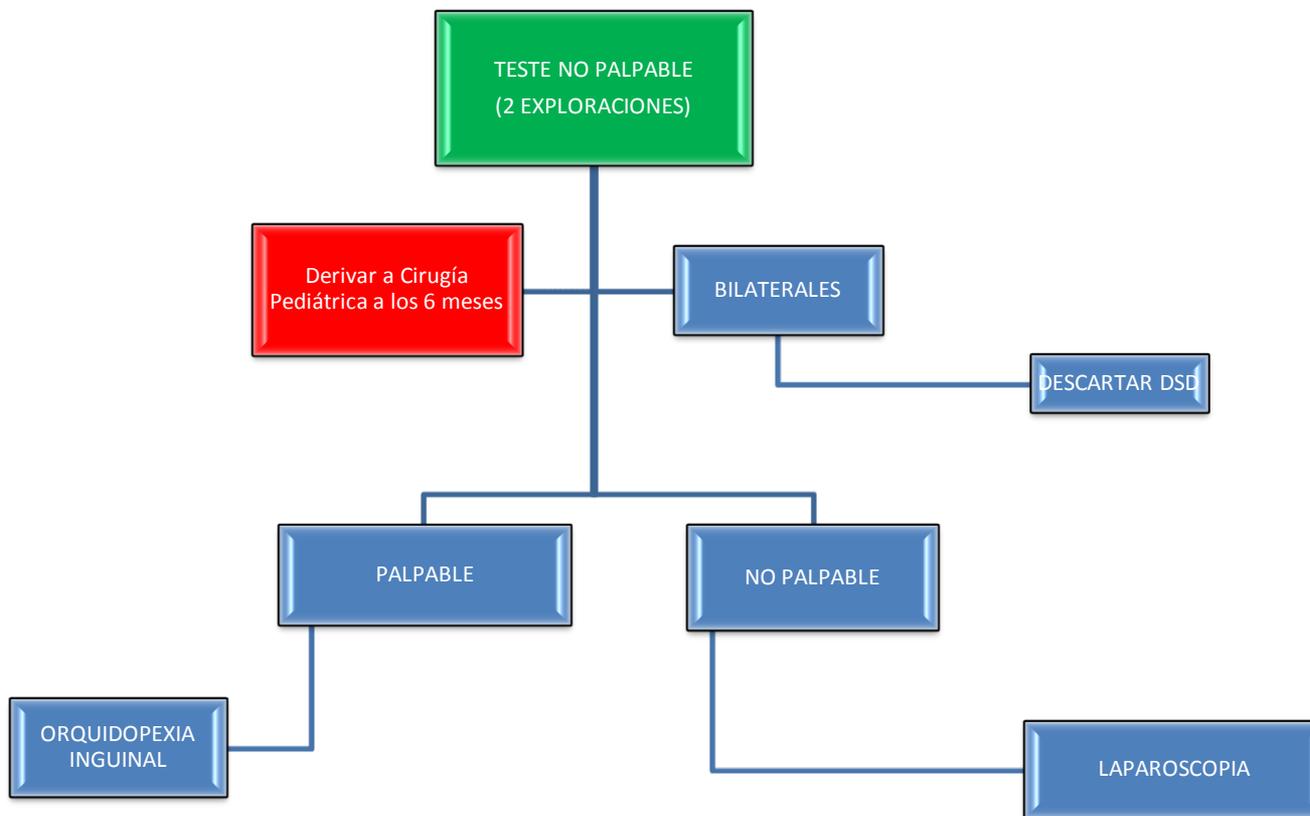
- Testículo canalicular.
 - Situado dentro del canal inguinal.
 - Por definición, no palpable.
- Testículo intra-abdominal.
 - Alto > 2 cm de anillo inguinal interno.
 - Bajo < 2 cm de anillo inguinal interno.
 - “Peeping”: colgando del anillo inguinal interno.



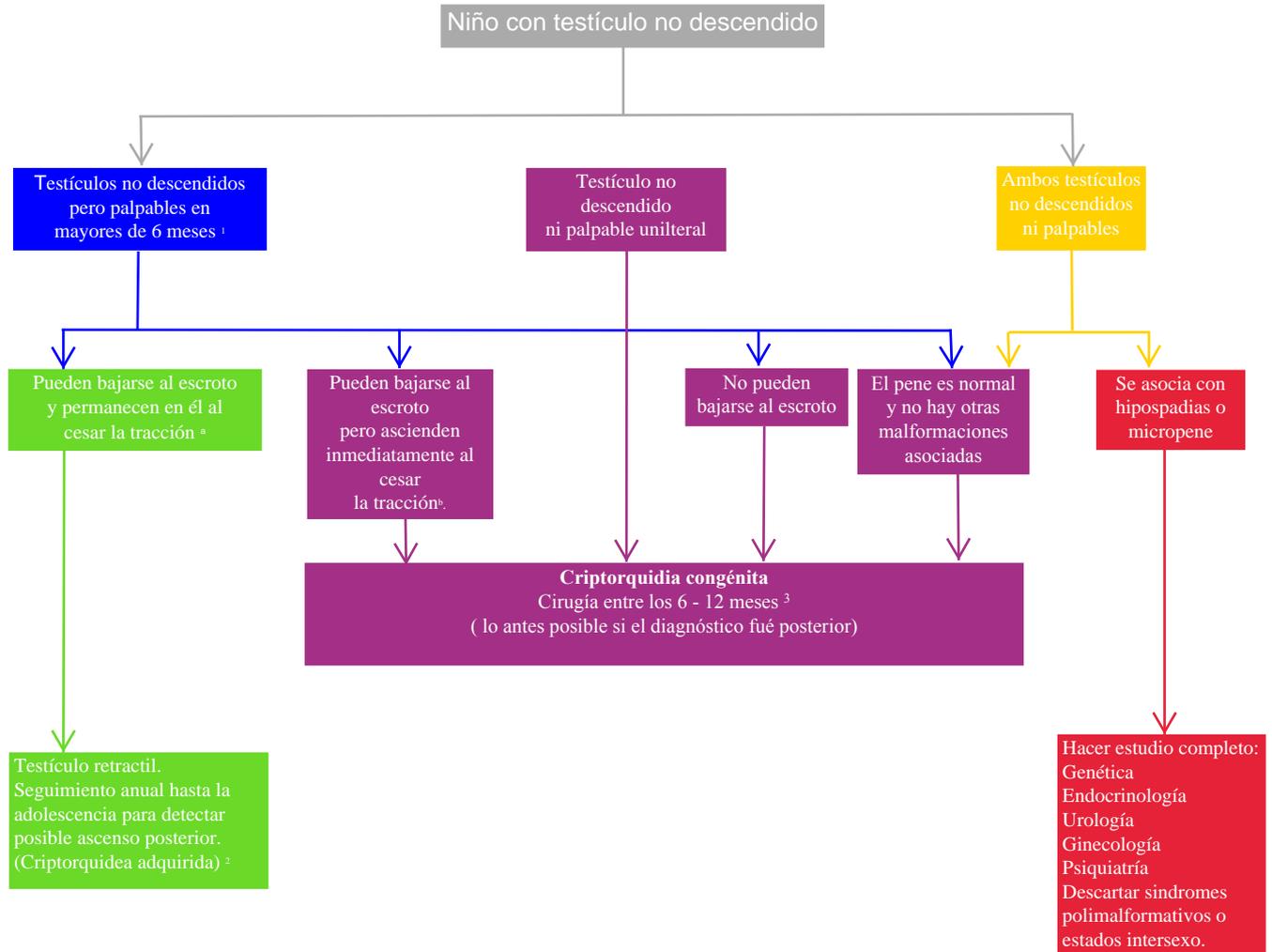
CONCEPTOS

- Teste evanescente (“vanishing”).
 - Secundario a torsión intra-útero.
 - El cordón espermático se afila en su parte distal.
 - Sin restos testiculares o con mínimo remanente.

Algoritmo 3. Manejo del testículo no descendido congénito



Algoritmo 4. Actitud ante la Criptorquidia.



1. Generalmente constará en la historia clínica que se palparon entre el nacimiento y los 6 meses.

2. Además de la criptorquidia congénita existe la adquirida en la que un conducto peritoneo-vaginal persistente -que al colapsarse se convierte en un tracto fibroso corto- provoca el progresivo ascenso del testículo hacia la cavidad abdominal. Esto es más frecuente en obesos. Debe explorarse a los 5 años. Cirugía al diagnóstico

3. Por riesgo de degeneración en la criptorquidia congénita (el desarrollo testicular no se completa hasta después del nacimiento y solo adecuadamente si el testículo está en el escroto) con consecuencias en la fertilidad. Los testículos intraabdominales tienen mayor riesgo de degeneración maligna.

- La terapia hormonal NO ESTÁ INDICADA en la actualidad.
- a) El testículo deslizante es el que asciende nada más retirar la tracción
- b) El retractil es el que asciende al contraerse el cremaster, pero se desciende sin dificultad y se mantiene en el escroto al cesar la tracción.



PROTOCOLO NEONATAL- PSICOMOTOR
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES



FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL (PCI)

RIESGO ELEVADO DE PARÁLISIS CEREBRAL, DÉFICIT SENSORIAL, MOTRIZ Y/O PSICOAFECTIVO

JUSTIFICACIÓN:

- La prevalencia de PCI oscila entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos.
- Una detección precoz para su derivación es fundamental para garantizar un mejor pronóstico.

DEFINICIÓN:

- Grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o en los primeros días de vida.

POBLACIÓN DIANA:

- Todos los niños de 0 a 24 meses

RIESGO ELEVADO DE PCI POR CAUSAS ORGÁNICAS:

- Nacidos de menos de 1.500 gramos o menores de 32 semanas de edad gestacional.
- Convulsiones neonatales o síntomas neurológicos > 7 días.
- Antecedente de pérdida del bienestar fetal:
 - Apgar < 3 a los 5 minutos o pH arteria umbilical < 7.
 - Necesidad de ventilación mecánica prolongada.
 - Hiperbilirrubinemia > 25 MG/dl.
 - Incompatibilidad Rh, A-B-O.
 - Antecedente de infección congénita pre o posnatal del SNC.
 - Hijo de madre VIH, o adicta a drogas y/o alcohólica.
 - Trauma craneal: pruebas de neuroimagen patológicas (hemorragia, hidrocefalia...).
- Trastornos genéticos dismórficos o metabólicos en familiares directos.
- Síndromes polimalformativos.
- Riesgo de hipoacusia por A.F. de sordera o administración de ototóxicos.



RIESGO ELEVADO POR CAUSAS PSICOSOCIALES

POR PARTE DEL NIÑO

- Gemelaridad.
- Patología somática precoz (hospitalizaciones prolongadas o frecuentes).

POR PARTE DE LA RELACIÓN NIÑO-ENTORNO:

- Separaciones repetidas o prolongadas.
- Carencias afectivas/materiales.
- Malos tratos.

POR PARTE DEL ENTORNO FAMILIAR

- Conflictos abiertos.
- Separación.
- Enfermedades crónicas somáticas o psiquiátricas (depresión materna, adicciones...).
- Muerte de uno de los padres.
- Familia monoparental.
- Padres adolescentes.

POR PARTE DEL ENTORNO SOCIO-ECONÓMICO

- Problemas socio-familiares.
- Falta de recursos económicos.

SIGNOS DE ALERTA DE PCI EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA

- Cualquier anormalidad del tono.
- Dificultades para el control cefálico desde el 2º mes.
- Tendencia abductora de las extremidades inferiores (piernas de tijera). Dificultad para llevar las manos a la línea media (hombros posteriores).
- Menor utilización de una mano que puede ser interpretada por los padres habitualmente como una preferencia manual, diestro vs. zurdo (normal entre los 18-24 meses).
- Se debe hacer la pregunta directa a los 4-6 meses sobre si utilizan por igual ambas manos.
- Sospecha clínica ante cualquier desarrollo asimétrico.
- Tendencia a puño sostenido, reflejo de prensión palmar y pulgar incluido mantenido.



Bibliografía:

1. Programa de salud infantil / AEPap / 2009. Disponible en :
<https://www.aepap.org/sites/default/files/psicomotor.pdf>
2. Galbe Sánchez-Ventura J, y cols. Atención orientada al desarrollo, supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:101-126. Disponible en:
<http://archivos.pap.es/files/1116-519-pdf/544.pdf>
3. Andrew M. Morgan, Jean C. Aldag. Early Identification of Cerebral Palsy Using a Profile of Abnormal Motor Patterns
Disponible en:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/98/4/692>
Visitado el 12-09-2018.

Detección precoz de la PCI . Test EMPP. (Early Motor Pattern Profile).^{2,3}

El uso de pruebas de cribado basadas en la observación-puntuación de patrones de movimiento anormales en niños de 6 a 12 meses permite un diagnóstico más precoz de la parálisis cerebral. Pero no se debe entender como un cribado ya que es más conveniente concebir la supervisión del desarrollo psicomotor como una actividad longitudinal, oportunista y pragmática, de modo que cabe utilizar estas escalas pero sin exagerar su valor. La supervisión del desarrollo psicomotor así como la promoción de éste abarcan un campo mucho más amplio que las actividades de cribado. Tradicionalmente se venía considerando esta actividad como una más de las múltiples actividades de cribado que hay que desarrollar en la infancia, mediante la utilización de una serie de escalas y herramientas diseñadas para tal finalidad. Este punto de vista ha sido criticado por numerosos autores que opinan que la supervisión del DPM no encaja bien en esta concepción del cribado.

La aplicación de pruebas que valoran los patrones anormales de postura y tono muscular pueden ayudar al diagnóstico de la PCI en poblaciones de niños de alto riesgo para esta patología. Existen test diseñados para ello como el “Early Motor Pattern Profile” (EMPP) que contribuirán a un diagnóstico e intervención precoces en estos niños.

El perfil del patrón motor temprano (EMPP) consta de 15 elementos que reflejan las variaciones en el tono muscular, los reflejos y el movimiento que se han organizado en un formato estandarizado para proporcionar al clínico una imagen objetiva del estado neurológico. Se aplicó un sistema de puntuación de tres puntos a cada ítem, delineando una respuesta claramente normal de una claramente anormal y colocando todas las respuestas parciales o inconsistentes en el medio.



El EMPP ofrece al clínico un instrumento eficaz para identificar a los niños en el primer año de vida que están en mayor riesgo de desarrollar parálisis cerebral. El EMPP se puede incorporar a una visita de mantenimiento de la salud programada, agregando solo unos minutos al proceso, y con alta sensibilidad y especificidad.

El EMPP tiene una sensibilidad del 87,1% a los 6 meses, con una especificidad del 97,8% para un punto de corte de más de 9 puntos; a los 12 meses estas cifras son del 91,5% y 97,9% para un punto de corte de más de 3 puntos respectivamente, lo que nos da una idea de su potencial. [Recomendación II-1-B]

Tabla 4. *Test Early Motor Pattern Profile (EMPP) para cribado de PCI (tomado de A. Morgan y J. Aldag)*

Patrón motor	Puntuación 0	Puntuación 1	Puntuación 2
Rezagamiento de la cabeza	No	< 30°	> 30°
Se escurre entre las manos	No	Parcialmente	Se escurre entre las manos
Astasis (estabilidad)	Ninguna	Parcial	Ausencia de estabilidad
Abducción de la cadera	Normal	Rígido/laxo	Adducción completa
Ángulo de dorsiflexión del tobillo	Normal	Rígido/laxo	Extensión completa
Reflejo aquileo	1-2+	0 ó 3+	Clonus
Reflejo tónico laberíntico	Resuelta	Resolviéndose	Obligado
Reflejo tónico asimétrico del cuello	Resuelta	Resolviéndose	Obligado
Extensión protectora (paracaídas)	Funcional	Inciciándose	Ausente
Equilibrio en sedestación	Funcional	Iniciándose	Ausente
Empuñamiento del pulgar	No	Inconstante	Obligada
Retracción de los hombros	No	Inconstante	Obligada
Extensión tónica (al levantar o empujar hacia atrás)	No	Inconstante	Obligada
Cruce de piernas en tijera	No	Inconstante	Obligada
Equinismo	No	Inconstante	Obligada

Metodología para puntuar.

Punto de corte para pasar el test:

6 meses : > 9 (Se: 87,1%; Sp: 97,8%)

12 meses : 0-3 (Se: 91,5%; Sp: 97,9%)

Se puntuará con un 0 si la anomalía o el patrón motor correspondiente no se presenta nunca. Se asignará un 1 si es inconstante o incompleta y con un 2 cuando es una anomalía que se presenta siempre o de forma obligada con una maniobra determinada.

Glosario de términos.

1. Llevar hasta la posición de sedestación desde el supino y comprobar la alineación de la cabeza con el tronco.
2. Se escurre entre las manos: se suspende entre las manos en posición vertical y se evalúa la fuerza que hay que hacer en sentido lateral para que no se escurra entre las manos.
3. Astasis: colocarlo en suspensión vertical en posición bípeda y valorar cómo soporta el peso del cuerpo.
4. Abducción de la cadera: con las piernas y las rodillas flexionadas valorar la resistencia ofrecida a la maniobra de abducción.
5. Dorsiflexión del tobillo: con las piernas extendidas, flexionar pie y tobillo y evaluar la resistencia ofrecida.
6. Reflejos tendinosos profundos: valorar la respuesta a nivel aquileo.
7. Reflejo tónico asimétrico del cuello: flexionar la cabeza hacia uno y otro lado desde la posición supina y observar la respuesta de las extremidades superiores.
8. Reflejo tónico laberíntico: colocar las manos bajo los hombros en posición supina, elevar suavemente y observar los esfuerzos para flexionar el tronco hacia delante.
9. Equilibrio en sedestación se realiza sosteniéndole sentado sobre el regazo y desplazando su cuerpo hacia uno y otro lado para valorar los esfuerzos que hace por mantener la posición neutral.
10. Extensión de protección o reacción en paracaídas que se realiza desde la posición sentada empujándole levemente y valorando la reacción de extensión lateral en paracaídas.
11. Empuñamiento cuando las manos permanecen empuñadas, cerradas y apretadas reposo.
12. Retracción de los hombros cuando los brazos están flexionados y los hombros retraídos en sedestación.
13. Extensión tónica se puede provocar al empujarle hacia atrás en sedestación o cuando se le levanta desde posición supina.
14. Cruce de piernas en tijera que se produce cuando las piernas se sitúan en abducción al ponerle en suspensión vertical.
15. Equinismo es la reacción de colocar los dedos de los pies en extensión al colocarle en suspensión vertical.



Bibliografía:

1. Programa de salud infantil / AEPap / 2009. Disponible en internet
<https://www.aepap.org/sites/default/files/psicomotor.pdf>
2. Galbe Sánchez-Ventura J, y cols. Atención orientada al desarrollo, supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:101-126. Disponible en internet:
http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPoZ3tiJp2PXPhIKyv3LnqQm_pdf%2F544.pdf&usg=AFQjCNF4GVgg7mzbixoQ07mDSIngCQRBUA
3. Morgan A, Aldag J. Early identification of cerebral palsy using a profile of abnormal motor Patterns. Pediatrics. 1998;98:692-697. Disponible en internet:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/98/4/692>



Tabla 5. Tabla de desarrollo Haizea-Llevant (0-5).

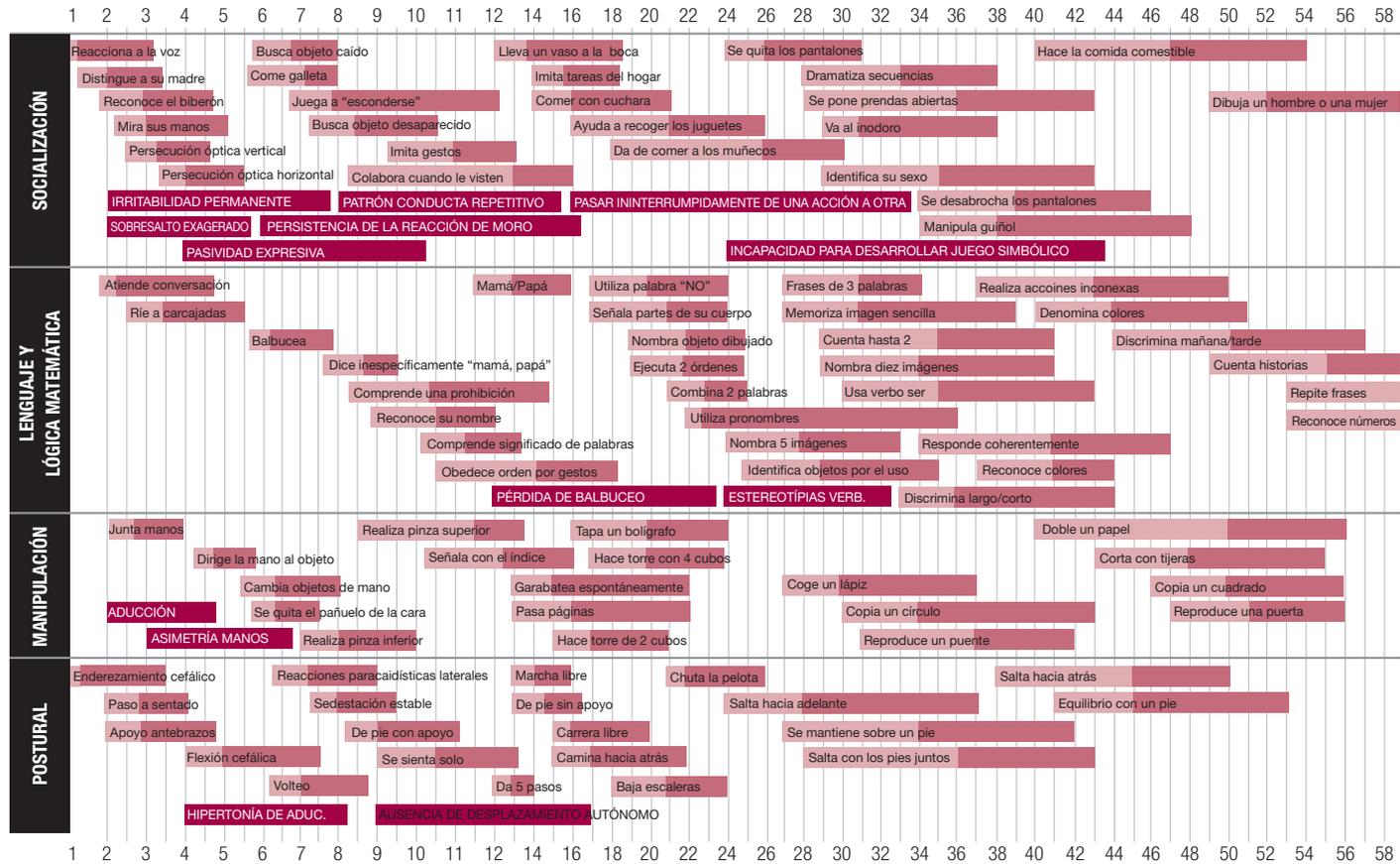


TABLA DEL DESARROLLO DE HAIZEA-LLEVANT

La tabla de desarrollo infantil de Haizea-Llevant (1991) es el resultado de dos programas, el estudio Llevant y el programa Haizea, cuyos datos de referencia se obtuvieron de una muestra representativa de 1.702 niños de Cataluña y 817 niños del País Vasco.

Permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de niños de 0 a 5 años, ofreciendo un margen normal de adquisición de algunas habilidades fundamentales durante la infancia.

La prueba incluye 97 indicadores que se distribuyen en las siguientes áreas: socialización (26 ítems), lenguaje y lógica-matemática (31 ítems), manipulación (19 ítems) y postural (21 ítems). En cada uno de los elementos se indica la edad en que lo ejecutan el 50, el 75 y el 95% de la población infantil. Cada nueva acción que el niño va a aprender abarca un amplio periodo de tiempo, respetando así el ritmo propio de cada individuo. Se encuentran remarcadas por barras horizontales de dos colores diferentes, verde y azul, los cuales, indican el porcentaje de niños que capaces de ejecutar esa acción.

El inicio de la acción con la barra rosa  significa que, a esa edad, el 50% de los niños es capaz de realizarla, cuando cambia al color granate  quiere decir, que dicha acción, a esa edad determinada, el 75% de los niños consigue llevarla a cabo, y a la edad en la que finaliza la barra de color granate, representa que un 95% de los niños ya realiza la acción.

Además, en la tabla se representan otras acciones con barras de color rojo  que son signos de alerta, los cuales, si están presentes en el desarrollo del niño, podrían ser un indicio de la existencia de una alteración en el desarrollo psicomotor del pequeño.

¿CÓMO SE EMPLEA LA TABLA HAIZEA-LLEVANT?:

Lo primero que hay que saber, es que, para entender esta tabla, hay que leerla en un orden correcto, es decir, de izquierda a derecha y de arriba abajo.

Una vez sabido esto, la utilización de esta tabla es muy sencilla e intuitiva, simplemente bastará con trazar una línea vertical en la edad correspondiente a la que tenga el niño, teniendo en cuenta, que ésta ha de ajustarse a la edad corregida si se trata de un niño prematuro (hasta los 18-24 meses de edad).



Preguntar a los familiares y comprobar, en su caso, si realiza:

- Aquellos elementos situados a la izquierda de la línea trazada.
- Aquellos elementos que dicha línea atraviesa.

El examinador o examinadora valorará la falta de adquisición de dichos elementos, en todas o alguna de las áreas, así como la presencia de signos de alerta, para determinar la necesidad de otros estudios diagnósticos.

Bibliografía: Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dautismo+guia_rapida.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271579362112&ssbinar y=true



VALORACIÓN PSICOMOTRIZ PEDIÁTRICA POR EL MÉTODO DENVER (DDST-II)

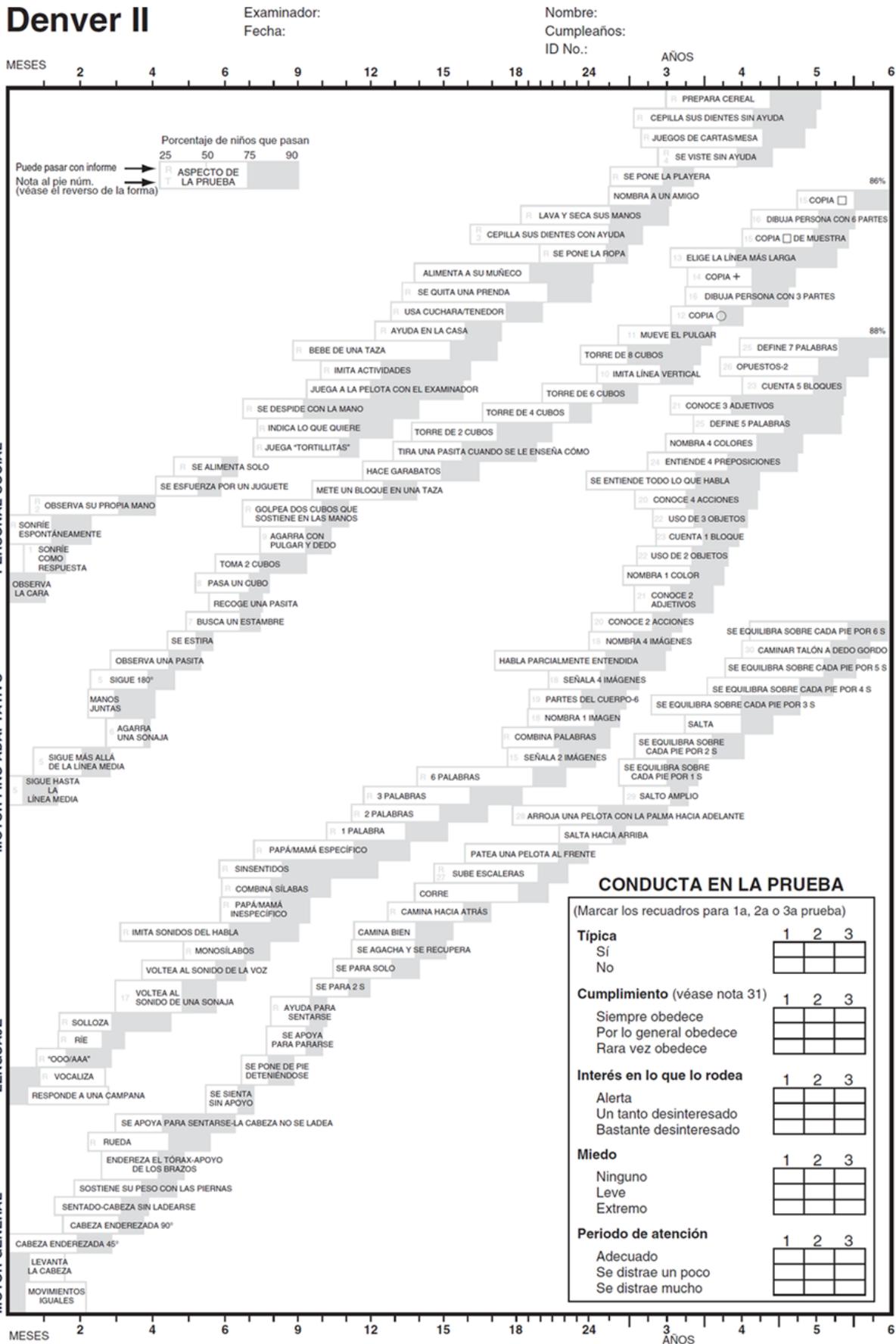
Bibliografía:

1. Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo Trastornos asociados. AEPap-2009. Se puede consultar en:

<https://www.aepap.org/sites/default/files/psicomotor.pdf>



Tabla 6. Denver II.



© 1969, 1989, 1990 W.K. Frankenburg and J. B. Dodds © 1978 W. K. Frankenburg

Fuente: William W. Hay, Myron J. Levin, Judith M. Sondheimer, Robin R. Deterding: *Diagnóstico y tratamiento pediátricos*, 19e: www.accessmedicina.com Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.



PROTOCOLO NEONATAL- ACTIVIDADES PREVENTIVAS
DOCUMENTOS PARA FAMILIAS

LAS 10 CLAVES DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Amamanta pronto, cuanto antes, mejor. La mayoría de los bebés están dispuestos a mamar durante la primera hora después del parto, cuando el instinto de succión es muy intenso. Amamantar precozmente facilita la correcta colocación al pecho.
2. Ofrece el pecho a menudo día y noche. Hazte a la idea de que pasarás mucho tiempo amamantando a tu bebé durante estas primeras semanas. Un recién nacido normalmente mama entre 8 y 12 veces en 24 horas. No mires el reloj y dale el pecho cada vez que busque o llore, sin esperar a que "le toque". Así establecerás un buen suministro de leche.
3. Asegúrate de que el bebé succiona eficazmente y en la postura correcta.
4. Permite que el bebé mame del primer pecho todo lo que desee, hasta que lo suelte. Después ofrécele el otro. Unas veces lo querrá, otras no. Así el bebé tomará la leche que se produce al final de la toma, rica en grasa y calorías, y se sentirá satisfecho.
5. Cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre. Es importante respetar el equilibrio natural y dejar que el bebé marque las pautas, mamando a demanda. No es necesario sentir el pecho lleno; la leche se produce principalmente durante la toma gracias a la succión del bebé.
6. Evita los biberones "de ayuda", de suero glucosado y de infusiones. La leche artificial y el suero llenan al bebé y minan su interés por mamar, entonces el bebé succiona menos y la madre produce menos leche.
7. Evita el chupete, al menos durante las primeras semanas, hasta que la lactancia esté bien establecida. Un recién nacido ha de aprender bien cómo mamar del pecho, y las tetinas artificiales como el biberón o el chupete pueden dificultar este aprendizaje.
8. Recuerda que un bebé también mama por razones diferentes al hambre, como por necesidad de succión o de consuelo. Ofrecerle el pecho es la forma más rápida de calmar a tu bebé.
9. Cuídate. Necesitas encontrar momentos de descanso y centrar tu atención más en el bebé que en otras tareas. Solicita ayuda de los tuyos.
10. Busca apoyo. Tu grupo local de apoyo o el taller de lactancia más cercano tiene la información y el apoyo que toda madre lactante necesita.

Recursos en Internet:

[Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría](#). Documento de recomendaciones para la lactancia de la AEP. También funcionan dos foros, uno para padres y otro para profesionales.

[La Leche League International \(LLLl\)](#)). Ofrece información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos.

[Medicamentos y Lactancia](#). Una web mantenida por el Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia, en donde puede consultarse la compatibilidad de muchos medicamentos y otras sustancias con la LM .

[IHAN .Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia](#). Lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

TÉCNICA DE LACTANCIA

Imagen 55. *Técnica del buen agarre.*

Aprender/enseñar buen agarre

La posición de la boca del bebé en el pecho es clave para

- Que el bebe saque (mucho) leche
- Que la madre no tenga dolor

Boca muy abierta
El pezón apunta a la nariz
"Mordida excéntrica"
Encía de abajo más lejos del pezón

Labios vueltaos hacia fuera,
Muy abiertos

<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos-sobre-lactancia-materna> b2



VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Ventajas para el lactante.

A corto plazo:

- Menor mortalidad infantil.
- Menor incidencia de diarreas.
- Menor número de infecciones respiratorias.
- Menor número de otitis.
- Mejor desarrollo intelectual a mayor duración de la lactancia.

A largo plazo:

- Menor incidencia de obesidad.
- Menor riesgo de cáncer (leucemia, cáncer de mama premenopáusico ...).
- Menor incidencia de diabetes.
- Menor incidencia de enfermedades crónicas (enfermedad de Crohn, asma y atopia ...).

Ventajas para la madre.

A corto plazo:

- Menor sangrado postparto
- Involución uterina más rápida.
- Recuperación más rápida del peso anterior a la gestación.
- Regreso más lento a la fertilidad.

A largo plazo:

- Menor incidencia de cáncer de mama.
- Menor incidencia de cáncer de ovario.
- Menor riesgo de osteoporosis.
- Menor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Bibliografía:

León-Cava Natalia. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia científica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2002.

Disponible en:

<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos-sobre-lactancia-materna#b2>



RECOMENDACIONES PARA FAMILIAS CON LACTANTES DE 0 A 5 MESES

ALIMENTACIÓN.

- La lactancia materna es el alimento ideal para su hijo durante los primeros 6 meses de vida.

CONSEJOS GENERALES:

- Lávese las manos antes de poner el niño al pecho o de preparar los biberones y después de cambiarle el pañal.
- El cordón umbilical debe permanecer limpio y seco hasta que se caiga. Acuda al pediatra si desprende líquido amarillo o maloliente.
- Para bañar al bebé tenga cuidado con la temperatura del agua. Después séquelo suavemente prestando especial atención a las zonas más difíciles.
- Para la higiene del área del pañal se recomienda limitar el uso de “toallitas” a cambios fuera del domicilio que requieran lavado de la zona. En general es preferible utilizar agua templada y si se precisa jabón suave, secando bien después todos los pliegues.
- En las niñas esta higiene se realizará desde adelante hacia atrás, es decir: desde la vulva hacia el ano y nunca al revés.
- En los niños no se debe forzar la retracción del prepucio.
- No utilice bastoncillos para limpiar los oídos.
- Los bebés sanos pueden hacer desde una deposición cada vez que comen hasta una cada varios días. Pueden ser de consistencia líquida o pastosa. Si piensa que su hijo está estreñido consulte al pediatra.
- Evite abrigo al bebé en exceso. Tóquele los muslos o el pecho para saber si está frío o por el contrario demasiado caliente.
- Para evitar deformidades craneales, alterne el lado hacia el que tiene girada la cabeza mientras duerme (siempre boca arriba). Cuando esté despierto y vigilado, puede ponerles también a ratos boca abajo.
- Es importante estimular al niño: jugar con él, acariciarle, hablarle.
- Dele la dosis recomendada de vitamina D si su pediatra así se lo indica.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

- Nunca deje al niño solo en la casa: siempre estará bajo la vigilancia de alguien responsable



PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- No le deje solo encima del cambiador o de la cama sin protecciones laterales.

PREVENCIÓN DE ASFIXIA O AHOGAMIENTO

- Los juguetes no deben tener piezas pequeñas que el bebé pudiera tragar o aspirar.
- No le cuelgue nada en el cuello: ni el chupete ni ningún collar o cordón.
- No deje al niño solo nunca en la bañera.

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

- No manipule líquidos calientes u objetos peligrosos con el niño cerca o en brazos.
- Vigile la temperatura del agua del baño.
- No deje al niño cerca de enchufes, planchas, estufas y otras superficies calientes.
- Evite la exposición directa y prolongada al sol, especialmente en las horas centrales del día.
- Póngale protectores solares, gorro y camiseta.

SEGURIDAD EN EL AUTOMÓVIL.

- Para cualquier trayecto, aunque sea muy corto, utilice siempre los sistemas de retención infantil homologados y adecuados para la edad o tamaño del niño, según la normativa vigente.

PREVENCIÓN DE HÁBITOS TÓXICOS:

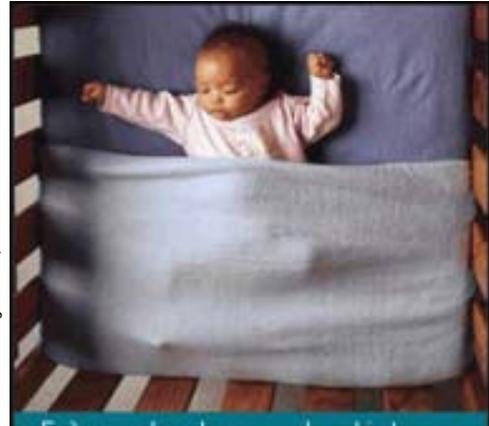
- Los niños son más sensibles a la exposición al humo de tabaco que los adultos. La exposición al tabaquismo pasivo en la infancia produce aumento del riesgo de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, otitis, tos, asma y disminución de la función pulmonar. Si usted fuma, no lo haga delante de los niños ni en ninguna estancia de la casa ni en el coche.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA (HASTA LOS 6 MESES)

- Para dormir póngalo siempre **boca arriba**.
- La cuna debe tener un colchón firme, sin almohada ni cojines ni otros objetos o juguetes blandos. Hágala de forma que la ropa de cama no pueda cubrirle la cabeza (los pies del niño deben llegar hasta abajo de la cuna y la manta que le cubra no debe superar su pecho y estar bien sujeta por debajo del colchón).

- La habitación del niño debe estar bien ventilada y sin calor excesivo, idealmente a una temperatura entre 20° y 22°.
- Dele de mamar si fuera posible; la lactancia materna reduce el riesgo.
- No fume ni permita que lo haga nadie en su domicilio.
- No realice colecho si alguno de los padres es fumador, ha consumido alcohol, medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos en situaciones de cansancio extremo. Tampoco se debe hacer colecho en sofás o en cualquier otro sitio que no sea la cama.
- Puede usar chupete si le agrada, pero procure empezar a utilizarlo una vez esté bien establecida la lactancia materna.

Imagen 56. *Prevención del SMSL*





RECOMENDACIONES PARA LIMITAR LA EXPOSICIÓN A LOS DISRUPTORES ENDOCRINOS

Se conoce como disruptor endocrino (DE) a toda sustancia química, con actividad hormonal, que al entrar en nuestro organismo ocasiona efectos adversos al mismo o a su descendencia: impacto fetal propio.

- Evitar los artículos hechos de policarbonato o cloruro de polivinilo, especialmente cuando están diseñados para almacenar alimentos o estén en contacto con población infantil. Es preferible utilizar botellas y envases de vidrio para almacenar las bebidas.
- Reducir el consumo de alimentos enlatados y comidas procesadas. Consumir preferiblemente frutas y verduras frescas o congeladas. (Muchas latas llevan capa plástica interior con bisfenol A).
- Comprar envases libres de ftalatos o bisfenol A. Evitar aquellos envases de plástico marcados en su base con los números 3, 6 o 7. Los marcados con el 1 NO se deben reutilizar. Evitar alimentos envasados con film de PVC. Evitar manipular en exceso tickets térmicos.
- No calentar alimentos y bebidas en envases de plástico ni utilizar este tipo de envases para contener líquidos calientes.
- Lavarse las manos con frecuencia, ya que en la vida diaria nos exponemos en muchas ocasiones a multitud de disruptores endocrinos.
- Procurar evitar antiadherentes o similares en los utensilios de cocina y sartenes.
- Evitar el uso de insecticidas en la casa y alrededores.
- No utilizar juguetes o mordedores de plástico sin comprobar su composición.
- Pelar y lavar las frutas y verduras.
- Utilizar productos de higiene libres de parabenos, “parfum”, ftalatos y fenoxietanol. No abusar de toallitas higiénicas.

Bibliografía: OBESIDAD INFANTIL. Alimentación, actividad física y medio ambiente disponible en: <https://www.astursalud.es/en/noticias/-/noticias/obesidad-infantil-actividad-fisica-y-medio-ambiente>



PROTOCOLO NEONATAL-ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

RECOMENDACIONES SOBRE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA D

El lactante a término sano, de piel no oscura y amamantado no precisa ningún suplemento de vitamina D. Suplementar con 200 UI/día de vitamina D a la población infantil con riesgo de déficit (anexo 1).

Hay evidencia clínica de que la suplementación en pretérminos con vitamina D (200 UI máximo 400 UI/día) mantiene un estado de densidad mineral ósea adecuado, un nivel de vitamina D normal y un buen depósito mineral óseo.

Anexo 1. Población infantil con riesgo de deficiencia de vitamina D.

DEFICIENCIA DE SÍNTESIS O INGESTA DE VITAMINA D:

- Recién nacidos de madres deficientes en vitamina D (mujeres de piel oscura, hábitos culturales que evitan la exposición a la luz solar).
- Uso de filtros solares.
- Baja ingesta de alimentos que contienen vitamina D.
- Lactantes amamantados de madres vegetarianas estrictas.
- Lactantes alimentados al pecho: solo a los de piel muy oscura, y a los que no se les expone a la luz solar por razones culturales o religiosas y/o por vivir en zonas de España en las que el clima sea especialmente nublado largas temporadas.
- Lactante alimentado con lactancia artificial que ingiera menos de 500 ml/día de fórmula o leche suplementada con vitamina D.
- Niños y adolescentes que no tengan una exposición regular a la luz solar y/o no ingieran al menos 500 ml/día de leche.

PREMATUROS.

ANOMALÍAS DE LA FUNCIÓN INTESTINAL O MALABSORCIÓN:

- Enfermedades del intestino delgado (enfermedad celiaca).
- Insuficiencia pancreática (fibrosis quística).
- Obstrucción biliar (atresia de vías biliares).

SÍNTESIS REDUCIDA O DEGRADACIÓN AUMENTADA DE 25-OHD O 1-25-(OH)2D:

- Enfermedad renal o hepática crónica.
- Drogas: rifampicina, isoniacida y anticonvulsivantes.

Bibliografía: https://www.aepap.org/sites/default/files/vit_d.pdf

RECOMENDACIONES DE PREVINFAD:

- Los lactantes menores de un año lactados al pecho deben recibir un suplemento de 400 UI/día de vitamina D, iniciando su administración en los primeros días de vida. Estos suplementos se mantendrán hasta que el niño ingiera 1 litro diario de fórmula adaptada enriquecida en vitamina D. (Recomendación grado B).
- Todos los lactantes menores de un año alimentados con sucedáneo de leche humana que ingieren menos de 1 litro diario de fórmula han de recibir un suplemento de 400 UI/día. (Recomendación grado B).
- Los niños o adolescentes que tengan factores de riesgo de déficit de vitamina D (tabla1) y que no obtengan 400 UI/día con la ingesta de un litro de leche enriquecida o alimentos enriquecidos (cereales, una ración contiene 40 UI de vitamina D y una yema de huevo 40 UI de vitamina D) una adecuada exposición solar, deben recibir un suplemento de vitamina D de 400 UI/día. (Recomendación grado B).
- A los niños mayores de un año o adolescentes, de forma general, se les recomienda para la adecuada producción de vitamina D la exposición al sol del mediodía sin protección durante 15 minutos al día durante la primavera, el verano y el otoño. En invierno por encima de 42° de latitud norte no se producirá vitamina D. (Recomendación grado I).
- Los niños prematuros menores de un año de edad corregida precisan una ingesta de vitamina D de 200 UI/kg/día hasta un máximo de 400 UI/día. (Recomendación grado A).



Tabla 6. *Niños de alto riesgo de déficit de vitamina D. Modificado de Munns.*

Niños de alto riesgo de déficit de vitamina D
<p style="text-align: center;">Neonatos y lactantes pequeños</p> <ul style="list-style-type: none">• Deficiencia de vitamina D materna (madres con escasa exposición solar, de piel oscura, que visten con velo, múltiparas o con poca ingesta de vit. D).<ul style="list-style-type: none">• Lactancia materna.
<p style="text-align: center;">Lactantes mayores y niños.</p> <ul style="list-style-type: none">• Disminución de la síntesis de vitamina D: poca exposición solar.<ul style="list-style-type: none">○ Poco tiempo al aire libre.○ Uso de factor de protección >8 (inhibe síntesis >95%).<ul style="list-style-type: none">○ Piel oscura.○ Velos, ropa, cristal, etc.• Disminución de la ingesta de vitamina D○ Lactancia materna exclusiva prolongada sin suplementación.<ul style="list-style-type: none">○ Nutrición pobre.• Ciertas condiciones médicas/enfermedades crónicas.<ul style="list-style-type: none">○ Malabsorción intestinal.

Bibliografía:

http://www.aepap.org/previnfad/rec_vitamina_d.html



PREVENCIÓN SÍNDROME MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

- Poner al niño boca arriba, al menos hasta los 6 meses de edad.
- Desaconsejar el hábito tabáquico de la madre y del padre, antes, durante y después del embarazo.
- Recomendar la lactancia materna.
- Acostarle sobre una superficie rígida. Evitar almohadas.
- No desaconsejar el uso del chupete durante el primer año de vida si ya lo utiliza y está establecida adecuadamente la lactancia materna.
- Evitar el arropamiento excesivo del lactante, especialmente si tiene fiebre; cuidando no cubrirle la cabeza. Mantener una temperatura agradable en la habitación (idealmente de 20 y 22 °C).

POBLACIÓN DE RIESGO DE SMSL

- Antecedente de episodio aparentemente letal.
- Recién nacido con pausas de apnea idiopáticas.
- Apnea grave del nacido pretérmino.
- Hermano fallecido de SMSL.
- Riesgo de muerte repentina de causa conocida:
 - o malformaciones importantes de la vía aérea superior displasia broncopulmonar grave,
 - o cuadros neurológicos o cardiológicos con apnea o arritmias,
 - o reflujo gastroesofágico grave asociado a patología pulmonar o neurológica,

Bibliografía:

[Programa de salud infantil / AEPap / 2009](#)



OBESIDAD INFANTIL : ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y MEDIO AMBIENTE REFLEXIONES DE UN GRUPO DE TRABAJO

Disponible en:

<https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/9465>

En este documento se incluyen los siguientes Anexos:

- Hoja verde exploratoria medioambiental (versión reducida para OMI)
- Encuesta medioambiental escolar
- En *información para familias* de este periodo se incluyen las recomendaciones para limitar la exposición a disruptores endocrinos.



OBESIDAD INFANTIL

Alimentación, actividad física y medio ambiente

REFLEXIONES DE UN GRUPO DE TRABAJO



Encuesta medioambiental escolar

Fecha: Responsable:

Nombre del colegio:

Tipo de centro (público/ privado/concertado):

Metros cuadrados del recinto escolar: Metros cuadrados de patio/jardín:

Nº alumnado por ciclo: Nº profesorado:

1. ¿Cuántos años tiene el edificio escolar?
2. ¿Existen aulas prefabricadas o barracones?
3. **Materiales de construcción y hábitat** (amianto como aislamiento de las paredes, otros aislamientos, ur-litas, plásticos, ...). Indicarlos:
4. ¿A qué distancia está el colegio de una calle con mucho tráfico, autovía...)?
 1. Lejos (>200 m)
 2. Medio (100-200 m)
 3. Cerca (50-100 m)
 4. Muy cerca (<50 m)
 5. Ns/Nc
5. ¿Cree que el ruido es un problema en este colegio?
 1. Sí
 2. No
 3. Ns/Nc
6. En caso afirmativo, ¿existen medidas de protección frente al ruido?
 1. Sí. Especificar:
 2. No
 3. Ns/Nc
7. ¿Existe alguna actividad industrial cercana (gasolinera, industrias que generen polvo, contaminación at-mosférica...)?
 1. Sí
 2. No
 3. Ns/Nc

En caso afirmativo a qué distancia:

 1. Lejos (>200 m)
 2. Medio (100-200 m)
 3. Cerca (50-100 m)
 4. Muy cerca (<50 m)
 5. Ns/Nc
8. ¿Existen cerca del colegio invernaderos para cultivos agrícolas?
 1. Sí
 2. No
 3. Ns/Nc

En caso afirmativo a qué distancia:

 1. Lejos (>200 m)
 2. Medio (100-200 m)
 3. Cerca (50-100 m)
 4. Muy cerca (<50 m)
 5. Ns/Nc
9. ¿Existe cerca del colegio alguna actividad agrícola en campos cultivados?
 1. Sí
 2. No
 3. Ns/Nc

En caso afirmativo a qué distancia:

 1. Lejos (>200 m)
 2. Medio (100-200 m)
 3. Cerca (50-100 m)
 4. Muy cerca (<50 m)
 5. Ns/Nc



10. ¿Hay líneas de alta tensión o centros de transformación cerca?

1. Sí 2. No 3. Ns/Nc

En caso afirmativo a qué distancia:

1. >200 m 3. 50-100 m 5. <10 m
2. 100-200 m 4. <50 m 6. Ns/Nc

11. ¿Hay alguna central térmica cerca del colegio?

1. Sí 2. No 3. Ns/Nc

En caso afirmativo:

¿Conoces el combustible que usa?

¿Y la distancia a la que se encuentra?

1. 1-3 km 3. 100-200 m 5. Ns/Nc
2. 200-1.000 m 4. <100 m

12. ¿Existen obras en construcción en las inmediaciones del colegio?

1. Sí 2. No 3. Ns/Nc

¿Pueden generar polvo o molestias?

Indíquelas

13. ¿Hasta que punto es molesta la contaminación atmosférica desde cualquier aula del colegio si dejamos las ventanas abiertas? Preguntar a un miembro de la comunidad escolar.

10=Molestia insoportable y 0=Ninguna

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

14. ¿Cuánto tiempo al día tienen las ventanas abiertas para ventilar las aulas?

1. Nada 3. 30 min. - 2 horas 5. Ns/Nc
2. <30 minutos 4. >2 horas

15. ¿A qué hora se realiza la limpieza de las aulas?

1. En horario escolar (con alumnado en el colegio)
2. Fuera de horario escolar (sin alumnado en el colegio)
3. De forma mixta

¿Quién realiza la limpieza? (Empresa y número de trabajadores/as)

.....

16. ¿Qué tipo de calefacción tiene el colegio?

1. Gas natural 4. Eléctrica 7. Ninguna
2. Gas butano 5. Estufas de carbón o madera
3. Gas propano 6. Otros. Especificar:

17. ¿Dónde está situada la caldera de calefacción?

1. En el patio, al aire libre
2. En una habitación aislada
3. En una habitación conectada con una puerta con áreas administrativas no docentes
4. En una habitación conectada con áreas docentes del alumnado
5. Ns/Nc

¿Conoce la fecha de la última revisión?



18. ¿Dónde guardan el combustible de la caldera? ¿Cuántos litros ocupa?

.....

19. ¿Ha habido plagas en el edificio escolar (cucarachas, ratas, piojos, etc.)?

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1. No, nunca | 3. Sí, todos los años |
| 2. Sí, alguna vez | 4. Ns/Nc |

20. En caso afirmativo, ¿qué tipo de plaga ha habido?

- | | | |
|-----------------------|-------------|------------------------------|
| 1. Piojos | 3. Ratas | 5. Cucarachas |
| 2. Moscas y mosquitos | 4. Hormigas | 6. Otros. Especificar: |

21. ¿Conoces los productos con los que periódicamente tratan las plagas en el edificio o patio?

1. Sí, los conozco. Podría enumerar alguno:
2. No, no los conozco

22. ¿Se utilizan insecticidas de uso individual en las aulas tales (sprays, dispositivos químicos de enchufe, cebos, ...)?

1. Sí
2. No
3. Ns/Nc

23. ¿Qué tratamiento utilizan o aconsejan de forma preventiva en el colegio para los piojos?

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| 1. Champús o lociones con piretrinas | 4. Ninguno |
| 2. Champús o lociones con lindano | 5. Ns/Nc |
| 3. Otros químicos. Especificar: | |

24. ¿Existe servicio de autobús escolar?

1. Sí
2. No
3. Ns/Nc

25. En caso afirmativo, ¿cuántas horas a la semana de media pasan en el autobús escolar?

..... h/sem.

¿Qué edad tiene el autobús escolar?

1. Nº años:
2. Ns/Nc

26. ¿Conoce los productos químicos (pegamentos, barnices, pinturas...) que usa el alumnado en las actividades escolares (laboratorios, manualidades...)?

1. Sí. Especificar:
2. No
3. Ns/Nc

27. ¿Los productos químicos que se usan para las manualidades están almacenados en un lugar seguro y alejado del alcance del alumnado?

1. Sí
2. No
3. Ns/Nc

28. El patio de recreo ¿es seguro?

1. Sí
2. No
3. Ns/Nc

¿Podrías explicarlo?

29. ¿Incorpora el colegio algún tema de salud ambiental escolar?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|
| 1. Medidas de protección solar | 4. Hábitos higiénicos | 7. Otros |
| 2. Tabaquismo en la escuela | 5. Ejercicio físico | 8. Ninguno |
| 3. Alimentación saludable | 6. Sensibilización medioambiental | 9. Ns/Nc |



30. Pensando en el edificio escolar, de la siguiente lista de problemas relacionados con el medioambiente, basándose en lo que usted conoce o piensa, califique con un 1 los problemas de mayor importancia y con un 5 los de menor.

- Contaminación de: Aire
 Agua del grifo
 Alimentos
- Proximidad de: Basureros Zonas de cultivo fumigadas
 Industrias Quemadas agrícolas
 Incineradoras Antenas
 Granjas Líneas de alta tensión o transformadores
- Otros problemas: Ruido exterior
 Deficiencias en desagües
 Escasez de zonas verdes
 Suciedad de los patios
 Ninguna
 ¿Algún otro? Especificar:

Bibliografía

Ortega García JA, Ferris i Tortajada J (2012). Hoja verde de diagnóstico medioambiental escolar. Guía de Acción Medioambiental Escolar. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica Murcia-Valencia, 2012. España. Disponible en: www.pehsu.org/wp



Hoja verde exploratoria medioambiental

Versión reducida (OMI)

Preguntas básicas que permiten detectar factores de riesgo medioambientales en embarazo, infancia y adolescencia.

1. ¿Dónde está situada su vivienda?

1. Zona urbana 2. Zona rural 3. Otros:

2. Tipo de vivienda:

1. Piso 2. Casa 3. Casería 4. Otros:

3. Origen fundamental del agua de consumo:

1. Red comunitaria 3. Pozo familiar/comunitario
2. Embotellada 4. Otros

4. ¿Tiene plagas en casa (hormigas, cucarachas, moscas, mosquitos...)?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

5. ¿Utiliza insecticidas en alguna ocasión?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

6. ¿Ventila su casa?

1. Sí. ¿A qué hora? 2. No

7. ¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja todas las ventanas abiertas? (nos referimos a gases, humos, polvo, etc. procedente del tráfico, la industria, etc.) 10=Molestia insoportable y 0=Ninguna

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

8. ¿En qué lugar juegan sus niñas/os?

1. En casa 3. En el colegio
2. En el parque 4. Otros:

9. ¿Dónde está situado el parque o zona de juegos?

1. Al lado de la carretera 3. Junto a una zona verde
2. Alejado de carreteras 4. Otros:

10. ¿Existen industrias o zonas de trabajo agrícola al lado del parque?

1. Sí. ¿Cuáles? 2. No

11. ¿Tiene mascotas de pelo dentro de casa?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

12. ¿En qué trabajan las personas que viven en casa?

13. ¿Cuántas horas pasa en el transporte escolar (autobús, taxi,...)?

1. ½ hora 3. 1 ½ horas 2. 1 hora 4. 2 horas o más



14. ¿Con qué frecuencia su hija/o consume alimentos enlatados (conservas de atún, maíz, latas de re-fresco,...)?

- | | | |
|---------------------|------------------|----------|
| 1. Diariamente | 3. 1-3 veces/mes | 5. Ns/Nc |
| 2. 2-3 veces/semana | 4. Nunca | |

15. ¿Con qué frecuencia consume alimentos envasados en plásticos (fiambres, quesos, verduras,...)?

- | | | |
|---------------------|------------------|----------|
| 1. Diariamente | 3. 1-3 veces/mes | 5. Ns/Nc |
| 2. 2-3 veces/semana | 4. Nunca | |

Es aconsejable realizar la encuesta medioambiental del colegio, guardería o jardín de infancia.



PLÁSTICOS. INFORMACIÓN

CÓDIGOS DE IDENTIFICACIÓN DE RESINAS DE PLÁSTICO



Comprobar el símbolo en el fondo del producto o en el etiquetado.

Productos plásticos MAS SEGUROS. 2, 4 y 5



Las botellas marcadas con el código (1. PET ó PETE). Polietileno de tereftalato. Se deben utilizar solamente una vez, en sucesivas veces podría desprender DEHP un ftalato toxico.

Plásticos que hay que evitar



PVC o Vinilo pueden
contener ftalatos

Espuma de
poliestireno

Puede contener
Bisfenol A

BPA FREE

COMPRA CON
SENTIDO COMÚN
EVITA LOS TÓXICOS



PROTOCOLO NEONATAL Y DE LACTANTE. PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN
DEL RIESGO PSICOSOCIAL (PIRSS)
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

INDICADORES EN EL NIÑO VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO
INTRAFAMILIAR. (MODIFICADO)*Tabla 7. *Indicadores en el niño víctima de violencia de género intrafamiliar.*

Sociales	Emocionales	Cognitivos
Dificultades en la interacción social	Falta de empatía	Baja autoestima
Problemas de agresividad	Dificultades para comprender las emociones propias y ajenas	Indefensión aprendida
Problemas de inhibición	Problemas de autocontrol de la propia conducta	Tendencia a no enfrentarse a nuevas tareas por miedo al fracaso y, o la frustración.
Dificultades para interpretar las claves sociales		Problemas de egocentrismo cognitivo y social

Espinosa Bayal A. Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Modificado por los autores .

Disponible en:

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_formacion/es_def/adjuntos/2004.11.30.angeles.espinosa.pdf



Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la [British Journal of Psychiatry \[Revista Británica de Psiquiatría\]](#) Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.



Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky



PROTOCOLO DE LACTANTE - ANAMNESIS

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES A ESTA PESTAÑA ESTAN RECOGIDOS EN EL
PROTOCOLO NEONATAL-ANAMNESIS

PROTOCOLO DE LACTANTE – EXPLORACIÓN FÍSICA

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES A ESTA PESTAÑA ESTÁN RECOGIDOS EN EL
PROTOCOLO NEONATAL -EXPLORACIÓN FÍSICA

PROTOCOLO DE LACTANTE -PSICOMOTOR

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

LOS SIGUIENTES ANEXOS ESTÁN RECOGIDOS EN EL **PROTOCOLO NEONATAL –
PSICOMOTOR**

- Prueba del Desarrollo de Denver (DDST-II)
- Tabla del desarrollo infantil de Haizea – Llevant
- Detección precoz de la PCI. Test EMPP. (Early Motor Pattern Profile).
- Factores de riesgo y signos de alarma de parálisis cerebral infantil (PCI)

SE INCLUYEN ADEMÁS LOS SIGUIENTES ANEXOS



M-CHAT R/F

El cuestionario M-CHAT revisado de detección del autismo en niños pequeños con entrevista de seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009) es una herramienta de detección en 2 etapas que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA). Es válido para edades de 16 a 30 meses

Disponible en: <http://mchatscreen.com/mchat-rf/>

En este sitio está disponible el sistema de puntuación, tanto en texto como en formato Excel.
<http://mchatscreen.com/m-chat/scoring-2/>



SIGNOS DE ALARMA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR POR EDADES

3 MESES

- Dificultad para la succión, a cualquier edad.
- No gira la cabeza al sonido de la voz.
- No responde o lo hace de forma inconstante a la voz o los sonidos.
- Ausencia de sonrisa social.
- Ausencia de seguimiento ocular o pobre contacto ocular, evitación de la mirada, mirada “vacía.”
- Ausencia de sostén cefálico.
- No se apoya sobre antebrazos en prono.
- Manos cerradas, empuñadas.
- Respuesta al ser cogido en brazos: hipotonía o hipertonia, rechaza activamente el contacto corporal, inquieto, rígido.
- Poca actividad y escasa demanda de atención o gran irritabilidad y dificultad para tranquilizarse.
- Problemas con la aceptación de los alimentos y más adelante con cambios de texturas y sabores.
- Uso predominante de una mano en menores de 2 años.
- Trastornos precoces de la alimentación: anorexia, vómitos, regurgitaciones repetidas.
- Trastornos del sueño: insomnio agitado o tranquilo.

6 MESES

- Falta de inversión fisiológica del tono: hipertonia de extremidades, hipotonía axial.
- Ausencia de sedestación con apoyo.
- Ausencia de balbuceos y vocalizaciones interactivas, ausencia de comunicación o gritos monocordes, monótonos, sin intencionalidad comunicativa.
- Ausencia de prensión voluntaria.
- Menores respuestas de orientación (similitud a sordera).
- Indiferencia, desinterés por el entorno.
- Pobre coordinación viso-manual.



9 MESES

- Espasticidad.
- Hipotonía axial.
- Mala calidad prensora: ausencia de pinza.
- No sedestación sin apoyo.
- Ausencia de sonidos mono o bisílabos.
- Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños alrededor del octavo noveno mes.
- No reconoce a sus cuidadores.
- Ausencia de desarrollo del “involucramiento emocional conjunto” (Glosario).
- Ausencia de conductas imitativas (de sonidos, gestos o expresiones).

12 MESES

- Ausencia de bipedestación.
- Movimientos involuntarios o anormales y aparición de conductas estereotipadas (balanceo, aleteo de manos, repetición de un sonido o movimiento...).
- No repite los sonidos que oye, ni balbucea.
- No entiende ordenes sencillas.
- Ausencia de gestos comunicativos apropiados.
- Exploración de los objetos inexistente o limitada y repetitiva.
- Ausencia de la “la intencionalidad interactiva y la reciprocidad” (Glosario).
- Ausencia de imitación directa (Glosario).
- Deambulación acompañada de una inquietud extrema difícil de regular.
- No responde a “no” ni a “adiós” a los 15 meses.

18 MESES

- No corre.
- No chuta una pelota.
- No construye torres de más de 2 cubos.
- Uso estereotipado de los objetos sin aparición de juego.
- No asocia dos palabras.
- Ausencia de palabras simples – “pan, agua” – (o aproximaciones de palabras), o excesiva ecolalia y jerga alrededor de los 2 años (el 50 % del habla debe ser inteligible a esta edad).



- Escaso desarrollo del lenguaje o lenguaje no funcional.
- No comprende instrucciones simples sin gestos.
- No pide de comer o de beber.
- Desinterés por las personas y especialmente por los otros niños y/ o ausencia de los comportamientos de “atención conjunta”.
- Tendencia al aislamiento.
- Desarrollo de temores intensos.
- Adherencia de tipo compulsivo a rutinas o rituales con gran irritabilidad al cambio.

24 MESES

- No corre.
- No chuta una pelota.
- No construye torres de más de 2 cubos.
- Uso estereotipado de los objetos sin aparición de juego.
- No asocia dos palabras.
- Ausencia de palabras simples – “pan, agua” – (o aproximaciones de palabras), o excesiva ecolalia y jerga alrededor de los 2 años (el 50 % del habla debe ser inteligible a esta edad).
- Escaso desarrollo del lenguaje o lenguaje no funcional.
- No comprende instrucciones simples sin gestos.
- No pide de comer o de beber.
- Desinterés por las personas y especialmente por los otros niños y/ o ausencia de los comportamientos de “atención conjunta”.
- Tendencia al aislamiento.
- Desarrollo de temores intensos.
- Adherencia de tipo compulsivo a rutinas o rituales con gran irritabilidad al cambio.

SIGNOS DE ALARMA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR POR ÁREAS

ÁREA MOTORA

- Dificultad succión.
- Ausencia de sostén cefálico a los 3 meses.
- Pulgar en aducción en mayores de 2 meses.
- Ausencia de prensión voluntaria con 5-6 meses.



- No sedestación sin apoyo a los 9 meses.
- No inicio de la marcha autónoma a los 16-18 meses.
- Uso predominante de una mano en menores de 2 años.

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

- No gira la cabeza al sonido de la voz.
- Falta de balbuceo imitativo a los 12 meses.
- Ausencia de gesticulación a los 12 meses.
- No dice ninguna palabra a los 16 meses.
- No dice frases a los 30 meses.
- Menos de dos frases espontáneas a los 24 meses.
- Lenguaje incomprensible a los 36 meses.
- No comprende instrucciones simples sin gestos, a los 2 años.
- En presencia de lenguaje: ausencia del carácter funcional del mismo, no siendo útil en la comunicación a los 2 años.
- Alteración de las funciones pragmáticas y de comunicación social del lenguaje (Glosario).
- Cualquier pérdida de lenguaje a cualquier edad.

SOCIAL Y AFECTIVA

- Ausencia de sonrisa social a los 3 meses.
- Falta de interés por el entorno a los 6 meses.
- No se reconoce ante el espejo a los 18 meses (aparece entre los 6 y los 18 meses).
- No reconoce a sus cuidadores a los 7- 8 meses y / o indiferencia ante el extraño o por separación de la madre a los 9-12 meses.
- Ausencia de signos de representación mental a partir de los 18 meses (Glosario).
- Ausencia de juego simbólico a los 3 años (Glosario).
- Mirada indiferente o evitación de la mirada del adulto.
- Autoagresividad.
- Apatía, desinterés, pasividad.

OTROS

- Trastornos precoces de la alimentación: anorexia, vómitos, regurgitaciones repetidas.
- Trastornos del sueño: insomnio agitado o tranquilo.



- Manifestaciones subjetivas de la madre: expresiones de insatisfacción, desacierto, tristeza, desbordamiento.
- Aparición precoz de fobias masivas, por ejemplo: temor intenso a determinados ruidos (aspiradora...).

Bibliografía:

[Programa de salud infantil / AEPap / 2009](#)



HIPOACUSIA: FACTORES DE RIESGO Y VALORACIÓN

INDICADORES DE RIESGO DE SORDERA NEUROSENSORIAL EN LACTANTES DESDE LOS 29 DÍAS A LOS 2 AÑOS

- Preocupación de los padres o cuidadores sobre el habla, audición, lenguaje o desarrollo.
- Meningitis bacteriana y otras asociadas a disminución de audición (meningitis herpes-varicela).
- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento o fractura de la base del cráneo o del temporal.
- Estigmas u otros hallazgos asociados a síndromes relacionados con sordera.
- Ototóxicos.
- Otitis media recidivante o persistente con derrame al menos 3 meses.
- Quimioterapia.

NIÑOS DE 29 DÍAS A 3 AÑOS QUE REQUIEREN UN CONTROL PERIÓDICO DE LA AUDICIÓN

TIPO DE SORDERA. INDICADOR ASOCIADO

NEUROSENSORIAL TARDÍA

- Historia familiar de sordera neurosensorial infantil de aparición tardía.
- Infección intrauterina: citomegalovirus, rubeola, 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 trompa de Eustaquio.
- Enfermedades neurodegenerativas.

CRITERIOS PARA PEDIR UNA VALORACIÓN AUDIOLÓGICA EN NIÑOS CON RETRASO DEL HABLA

12 MESES

- No se aprecia balbuceo ni imitación vocal.

18 MESES

- No utiliza palabras aisladas.



24 MESES

–Vocabulario de palabras aisladas con 10 o menos palabras.

30 MESES

- Menos de 100 palabras.
- No se aprecian combinaciones de dos palabras.
- Habla ininteligible.

36 MESES

–Menos de 200 palabras; no usa frases telegráficas, claridad < 50%.

48 MESES

–Menos de 600 palabras; no usa frases sencillas, claridad < 80%.

Bibliografía:

[Programa de salud infantil / AEPap / 2009.](#)



SIGNOS DE ALERTA DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

3 MESES

- No responde o lo hace de forma inconstante a la voz o los sonidos.

9 MESES

- No responde a su nombre.

12 MESES

- No balbucea.

15 MESES

- No responde a “no” ni a “adiós”.

18 MESES

- Solo dice papá y mamá.
- Incapacidad para reconocer los nombres de algunos objetos comunes

2 AÑOS

- Ausencia de palabras simples –“pan, agua”– (o aproximaciones de palabras).
- Excesiva ecolalia y jerga alrededor de los 2 años (el 50% del habla debe ser inteligible a esta edad).
- Imposibilidad para comprender instrucciones simples sin apoyo gestual.

3-4 AÑOS

- Repite preguntas en lugar de contestarlas.
- Ausencia de frases sencillas de dos palabras a los 3 años (“quiero agua”).
- Habla ininteligible para la familia (el 75% del habla debe ser inteligible a los 3 años, y casi por completo a los 4 años).
- Si hay lenguaje oral, también son signos de alerta:
 - ausencia de uso funcional,
 - utilización de neologismos,
 - alteraciones en la pragmática.

Bibliografía:

[Programa de salud infantil / AEPap / 2009](#)



PROTOCOLO DEL LACTANTE- ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTOS PARA FAMILIAS

Los siguientes anexos están en el apartado: PROTOCOLO NEONATAL-ACS.
PREVENTIVAS. DOCUMENTOS PARA LAS FAMILIAS

- Las 10 claves de la Lactancia materna.
- Consejos para familias de 0 a 5 meses.
- Obesidad infantil: alimentación, actividad física y medio ambiente, que incluye: recomendaciones para limitar la exposición a los disruptores endocrinos.

SE INCLUYEN ADEMÁS LOS SIGUIENTES ANEXOS:

ALIMENTACIÓN DE 6 A 12 MESES

La alimentación complementaria consiste en incorporar a la dieta del lactante otros alimentos diferentes a la leche materna o las fórmulas adaptadas de inicio o continuación.

La mayoría de las guías actuales para la introducción progresiva de los diferentes tipos de alimentos tienen su origen en factores culturales (costumbres, clima, disponibilidad de diversos alimentos en cada lugar.) En realidad, no existe una pauta que sea mejor que otra.

El lactante va a necesitar ciertas habilidades para poder comer de un modo diferente a la succión del pecho o biberón. Cada niño va a desarrollar estas habilidades a su propio ritmo. Se debe respetar este ritmo e intentar potenciar dichas habilidades. No hay una edad concreta en la que se deba introducir cada tipo concreto de alimento.

Las recomendaciones que se ofrecen a continuación buscan prevenir el desarrollo de enfermedades a largo plazo y que el lactante reciba un aporte equilibrado de nutrientes, pero siendo flexibles, adaptándose a cada niño y a las circunstancias de cada familia.

- La lactancia materna exclusiva es la forma de alimentación óptima para los lactantes hasta alrededor de los 6 meses. La Organización Mundial de la Salud recomienda mantener la lactancia materna junto con la alimentación sólida hasta los 2 años.
- La alimentación complementaria no debe introducirse en ningún niño antes de los 4 meses, y todos los niños deberían iniciarla hacia los 6 meses. La edad concreta dependerá del desarrollo de cada niño; es recomendable esperar a que se sostenga sentado.
- Los alimentos nuevos se darán poco a poco. De uno en uno y en pequeña cantidad. Pueden ser parte de la comida normal de la familia.
- Se pueden ofrecer triturados, machacados o semisólidos alrededor de los 5- 6 meses. Hacia los 8 meses pueden tomar sólidos con sus propias manos (picados, desmigados, en trozos grandes para roer...). Es bueno fomentar que el bebé aprenda y practique sus habilidades: dejar que manipule los alimentos, estimular a que mastique, darle de beber agua en vaso.
- Aunque el orden de introducción de los alimentos puede ser variable, es interesante que se introduzcan pronto alimentos ricos en hierro (carnes) y ácidos grasos poliinsaturados (pescados).
- El gluten debe introducirse alrededor de los 6 meses.
- La leche de vaca no debe usarse como bebida principal antes de los 12 meses, aunque pequeñas cantidades podrían añadirse a los alimentos complementarios.



- No es conveniente añadir sal ni azúcar a las comidas.
- No se aconseja darle para beber zumos industriales ni líquidos azucarados; además estos no se deben tomar en biberón porque favorecen la aparición de caries.
- Evitar todo lo que pueda causar atragantamiento, como los frutos secos, pipas, uvas, aceitunas, zanahorias crudas...
- Se recomienda la comida preparada en casa mejor que los productos alimenticios industriales. Lo más parecido a la comida familiar.
- La miel no debe introducirse hasta pasados los 12 meses.

Para más información visitar: familiaysalud.es

ALIMENTACIÓN DE 12 A 24 MESES

Si está tomando lactancia materna, seguir ofreciéndola a demanda. La Organización Mundial de la Salud recomienda mantener la lactancia materna junto con la alimentación sólida hasta los 2 años.

A partir de los 12 meses se puede introducir la leche entera de vaca. El aporte de lácteos debe ser de unos 200 a 400 ml/día. Es importante que no los tomen en exceso. La ingesta excesiva de leche y productos lácteos hace que los niños coman menos alimentos de otro tipo, que también necesitan.

Hasta los 3-4 años se deben evitar alimentos con los que se puedan atragantar, como frutos secos, pipas, patatas fritas de bolsa, aceitunas enteras....

Durante el segundo año de vida el crecimiento es más lento y por tanto suelen tener menos apetito, por lo que es normal que coman menos. *No conviene forzarles a comer*. Se debe respetar que puedan estar saciados.

Después de meses de prueba, lo más probable es que a los 15-18 meses ya coman bastante bien solos, aunque necesiten alguna ayuda. Es recomendable permitirles experimentar con las manos aunque se ensucien.

También alrededor del año suelen ser capaces de beber en una taza o vaso y conviene que dejen de utilizar el biberón. Pasado el año de vida el biberón no es adecuado por varias razones:

- Tomar varios biberones de leche con o sin cereales al día aumenta las posibilidades de ingerir una cantidad excesiva de leche, y favorece la aparición de una obesidad posterior.
- Tomar el biberón por la noche, a la hora de dormir, provoca caries.
- La succión tanto de chupete como de biberón a partir de esta edad, favorece la aparición de alteraciones en la posición de los dientes y en el desarrollo del paladar.
- Esta etapa es fundamental para que los niños aprendan hábitos de alimentación saludables. A medida que maduran, en el segundo año de vida, se deben ir incorporando progresivamente a la dieta de toda la familia, y seguir las recomendaciones para los niños de cualquier edad, adaptadas a sus habilidades y nivel de desarrollo.

Para más información visitar: familiaysalud.es

DECÁLOGO DE LA ALIMENTACIÓN PARA FAMILIAS CON NIÑOS/AS DE 12 A 24 MESES

1. Una alimentación completa y equilibrada mantiene la salud y previene enfermedades. Se consigue con una dieta variada que incluya todos los grupos de alimentos. Si los niños empiezan desde el principio a comer de todo, se acostumbran para siempre.
2. La dieta mediterránea es muy sana. Consiste en comer muchos vegetales (frutas, verduras, hortalizas, legumbres), cereales (pan, pasta, arroz) y más aves y pescado que carne roja. Cocinar con aceite de oliva y poca sal, mejor yodada.
3. Es bueno repartir lo que se come en 5 comidas. Desayuno, comida y una cena ligera. Además, a media mañana y merienda, es mejor una fruta fresca o un bocadillo que un zumo envasado o bollería industrial. No hace falta “picar” nada más.
4. Los niños aprenden a comer imitando a los mayores. Mejor comer despacio, masticando bien, sentados en la mesa, disfrutando en familia. Sin tele, porque el niño mal comedor se distrae y no come; y el que come mucho, lo hace sin darse cuenta de la cantidad que toma.
5. Siempre un buen desayuno antes de ir a clase: lácteo, cereales (pan) y fruta (una pieza entera zumo natural o ¡tomate!). Mejora el rendimiento físico e intelectual y evita la obesidad.
6. Todos los días frutas, verduras y hortalizas. Se recomiendan 5 raciones al día. Dos o tres deben ser frutas enteras y a mordiscos. Es mejor postre que un lácteo. No más de un vaso de zumo natural, recién hecho, al día.
7. El agua es la única bebida necesaria y más sana que cualquier refresco, zumo o batido.
8. Evite la comida precocinada (con más grasas y sal) y los alimentos con grasas saturadas, trans o hidrogenadas y aceites de coco y palma (lea las etiquetas). Si toma dulces y aperitivos salados que sea con moderación. Cocine más veces a la plancha, en el horno, por cocción o al vapor y menos fritos, empanados y rebozados.
9. Deje que su hijo decida cuánto quiere comer. Tenga confianza: mejor ofrecer, no obligar. Los niños comen la cantidad que necesita su cuerpo, no la que nosotros queremos. La comida no es un castigo; ni tampoco debería ser un premio.
10. Conseguir una hora de ejercicio todos los días: correr en el patio, pasear, subir las escaleras, sacar al perro o ir andando o en bici al colegio. Además, 5 veces a la semana al menos, un poco más de deporte; más divertido en compañía.

Para más información visitar: familiaysalud.es



RECOMENDACIONES PARA LAS FAMILIAS CON NIÑAS/OS DE 6 A 24 MESES

- Si usted fuma no lo haga delante de los niños, ni en ninguna estancia de la casa o en el coche. La exposición al tabaquismo pasivo en la infancia produce aumento del riesgo de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, otitis, tos, asma y disminución de la función pulmonar. Además, incrementa la posibilidad de que los niños se conviertan en adolescentes y adultos fumadores.
- La habitación del niño debe estar bien ventilada y sin calor excesivo (a una temperatura aproximada entre 20° y 22°).
- Los biberones y las tetinas se deben lavar con agua y jabón tras cada uso. Quien los prepare debe lavarse las manos antes de hacerlo.
- No se deben dar al niño zumos ni otras sustancias azucaradas en el biberón o chupete.
- No se le debe dejar quedarse dormido con un biberón de leche o zumo en la boca. Los dientes se deben lavar desde su aparición; en los bebés con una gasa o la punta de un paño húmedos después de las tomas, especialmente antes del sueño nocturno.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES:

- Nunca deje solo al niño en la casa: siempre deberá estar bajo la vigilancia de alguien responsable.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- No le deje solo encima del cambiador o de la cama sin protecciones laterales.
- Evite el uso de andadores.

PREVENCIÓN DE ASFIXIA O AHOGAMIENTO

- No deje que el niño juegue con bolsas de plástico o globos.
- Los juguetes no deben tener piezas pequeñas que el bebé pudiera tragar o aspirar.
- No le cuelgue nada en el cuello: ni el chupete ni ningún collar porque podría ahogarse.
- Nunca deje solo al niño en la bañera.
- Las piscinas deben tener siempre un cercado cerrado a su alrededor.

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

- No le permita jugar en la cocina mientras esté cocinando.
- No manipule líquidos calientes u objetos peligrosos con el niño cerca o en brazos.
- Vigile la temperatura del baño para evitar quemaduras.
- Ponga fuera de su alcance planchas, estufas y otras superficies calientes.



- Proteja los enchufes.
- Evite la exposición directa y prolongada al sol, especialmente en las horas centrales del día. Póngale protectores solares, gorro y camiseta.

PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES

- Deje fuera de su alcance medicamentos, bebidas alcohólicas y productos de limpieza.
- Los juguetes no deben contener sustancias tóxicas: mire las etiquetas.
- Tenga a mano el teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 915 620 420

SEGURIDAD EN EL AUTOMÓVIL

- Para cualquier trayecto, aunque sea muy corto, utilice siempre los sistemas de retención infantil homologados y adecuados para la edad o tamaño del niño, según la normativa vigente.

Grupo de trabajo PSI: AAPap-SESPA



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL

- Cambios posturales: se debe aconsejar a los padres desde el periodo neonatal, colocar al bebé en posición supina para dormir, pero alternando posiciones de la cabeza en la cuna.
- “Dormir boca arriba, jugar boca abajo”: Cuando el bebé esté despierto y pueda ser observado, debe pasar un tiempo boca abajo, siempre bajo supervisión (podemos ayudarnos con un rulo de toalla o pelota de tejido bajo el pecho y los brazos del lactante). Una vez se desarrolla la plagiocefalia deformativa, se deben utilizar las mismas estrategias preventivas para minimizar la progresión.
- Realizar una serie de medidas para ayudar al bebé a girar la cabeza al lado contrario al que suele hacerlo:
 - Poner juguetes en el lado contrario al “aplanado” para que gire la cabeza.
 - Colocar la cuna de tal forma que al niño se le estimule y hable desde el lado contrario al aplanado.
 - Levantar el colchón poniendo una toalla o sábana hecha un rollo entre el propio colchón y el somier para inclinarlo hacia el lado contrario.
- Ejercicios de estiramiento del cuello (si existe contractura de los músculos)
 - Los ejercicios correctores de la tortícolis, si esta existe, deberán realizarse con cada cambio de pañal y por lo menos 3 repeticiones para cada ejercicio:
- Ejercicio hombro-mentón (de rotación de la cabeza): se coloca una mano sobre el tórax superior del niño y la otra mano rota la cabeza de forma suave, hasta que el mentón toque el hombro contrario . Se mantiene en esta posición durante 10 segundos. Después la cabeza se rota hacia el lado opuesto y se mantiene durante el mismo tiempo.
- Ejercicio oreja a hombro (de inclinación de la cabeza): se moviliza la cabeza de manera que la oreja del niño toque su hombro. Se mantiene esta posición durante 10 segundos y se repite en el lado opuesto.

Imagen 58. *Ejercicio hombro-mentón*

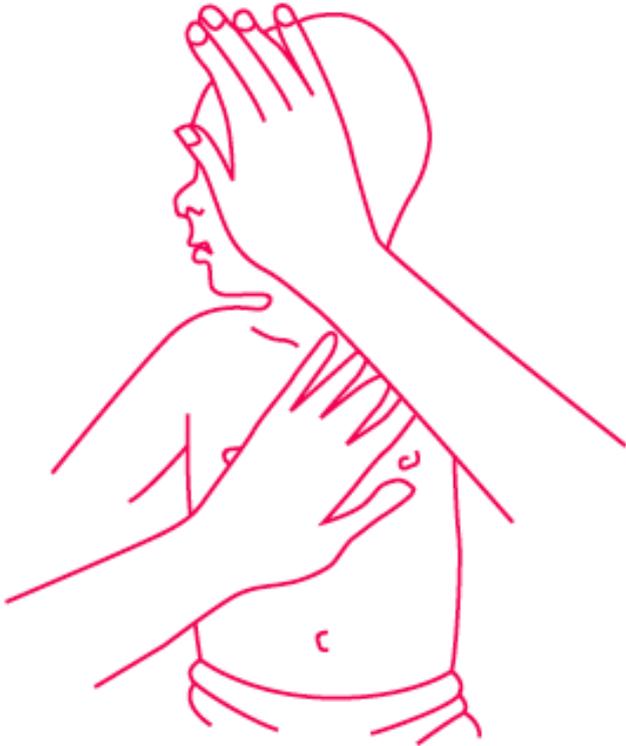


Imagen 59. *Ejercicio oreja-hombro*



– Tratamiento ortésico:

Cuando no hay una respuesta adecuada a los ejercicios modeladores se utilizan cascos de remodelación craneal.

Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/smsl.pdf>

Actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla en la infancia

Tabla 8. *Actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla en la infancia.*

Grupo de edad		Recomendaciones de actividad física	Reducir el sedentarismo	Limitar el tiempo de pantalla
Menores de 5 años	Que aún no andan	Varias veces al día Cualquier intensidad.	Minimizar el tiempo que pasan sentados o sujetos en sillas o carritos, cuando están despiertos, a menos de una hora seguida.	<2 años: No se recomienda pasar tiempo delante de una pantalla. De 2 a 4 años: debería limitarse a menos de 1 hora al día.
	Que ya andan	Al menos 180 minutos al día Cualquier intensidad.		
5 a 17 años		Al menos 60 minutos al día. Intensidad moderada a vigorosa. Incluir, al menos 3 días a la semana, actividades de intensidad vigorosa y que fortalezcan músculos y mejoren la masa ósea.	Reducir los periodos sedentarios prolongados. Fomentar el transporte activo y actividades al aire libre.	Limitar el tiempo de uso de pantallas con fines recreativos a un máximo de 2 horas al día.

Bibliografía

- 1) WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- 2) Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. Lancet, 2012; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60816-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60816-2)
- 3) Linenger JM, Chesson CV, Nice DS. Physical fitness gains following simple environmental change. Am J Prev Med 1991; 7: 298-310.
- 4) Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev 2011; 12: CD001871.
- 5) Heath GW, Brownson RC, Kruger J et al. The effectiveness of urban design and land use and transport policies and practices to increase physical activity: a systematic review. J Phys Act Health 2006; 1: S55-71.
- 6) Baker PR, Francis DP, Soares J et al. Community wide interventions for increasing physical activity. Cochrane Database Syst Rev 2011; 4: CD008366.
- 7) Bemelmans WJE, Wijnhoven TMA, Verschuur M et al. Overview of 71 European community-based initiatives against childhood obesity starting between 2005 and 2011: general characteristics and reported effects. BMC Public Health 2014; 14:758-73.
- 8) Consejo Superior de Deportes. Los hábitos deportivos de la población escolar en España. Madrid, 2015.
- 9) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015.



PROTOCOLO DE LACTANTE-ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

Los siguientes Anexos están recogidos en el apartado: PROTOCOLO NEONATAL-ACS PREVENTIVAS .DOCUMENTACION CLÍNICA PARA PROFESIONALES

- Plásticos. Información.
- Obesidad infantil-Alimentación, actividad física y medio ambiente,
QUE INCLUYE:
 - o La encuesta medioambiental escolar y
 - o La versión reducida para OMI de la hoja verde exploratoria medioambiental

SE INCLUYE, ADEMÁS EL SIGUIENTE ANEXO (perteneciente también al documento de *Obesidad infantil - Alimentación, actividad física y medio ambiente*):



Encuesta de actividad física y alimentación infantil

Versión reducida (OMI)

- ¿Cuántas horas al día suele dormir su hijo/a, incluyendo la siesta?h.
- ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre?
 - No hace ejercicio
 - Hace alguna actividad física
 - Hace actividad física varias veces a la semana
 - Hace entrenamiento deportivo varias veces a la semana
- Relativo a madres y padres, teniendo en cuenta toda la actividad física habitual en el trabajo fuera de casa, en el hogar y el tiempo libre, ¿cómo considera su actividad y la de su pareja en la actualidad?

	Madre/Padre	Pareja
1. Muy ligera o sedentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ligera o poco activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moderadamente activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bastante activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Muy activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No sabe/No contesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

	Consumo		Frecuencia		
	Sí	No	Día	Semana	Mes
Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres (lentejas, garbanzos, alubias, guisantes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta, arroz, patatas, copos de maíz tostados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embutidos y carnes procesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos lácteos (leche, queso, yogur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dulces (galletas, bollería, mermeladas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrescos, bebidas con gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida rápida y precocinada (pizza, lasaña, nuggets, varitas de merluza, empanadillas, hamburguesas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks o comidas saladas (barritas de chocolate, patatas fritas de bolsa, ganchitos, galletas saladas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chucherías (caramelos, chicles...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Cuáles de las siguientes comidas realiza habitualmente? (se pueden marcar varias opciones)

- | | |
|-----------------|--|
| 1. Desayuno | 4. Merienda |
| 2. Media mañana | 5. Cena |
| 3. Comida | 6. Recena (por ejemplo: vaso de leche) |



6. Durante el curso escolar, de lunes a viernes, ¿dónde realiza la comida principal?

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| 1. En su casa | 2. En el colegio |
| 3. En casa de otro familiar | 4. En otro lugar |

7. En caso de no comer en el colegio, ¿habitualmente con quién realiza la comida principal?

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. Sólo | 3. Con los abuelos |
| 2. Con su madre y/o padre | 4. Con otras personas |

8. ¿Qué bebida toma habitualmente en la comida?

- | | |
|---------------------|--------------|
| 1. Agua del grifo | 4. Refrescos |
| 2. Agua embotellada | 5. Zumos |
| 3. Leche | 6. Otras |

9. ¿Suele ver su hijo/a la tele mientras come?

- | | |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|



PROTOCOLO PREESCOLAR - EXPLORACIÓN FÍSICA

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

Los siguientes anexos están recogidos en el apartado: PROTOCOLO NEONATAL-EXPLORACIÓN FÍSICA

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

- Gráficas de crecimiento complementarias

Disponibles en OMI o en: http://www.aeped.es/sites/default/files/eecweb14_09_10.pdf

- Testículo no descendido (criptorquidia). Protocolo de actuación Cirugía pediátrica-HUCA-Pediatría de atención primaria del SESPA. Con la colaboración de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

SE INCLUYEN ADEMÁS LOS SIGUIENTES ANEXOS



MEDICIÓN Y TABLA RÁPIDA DE TA

PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. PREVINFAD -AEPap-

Data from Kaelber DC, Pickett F. Simple table to identify children and adolescents needing further evaluation of blood pressure. Pediatrics 2009; 123:e972-4

Tabla 9 .Valores de TA que requieren mayor evaluación de acuerdo con la edad y el género.

Age (y)	BP (mm Hg)			
	Male		Female	
	Systolic	Diastolic	Systolic	Diastolic
3	100	59	100	61
4	102	62	101	64
5	104	65	103	66
6	105	68	104	68
7	106	70	106	69
8	107	71	108	71
9	109	72	110	72
10	111	73	112	73
11	113	74	114	74
12	115	74	116	75
13	117	75	117	76
14	120	75	119	77
15	120	76	120	78
16	120	78	120	78
17	120	80	120	78
18	120	80	120	80

Cualquier lectura de TA, igual o superior a estos valores, debe ser interpretada como pre-hipertensión, o hipertensión: fase 1 o fase 2 , y deberá ser evaluada. Conviene consultar las tablas de la "Task Force" , y programar, hasta 3 mediciones en diferentes días.

- El grupo PrevInfad recomienda 2 tomas de TA durante los primeros 14 años: la primera entre los 3 y 6 años y la segunda a partir de los 11 años.

Tabla 10. Dimensiones recomendadas de los manguitos para la toma de la TA.

Edad	Ancho cm	Largo cm	Máxima circunferencia del brazo cm
RN	4	8	10
Lactante	6	12	15
Niño	9	18	22
Adulto pequeño	10-12	24	22-26
Adulto	13-16	30	27-34
Adulto grande	16	38	35-44
Muslo	16-20	42	45-52

1. Pickering TG, may JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill M, et al. Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals. *AHA Scientific Statement. Hypertension. 2005;45:142-161.*

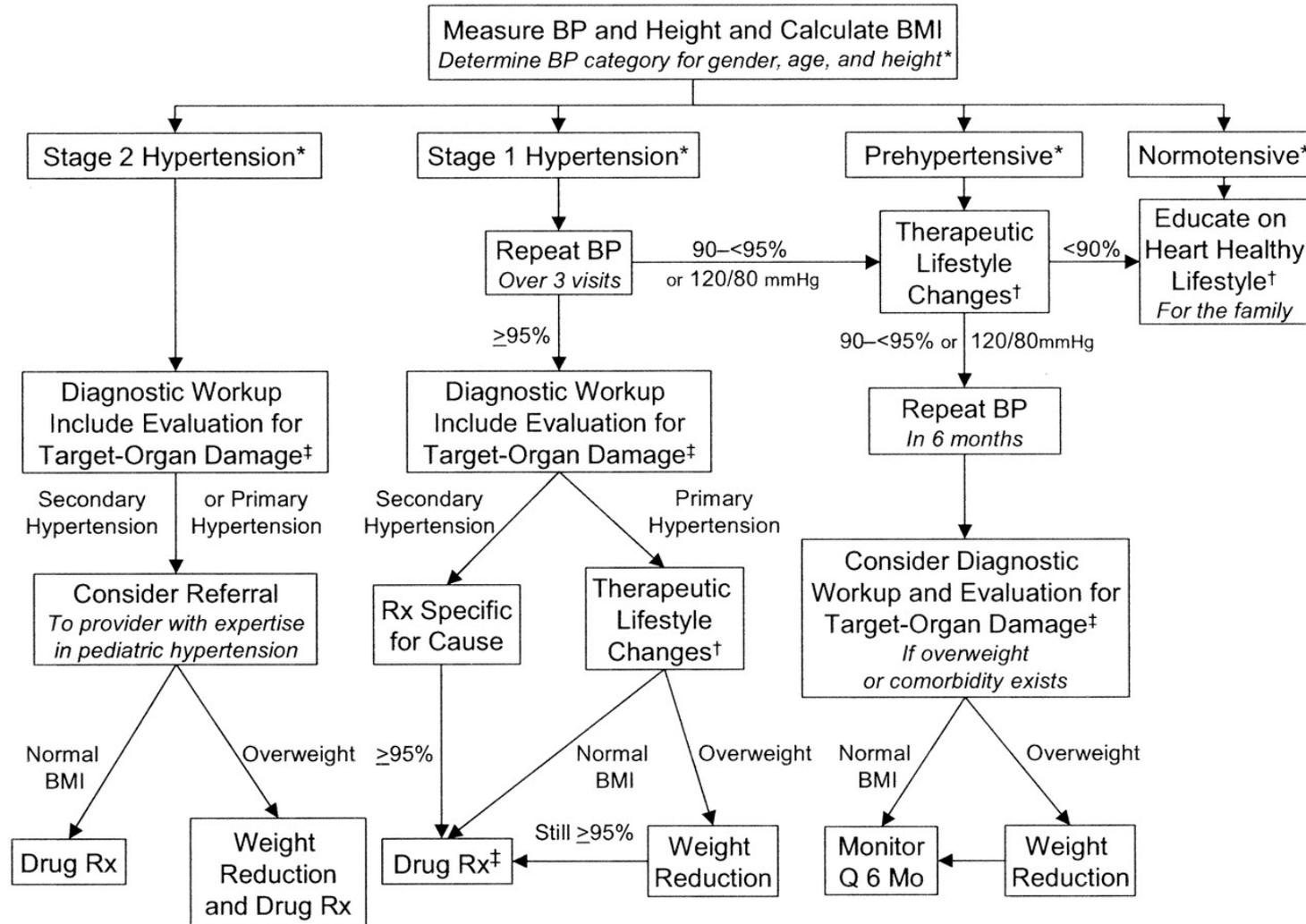
2. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics. 2004;114:555-576.*

Tabla 11. Técnica estándar de medición de la TA en niños y adolescentes

NIÑO / ADOLESCENTE	
Relajación física y mental	Evitar ejercicio físico previo Tranquilo y sentado durante 5 minutos antes de la medición Sentado, espalda apoyada, brazo apoyado con fosa cubital a la altura del corazón, piernas sin cruzar y pies apoyados en el suelo Ambiente tranquilo y agradable en consulta
EQUIPO	
Dispositivo de medida	Esfigmomanómetro de mercurio con mantenimiento adecuado Manómetro anerode calibrado en el último año Aparato automático validado y calibrado en el último año
Manguito	Tamaño adecuado al brazo del niño: el ancho debe ser al menos el 40% y el largo debe cubrir al menos el 80% de la circunferencia del brazo Disponer de manguitos de diferentes tamaños: RN, lactante, niño, adulto
MEDICIÓN	
Colocación del manguito	Evitar ropa que comprima el brazo Fonendoscopio colocado sobre el pulso de la arteria braquial, proximal y medial a la fosa antecubital y por debajo del borde inferior del manguito
Técnica auscultatoria	Inflar el manguito unos 20 a 30 mm Hg por encima de la TAS estimada Desinflar a un ritmo de 2-3 mm Hg por segundo Usar la fase I de Korotkoff para la TAS y la fase V para la TAD
Medidas	De preferencia en el brazo derecho Para confirmar diagnóstico de hipertensión realizar 3 mediciones separadas en el tiempo (una por semana) Una vez confirmada la HTA en niños, se debe tomar la TA en ambos brazos y en pierna

Algoritmo 4. Manejo de la T.A

Management algorithm.



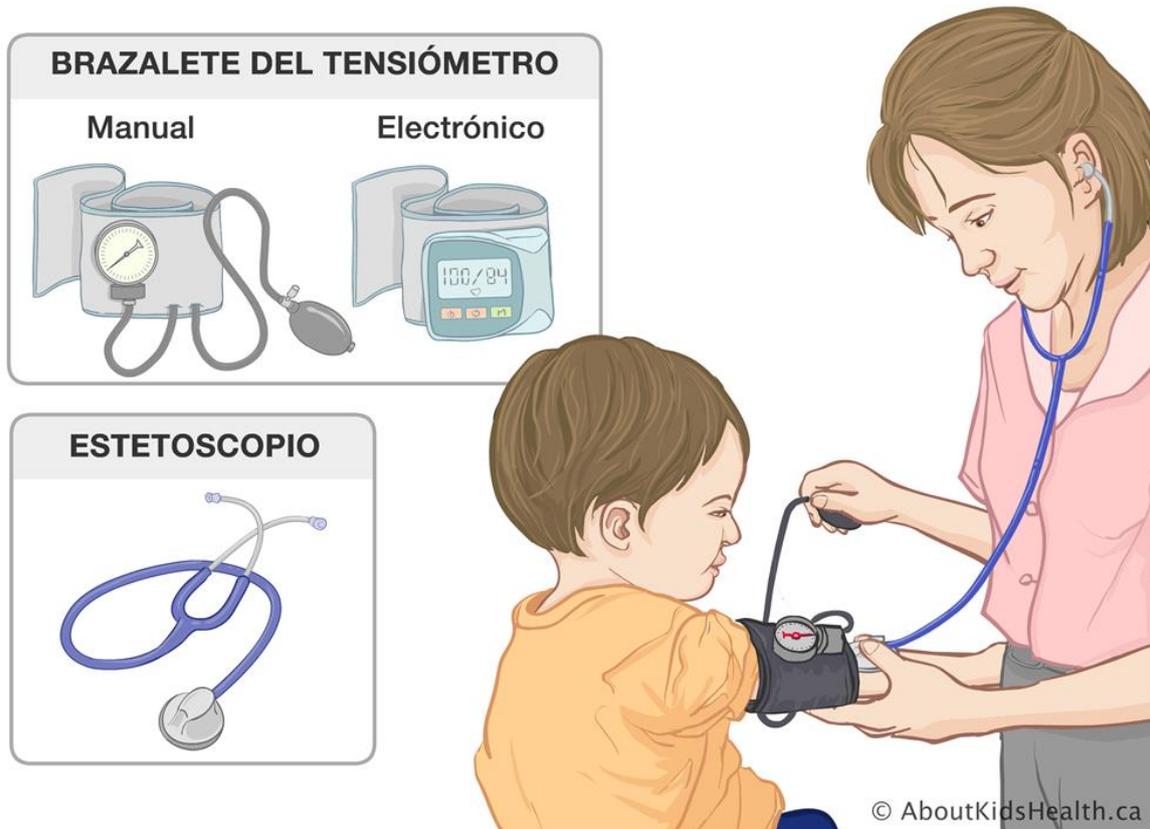
National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents Pediatrics 2004;114:555-576

©2004 by American Academy of Pediatrics

PEDIATRICS®

TÉCNICA ESTÁNDAR DE MEDICIÓN DE LA T.A EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Imagen 60. *Técnica estándar de medición de la TA.*



Disponible en AboutKidsHealth. A Trusted answers from The Hospital for
Sick Children. Visitado el 09-09-2018 09-09-2018

<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=1257&language=Spanish>



T.A TASK FORCE (TABLAS DE PERCENTILES DE T.A)

THE FOURTH REPORT ON THE

Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
National Institutes of Health
National Heart, Lung, and Blood Institute

TABLE 3

Blood Pressure Levels for Boys by Age and Height Percentile*

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg)							Diastolic BP (mmHg)						
		← Percentile of Height →							← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
1	50th	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90th	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95th	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99th	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50th	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90th	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95th	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99th	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50th	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90th	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95th	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99th	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50th	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90th	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95th	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99th	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50th	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90th	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95th	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99th	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50th	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90th	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95th	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99th	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50th	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90th	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95th	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99th	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50th	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90th	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95th	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99th	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50th	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90th	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95th	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99th	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50th	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90th	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95th	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99th	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg)							Diastolic BP (mmHg)						
		← Percentile of Height →							← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50th	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean. For research purposes, the standard deviations in appendix table B-1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for boys with height percentiles given in table 3 (i.e., the 5th, 10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2-4 described in appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1-4 as described in appendix B.

TABLE 4

Blood Pressure Levels for Girls by Age and Height Percentile*

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg)							Diastolic BP (mmHg)						
		← Percentile of Height →							← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
1	50th	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90th	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95th	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99th	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50th	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90th	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95th	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99th	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50th	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90th	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95th	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99th	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50th	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90th	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95th	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99th	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50th	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90th	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95th	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99th	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50th	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90th	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95th	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99th	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50th	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90th	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95th	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99th	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50th	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90th	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95th	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99th	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50th	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90th	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95th	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99th	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88

Age (Year)	BP Percentile ↓	Systolic BP (mmHg)							Diastolic BP (mmHg)						
		← Percentile of Height →							← Percentile of Height →						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

BP, blood pressure

* The 90th percentile is 1.28 SD, 95th percentile is 1.645 SD, and the 99th percentile is 2.326 SD over the mean. For research purposes, the standard deviations in appendix table B-1 allow one to compute BP Z-scores and percentiles for girls with height percentiles given in table 4 (i.e., the 5th, 10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles). These height percentiles must be converted to height Z-scores given by (5% = -1.645; 10% = -1.28; 25% = -0.68; 50% = 0; 75% = 0.68; 90% = 1.28; 95% = 1.645) and then computed according to the methodology in steps 2-4 described in appendix B. For children with height percentiles other than these, follow steps 1-4 as described in appendix B.

TABLE 5

Classification of Hypertension in Children and Adolescents, With Measurement Frequency and Therapy Recommendations

	SBP or DBP Percentile*	Frequency of BP Measurement	Therapeutic Lifestyle Changes	Pharmacologic Therapy
Normal	<90th	Recheck at next scheduled physical examination.	Encourage healthy diet, sleep, and physical activity.	—
Prehypertension	90th to <95th or if BP exceeds 120/80 mmHg even if below 90th percentile up to <95th percentile [†]	Recheck in 6 months.	Weight-management counseling if overweight, introduce physical activity and diet management. [‡]	None unless compelling indications such as CKD, diabetes mellitus, heart failure, or LVH exist
Stage 1 hypertension	95th percentile to the 99th percentile plus 5 mmHg	Recheck in 1–2 weeks or sooner if the patient is symptomatic; if persistently elevated on two additional occasions, evaluate or refer to source of care within 1 month.	Weight-management counseling if overweight, introduce physical activity and diet management. [‡]	Initiate therapy based on indications in Table 6 or if compelling indications as above.
Stage 2 hypertension	>99th percentile plus 5 mmHg	Evaluate or refer to source of care within 1 week or immediately if the patient is symptomatic.	Weight-management counseling if overweight, introduce physical activity and diet management. [‡]	Initiate therapy. [§]

BP, blood pressure; CKD, chronic kidney disease; DBP, diastolic blood pressure; LVH, left ventricular hypertrophy; SBP, systolic blood pressure

* For sex, age, and height measured on at least three separate occasions; if systolic and diastolic categories are different, categorize by the higher value.

[†] This occurs typically at 12 years old for SBP and at 16 years old for DBP.

[‡] Parents and children trying to modify the eating plan to the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) eating plan could benefit from consultation with a registered or licensed nutritionist to get them started.

[§] More than one drug may be required.

TABLE 6

Indications for Antihypertensive Drug Therapy in Children

- Symptomatic hypertension
- Secondary hypertension
- Hypertensive target-organ damage
- Diabetes (types 1 and 2)
- Persistent hypertension despite nonpharmacologic measures



PERÍMETRO DE LA CINTURA. GRÁFICAS DE 2 A 18 AÑOS

TÉCNICA DE MEDIDA:

El perímetro de la cintura se obtiene con una cinta métrica inextensible pasada alrededor del cuerpo por la mitad de la distancia entre el reborde de la última costilla y la cresta iliaca (espina iliaca anterosuperior), en bipedestación y espiración, sin apretar el tejido graso y en línea horizontal y paralela al suelo.

VALORES

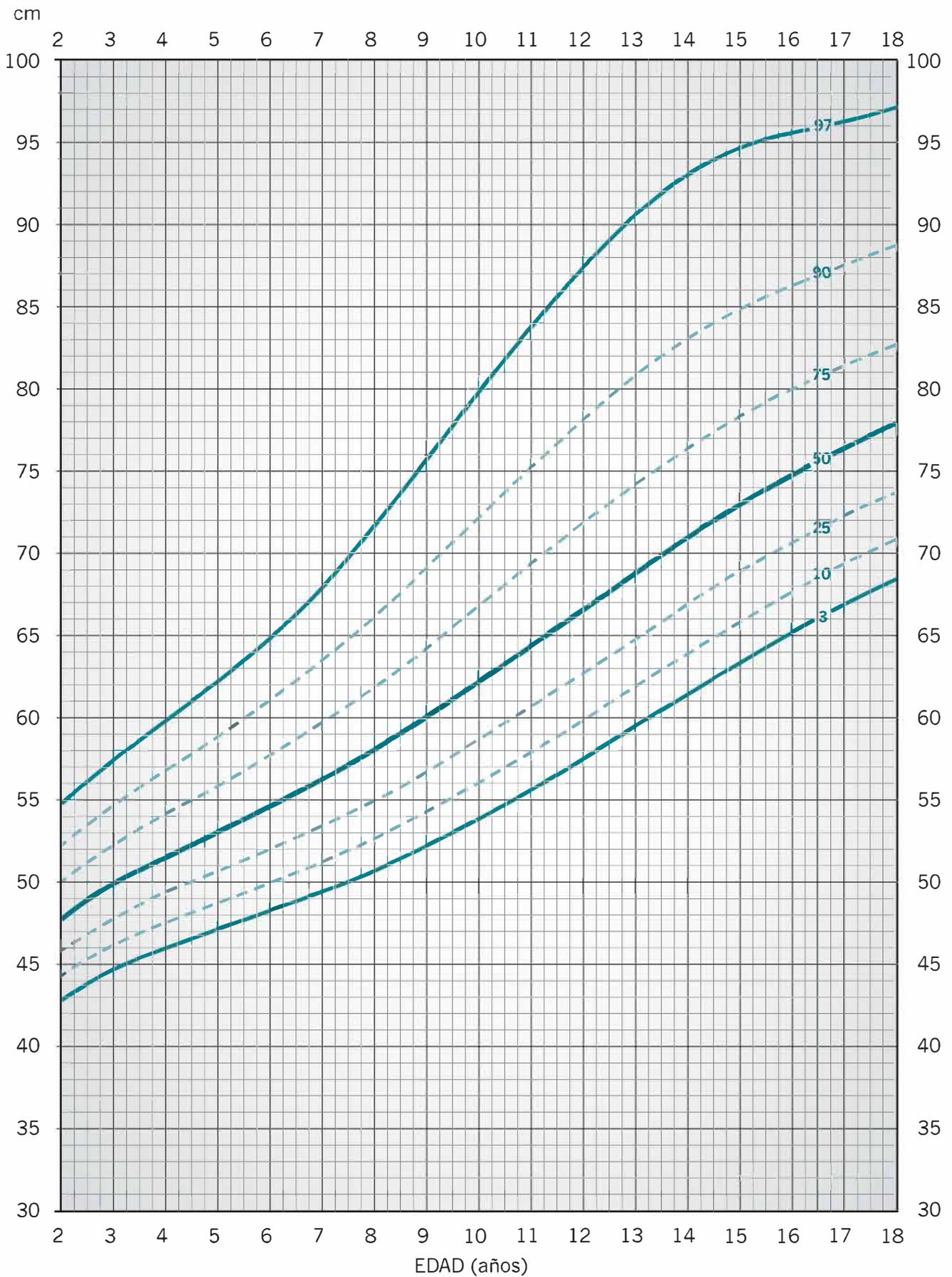
Se presentan las gráficas y tablas del perímetro de la cintura del estudio transversal, y los puntos de corte para delgadez grado 1 y 2, sobrepeso y obesidad. Estos últimos han sido obtenidos aplicando a los datos del IMC del estudio transversal los criterios de TJ Cole (BMJ 2000 y BMJ 2007). Esta información tiene un gran interés clínico y epidemiológico en las alteraciones de la nutrición en nuestro medio, fundamentalmente el sobrepeso y la obesidad.

Bibliografía:

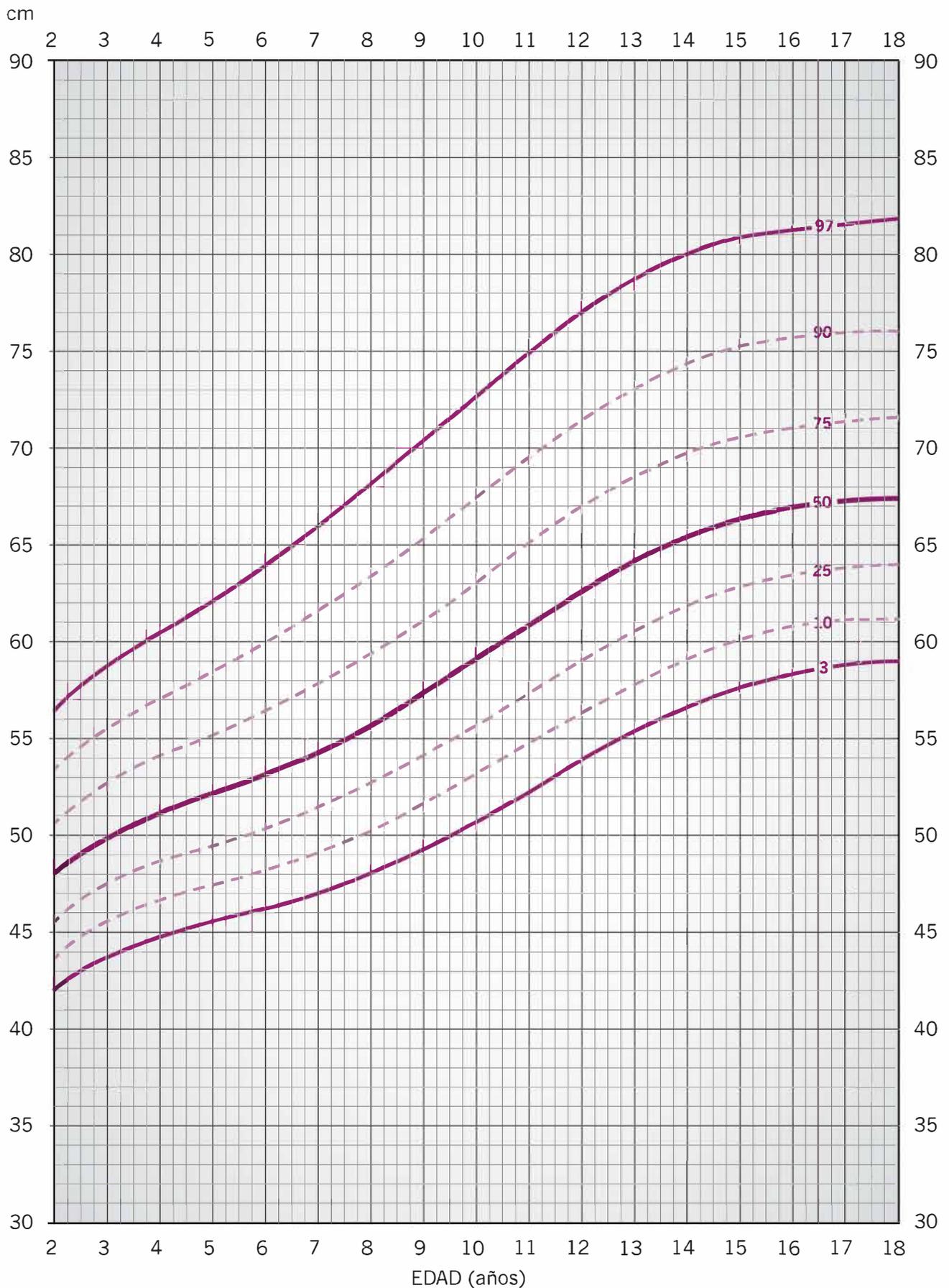
Gráficas perímetro de cintura (2 – 18 años) Disponible en Internet:

<http://www.fundacionorbegozo.com/el-instituto-de-investigacion-del-crecimiento-y-desarrollo/graficas-y-tablas/>

VARONES: 2-18 años PERIMETRO CINTURA



MUJERES: 2-18 años PERIMETRO CINTURA



VALORACIÓN DE LAS ALTERACIONES VISUALES EN LA EDAD PRESCOLAR Y ESCOLAR

TODOS

- Antecedentes familiares y personales.
- Preguntas y observación del comportamiento visual.
- Exploración externa.
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Reflejo rojo.
- Reflejo corneal a la luz.
- Prueba de oclusión unilateral (cubrir y descubrir).

3 A 6 AÑOS:

- Test de visión estereoscópica.
- Agudeza visual de cada ojo por separado (optotipos de figuras adecuados a la edad).

6 A 14 AÑOS:

- Agudeza visual de cada ojo por separado (los optotipos de letras y números son más adecuados para los niños mayores que saben leer).

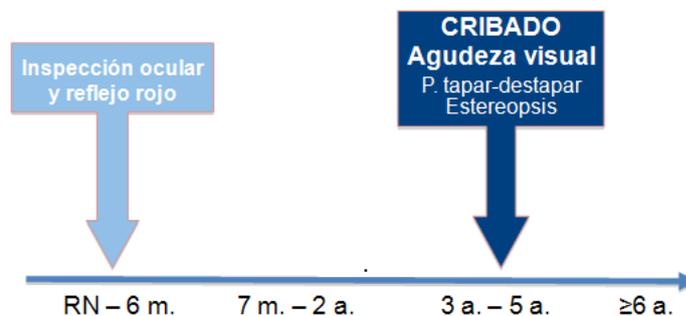
RECOMENDACIONES DE PREVINFAD:

- Realizar el cribado de alteraciones visuales (ambliopía, estrabismo y errores de refracción) entre los 3 y 5 años. (Grado de la recomendación B).
- La evidencia para evaluar el balance entre los beneficios y los riesgos del cribado de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción en niños de 6 a 14 años es insuficiente.

POSICIONAMIENTO I.

CRIBADO VISUAL EN LA INFANCIA. RECOMENDACIONES DE PREVINFAD.

Algoritmo 5. Cribado visual en la infancia.





FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN:

- Detección de ambliopía y factores de riesgo a los 3-5 años: B
- Detección de defectos de agudeza visual en escolares: I

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL OFTALMÓLOGO (MODIFICADO DE PREVINFAD)

3-5 AÑOS:

- Agudeza menor de 1/2 con optotipo Wecker monocular, o diferencia de una o más líneas entre los ojos*.
- Imposibilidad de valorar la agudeza visual con optotipos después de dos intentos**.
- Cualquier defecto de alineación.

MAYOR DE 6 AÑOS:

- Agudeza menor de 2/3 con optotipo Wecker monocular, o diferencia de una o más líneas entre los ojos.
- Cualquier defecto de alineación.

La agudeza visual será la que corresponda a la última línea en la que se puedan leer correctamente más del 50 % de los símbolos o las letras. Con el optotipo de Wecker se debe poner al paciente a una distancia de 2.5 metros.

**Los niños que aparentemente no colaboran tienen mayor frecuencia de alteraciones visuales que los que pasan la prueba de los optotipos.

Bibliografía

Recomendaciones PSI. Disponible en:

<https://www.aepap.org/sites/default/files/vision.pdf>

Recomendaciones de PREVINFAD. Disponible en:

<http://previnfad.aepap.org/monografia/vision#rec-previnfad>

<http://previnfad.aepap.org/monografia/vision>



PROTOCOLO PRESCOLAR - PSICOMOTOR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

Los siguientes anexos están recogidos en:

PROTOCOLO NEONATAL – PSICOMOTOR

- Prueba del desarrollo de DENVER (DDST-II)
- Tabla del desarrollo de HAIZEA –LLEVANT

PROTOCOLO DEL LACTANTE PSICOMOTOR

- M-CHAT R/F
- Signos de alerta del desarrollo del lenguaje.



PROTOCOLO PRESCOLAR-ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTOS PARA LAS FAMILIAS

Obesidad infantilB- Alimentación, actividad física y medio ambiente,
QUE INCLUYE:

- Recomendaciones para limitar la exposición a disruptores endocrinos.

PROTOCOLO DE LACTANTE- ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTOS PARA LAS FAMILIAS

- Obesidad infantil: alimentación, actividad física y medio ambiente
QUE INCLUYE:
 - Actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla.

SE INCLUYEN ADEMÁS LOS SIGUIENTES ANEXOS:



RECOMENDACIONES PARA FAMILIAS CON NIÑAS/OS DE 2 A 5 AÑOS

- Si usted fuma no lo haga delante de los niños ni en ninguna estancia de la casa ni en el coche. Los niños que se exponen de forma pasiva al humo de tabaco padecen con más frecuencia infecciones respiratorias, otitis, tos, y asma. Además, aumenta la posibilidad de que se conviertan en adolescentes o adultos fumadores.
- Se recomienda mantener una higiene adecuada de las manos y uñas de los niños y de sus cuidadores.
- En las niñas, la limpieza del ano y de los genitales se debe realizar de adelante a atrás, es decir, desde la vulva hacia el ano y no al contrario.
- En los niños no se debe forzar la retracción del prepucio.
- Acostúmbrele a cepillarse los dientes después de todas las comidas con un cepillo del tamaño apropiado. El cepillado debe ser repasado a continuación por un adulto. Hasta los 2 años se realizará solo con agua, posteriormente se debe usar una pasta de dientes fluorada infantil (con contenido en ión flúor menor de 550 ppm).
- A esta edad el niño no debe usar chupete ni biberón.
- No le dé al niño sustancias azucaradas ni golosinas ya que producen caries.
- Acostúmbrele a dormir el tiempo necesario.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

- Nunca deje al niño solo en la casa: siempre estará bajo la vigilancia de alguien responsable. A esta edad los accidentes en el hogar son muy frecuentes.
- Prevención de caídas y traumatismos
- Utilice protecciones adecuadas en ventanas y escaleras.
- Póngale casco si va en bicicleta, patines, etc.
- Comience a enseñarle las normas de seguridad vial. Prevención de asfixia o ahogamiento.
- No deje que el niño juegue con bolsas de plástico o globos.
- No lo deje solo nunca en la bañera.
- Las piscinas deben tener un cercado cerrado a su alrededor. Es recomendable que aprendan a nadar. Los niños, aunque sepan nadar, deben estar siempre supervisados en playas y piscinas.

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

- Vigile la temperatura del baño para evitar quemaduras.
- No le permita jugar en la cocina mientras esté cocinando.



- Ponga fuera de su alcance planchas, estufas y otras superficies calientes, así como todo tipo de líquidos calientes.
- Proteja los enchufes.
- Evite la exposición directa y prolongada al sol, especialmente en las horas centrales del día. Póngale protectores solares, gorro y camiseta.

PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES

- Almacene de forma segura medicamentos, bebidas alcohólicas y productos de limpieza.
- No le de medicamentos como si fueran golosinas, ni tome usted sus medicamentos delante de él.
- Tenga a mano el teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 915 620 420

SEGURIDAD EN EL AUTOMÓVIL

- Para cualquier trayecto, aunque sea muy corto, utilice siempre los sistemas de retención infantil homologados y adecuados para la edad o tamaño del niño, según la normativa vigente



RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN

Decálogo de la alimentación de la Asociación
Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

Decálogo de la alimentación



*Antes de empezar,
las manos te has de lavar
y al acabar,
también los dientes limpiar.*



AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
www.aepap.org



www.famiped.es



www.familiaysalud.es

1. Una alimentación **completa y equilibrada** mantiene la salud y previene enfermedades. Se consigue con una dieta **variada** que incluya todos los grupos de alimentos. Si los niños empiezan desde el principio a **comer de todo**, se acostumbra para siempre.
2. La **dieta mediterránea** es muy sana. Consiste en comer muchos **vegetales** (frutas, verduras, hortalizas, legumbres), cereales (pan, pasta, arroz) y más aves y **pescado** que carne roja. Cocinar con **aceite de oliva** y poca sal, mejor yodada.
3. Es bueno repartir lo que se come en **5 comidas**. Desayuno, comida y una cena ligera. Además, a media mañana y merienda, es mejor una fruta fresca o un bocadillo que un zumo envasado o bollería industrial. No hace falta “picar” nada más.
4. Los niños aprenden a **comer** imitando a los mayores. Mejor comer despacio, masticando bien, sentados en la mesa, disfrutando **en familia**. **Sin tele**, porque el niño mal comedor se distrae y no come; y el que come mucho, lo hace sin darse cuenta de la cantidad que toma.
5. Siempre un buen **desayuno** antes de ir a clase: **lácteo**, **cereales** (pan) y **fruta** (una pieza entera o zumo natural o ¡tomate!). Mejora el rendimiento físico e intelectual y evita la obesidad.
6. Todos los días frutas, verduras y hortalizas. Se recomiendan 5 raciones al día. Dos o tres deben ser frutas enteras y a mordiscos. Es mejor postre que un lácteo. No más de un vaso de zumo natural, recién hecho, al día.
7. El **agua** es la única bebida necesaria y más sana que cualquier refresco, zumo o batido.
8. Evite la comida **precocinada** (con más grasas y sal) y los alimentos con **grasas saturadas**, trans o hidrogenadas y aceites de coco y palma (lea las etiquetas). Si toma dulces y aperitivos salados que sea con moderación. **Cocine** más veces a la **plancha**, **en el horno**, **por cocción** o **al vapor** y menos fritos, empanados y rebozados.
9. Deje que su hijo decida cuánto quiere comer. Tenga confianza: mejor **ofrecer**, **no obligar**. Los niños comen **la cantidad que necesita su cuerpo**, no la que nosotros queremos. La comida no es un castigo; ni tampoco debería ser un premio.
10. Conseguir una hora de **ejercicio todos los días**: correr en el patio, pasear, subir las escaleras, sacar al perro o ir andando o en bici al colegio. Además, 5 veces a la semana al menos, un poco más de **deporte**; más divertido en compañía.



PROTOCOLO PREESCOLAR- ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

Los siguientes anexos están recogidos en los apartados:

PROTOCOLO DE NEONATAL-ACS. PREVENTIVAS.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

- Obesidad infantil. alimentación, actividad física y medio ambiente QUE INCLUYE:
La versión reducida para OMI de la encuesta de alimentación y actividad física infantil.
- Valoración bucodental en pediatría

PROTOCOLO DE LACTANTE-ACS. PREVENTIVAS.

DOCUMENTACION CLÍNICA PARA PROFESIONALES

- Plásticos . Información.
- Obesidad infantil: alimentación, actividad física y medio ambiente QUE INCLUYE:
Encuesta medioambiental escolar
La versión reducida para OMI de la Hoja verde exploratoria medioambiental



PROTOCOLO PREESCOLAR- PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

(PIRSS)

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

Los siguientes anexos se incluyen en:

PROTOCOLO NEONATAL Y DE LACTANTE - PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN
DEL RIESGO PSICOSOCIAL (PIRSS).

PROTOCOLO PREESCOLAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS-
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

- Indicadores en el niño víctima de violencia de género
(MODIFICADO)



PROTOCOLO ESCOLAR - EXPLORACIÓN FÍSICA

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

PROTOCOLO NEONATAL-EXPLORACIÓN FÍSICA

- Gráficas de crecimiento complementarias

Disponibles en OMI o en:

http://www.aeped.es/sites/default/files/eecweb14_09_10.pdf

PROTOCOLO PREESCOLAR - EXPLORACIÓN FÍSICA

- Medición y tabla rápida de TA.
- TA TASK FORCE TABLAS DE PERCENTILES
- TA DOCUMENTO TASK FORCE
- Perímetro de la cintura . Gráficas de 2 A 18 años.
- Valoración de la alteraciones visuales en la edad preescolar y escolar.

SE INCLUYE ADEMÁS EL SIGUIENTE ANEXO:



ESTADIOS PUBERALES DE TANNER

Fuente: programa de salud infantil / AEPap / 2009

<https://www.aepap.org/sites/default/files/puberal.pdf>

Imagen 62. Estadios de Tanner en la mujer

Estadios de Tanner	
Estadios de desarrollo puberal en la mujer	
<p>ESTADIO 1 (M1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mamas infantiles. 	
<p>ESTADIO 2 (M2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brote mamario. • Areolas y pezones sobresalen como un cono. • Edad: 11 (8,9-13,2). 	
<p>ESTADIO 3 (M3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevación de mama y areola en un mismo plano. 	
<p>ESTADIO 4 (M4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Areola y pezón forman una segunda elevación (este estadio puede ser normal en la mujer adulta). • Edad: 13,3 (10,8-15,3). 	
<p>ESTADIO 5 (M5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo mamario total. • Edad: 15,3 (11,8-18,8). 	
<p>ESTADIO 1 (P1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello infantil. 	
<p>ESTADIO 2 (P2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello escaso en los labios. • Edad: 11,6 (9,5-13,7). 	
<p>ESTADIO 3 (P3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello púbico rizado y oscuro. • Edad: 12,3 (10,1-14,5). 	
<p>ESTADIO 4 (P4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello de tipo adulto, pero cubre menor área. • Edad: 12,9 (10,8-15,8). 	
<p>ESTADIO 5 (P5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello adulto, extensión a cara interna de muslos. • Edad: 14,4 (12,1-16,6). 	

Fuente: Tanner J (1962).

Imagen 63. *Estadios de Tanner en el varón.*

Estadios de desarrollo puberal en el varón

ESTADIO G1 (G1-P1)

- Vello y genitales infantiles.



ESTADIO G2 (G2-P2)

- Aumento de los testículos.
- Vello escaso en la base del pene.
- Edad G: 11,6 (9,5-13,7).
- Edad P: 13,4 (11,3-15,6).



ESTADIO G3 (G3-P3)

- Agrandamiento del pene.
- Escroto rugoso y pigmentado.
- Edad G: 12,6 (10,7-14,9).
- Edad P: 13,9 (11,8-15,9).



ESTADIO G4 (G4-P4)

- Aumento de los testículos y glande.
- Pigmentación escrotal.
- Vello de tipo adulto.
- Edad G: 13,7 (11,7-15,8).
- Edad P: 14,3 (12,2-16,5).



ESTADIO G5 (G5-P5)

- Genitales de tipo adulto.
- Vello adulto, extensión a muslos y línea alba.
- Edad G: 14,9 (12,7-17,1).
- Edad P: 15,1 (13,0-17,3).



Fuente: Tanner J (1962).



PROTOCOLO ESCOLAR-ACS. PREVENTIVAS

DOCUMENTOS PARA FAMILIAS

El siguiente anexo está recogido en el apartado: **PERIODO NEONATAL-ACS. PREVENTIVAS- DOCUMENTOS PARA FAMILIAS**

Obesidad infantil: alimentación, actividad física y medio ambiente,
QUE INCLUYE: Recomendaciones para limitar la exposición a los disruptores endocrinos.

Los siguientes anexos están recogidos en el apartado: **PERIODO DE LACTANTE-ACS. PREVENTIVAS- DOCUMENTOS PARA FAMILIAS**

Obesidad infantil: alimentación, actividad física y medio ambiente, QUE INCLUYE
Actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla en la infancia.

Los siguientes anexos están recogidos en el apartado: **PERIODO PRESCOLAR-ACS. PREVENTIVAS. DOCUMENTOS PARA FAMILIAS**

Decálogo de la alimentación de la AEPap.

Valoración de la salud bucodental en PAP.

SE INCLUYEN ADEMÁS LOS SIGUIENTES ANEXOS:



RECOMENDACIONES PARA FAMILIAS CON NIÑOS/AS DE 6 -10 AÑOS

Las recomendaciones que se exponen a continuación tienen como fin ayudar a los padres a conservar y mejorar la salud de sus hijos. Considere los consejos reseñados mas una guía de hábitos de salud deseables, que una serie de logros a conseguir a toda costa y trate de adaptarlos a la edad y al nivel de desarrollo de su hijo.

HIGIENE Y RECOMENDACIONES GENERALES

- Enséñele a mantener las medidas de higiene personal necesarias. Antes de las comidas y después de utilizar el baño debe lavarse las manos con agua y jabón.
- Enseñe a las niñas a limpiar su zona genital desde adelante hacia atrás y a los niños a retraer suavemente el prepucio (sin forzarlo) durante la ducha o el baño, para poder realizar la higiene de la zona.
- Evite el uso de “toallitas”, que no son necesarias y sin embargo pueden causar problemas.
- Insista en el cepillado dental tras todas las comidas y supervise que se haga correctamente. Al menos hasta los 7 años es conveniente que un adulto repase el cepillado. Vigile que el cepillo que usa esté en buenas condiciones.
- A partir de los siete años se recomienda utilizar enjuagues de flúor, que pueden ser diarios o semanales.
- No le de golosinas. Evite que se acostumbre a “picar” entre horas.
- Acuda al programa de salud bucodental de su centro de salud.
- Acostúmbrele a respetar las horas necesarias de sueño.
- Puede consultar con su pediatra si moja la cama a partir de los 5 años.
- Evite el sedentarismo. Promueva la actividad física diaria como una rutina “normal”. Fomente la realización de algún deporte que le guste.
- Evite el exceso de horas “delante de pantallas”. La televisión y todos los dispositivos electrónicos deben ser utilizados bajo supervisión de los padres, y conviene que el niño aprenda desde pequeño a hacer un uso adecuado de los mismos.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y QUEMADURAS

- Vigile el baño en la piscina y la playa y procure que aprenda a nadar.
- Enséñele a usar correctamente los aparatos eléctricos.
- Enséñele las normas de seguridad vial.
- Debe utilizar casco para ir en bicicleta.
- Evite la exposición directa y prolongada al sol, especialmente en las horas centrales del día. Utilice de forma correcta los protectores solares.



PREVENCIÓN DE HÁBITOS TÓXICOS

- Los niños son más sensibles a la exposición al humo de tabaco que los adultos.
La exposición al tabaquismo pasivo en la infancia hace que padezcan con más frecuencia infecciones respiratorias, otitis, tos, y asma.
Si usted es fumador no fume en el domicilio ni en el coche y evite fumar delante del niño; es importante para que su hijo no crezca en la aceptación del tabaco.
- Dele información sobre los riesgos del tabaco, alcohol y drogas, y transmítale la importancia de tener hábitos saludables y autónomos, con capacidad de superar las presiones externas (amigos, publicidad, medios audiovisuales, etc).

SEGURIDAD EN EL AUTOMÓVIL

- Para cualquier trayecto, aunque sea muy corto, utilice siempre los sistemas de retención infantil homologados y adecuados para la edad y/o el tamaño del niño, según la normativa vigente. Para más consejos e información también puede consultar la web: <http://www.familiaysalud.es>



RECOMENDACIONES PARA FAMILIAS CON NIÑAS/OS DE 10 A 14 AÑOS.

- Si usted es fumador, no fume en el domicilio ni en el coche y evite fumar delante del niño; es importante para que su hijo no crezca en la aceptación del tabaco. Los niños que se exponen de forma pasiva al humo de tabaco padecen con más frecuencia infecciones respiratorias, otitis, tos, y asma. Además, aumenta la posibilidad de que se conviertan en adolescentes o adultos fumadores.
- Dele información sobre los riesgos del tabaco, alcohol y drogas, y transmítale la importancia de tener hábitos saludables y ser autónomos, con capacidad de superar las presiones externas (amigos, publicidad, medios audiovisuales, etc).
- Enséñele a mantener las medidas de higiene personal necesarias.
- Insista en el cepillado dental adecuado tras todas las comidas. Se recomienda utilizar enjuagues de flúor ya sean diarios o semanales, así como acudir al programa de salud bucodental de su centro de salud.
- Evite la costumbre de picar entre horas y el consumo de chucherías.
- Acostúmbrele a respetar las horas necesarias de sueño.
- Evite el sedentarismo. Reduzca las horas delante de pantallas. Promueva la actividad física diaria como una rutina normal. Fomente la realización de algún deporte que le guste.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y QUEMADURAS

- Infórmele acerca de las normas de educación vial y de la seguridad en bicicleta, monopatines y patines.
- Enséñele a usar correctamente los aparatos eléctricos y las medidas de seguridad en el hogar.
- Se debe evitar la exposición directa y prolongada al sol, especialmente en las horas centrales del día. Se deben utilizar de forma correcta los protectores solares.

SEGURIDAD EN EL AUTOMÓVIL

- Para cualquier trayecto, aunque sea muy corto, utilice los sistemas de retención infantil homologados adecuados para la edad y/o el tamaño del niño, o el cinturón de seguridad, según la normativa vigente.



ANEXOS DE LA GUÍA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO TEMPRANO DE ALCOHOL EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- Este documento junto a la *Guía de prevención del consumo temprano de Alcohol en la edad pediátrica para el profesional sanitario*, se incluyen en el apartado

PROTOCOLO ESCOLAR-ACS. PREVENTIVAS
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

Guía de prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica



**Para
profesional
sanitario**

**Prevenir el
consumo de
alcohol.**



**¿Qué pueden hacer
las familias?**



Prevenir el consumo de alcohol.

¿Qué pueden hacer las familias?

1. Promueva resistir la presión de amigos/as. Enséñele a valorar su individualidad, a reflexionar de forma crítica sobre la «amistad», sobre la compatibilidad entre sus objetivos en la vida y los del grupo de amigos/as, sobre las consecuencias de sus actos y sus responsabilidades. Enséñele a decir «no»:
 - Simplemente di «no, gracias», sin rodeos. Si insisten: «no seas pesado/a, ya te he dicho que no, gracias, no me interesa». Repítelo todas las veces que haga falta, sin enfadarte
 - Si te presionan metiéndose contigo, mantén tu postura con seguridad y deja pasar el momento, no durará mucho. Si ven que actúas como un adulto, te respetarán.
 - Intenta responder a las presiones con respuestas sorprendentes o graciosas: «si bebes, se te van a pelar los cables», «¡denúnciame!» o «¡me lo prohíbe mi dentista!».
2. Refuerce su autoestima y autonomía responsable; elogie sus logros, el esfuerzo y la constancia, ayudándole a elaborar objetivos de futuro realistas. Anímele a encontrar y ser consciente de sus virtudes, a potenciarlas y a encontrar otras. Proporciónale responsabilidades de forma progresiva.
3. Destaque las ventajas de no consumir alcohol, como «ser mejor en el deporte, en las relaciones con los demás, en los estudios, etc.» Facilite otras alternativas de ocio y diversión.
4. Cree un clima de confianza. Hable sobre el alcohol de forma abierta, relajada y no amenazadora. Escúchele, hágale ver que su opinión es relevante para usted. Si se emborrachara él/ella o cualquiera de sus amigos, dígame que no dude en llamarle para ir a buscarle; todo el mundo puede cometer un error, pero es importante pedir ayuda llegado el caso. Demuéstrele que le quiere: un abrazo, un guiño, una sonrisa.
5. Establezca límites claros. Prohibir el consumo de alcohol no es represión ni castigo, como tampoco lo es la señal de «stop» en circulación. Al contrario, es una muestra de interés por su salud y seguridad.
6. Actúe de forma razonable pero firme. Es probable que discutan la prohibición sobre el consumo. Utilice argumentos sólidos basados en la investigación (ver punto nº 9).
7. Transmita valores. Un entorno que prescindiera al máximo del alcohol es fundamental para cuando crezca y tenga que tomar decisiones por sí solo/a. Admita que no es perfecto/a, pero intente ser auténtico/a. Pregúntese:
 - ¿Qué normas hay en casa respecto al alcohol? ¿Soy un modelo de consumo?.
8. Controle las emociones. Busque momentos de estabilidad y calma para hablar del tema, nunca en discusiones o enfados. Póngase en su lugar e intente analizar la situación desde su punto de vista.
9. Infórmese para adelantarse y evitar o compensar la búsqueda de información por otras fuentes. Consumir alcohol es ilegal, es peligroso para su salud física, psicológica y social y puede tener efectos graves para su futuro; le perjudicará de cara a los estudios, las relaciones o las aficiones. Consulte por ejemplo la web de pediatría <http://www.familiaysalud.es/>
10. Si detecta un consumo de alcohol, busque un momento tranquilo para explorar las razones que le han llevado a beber. Si es más habitual, busque la ayuda de profesionales.
11. La venta y/o el suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, así como el consumo de alcohol por los mismos es ilegal, (Ley 4/2015 del Principado de Asturias) y los/as progenitores o tutores responden por la sanción que se le imponga a un menor por consumo de alcohol.

**No te la
juegues
con el
alcohol.**



**Rasca y averigua las consecuencias
del consumo prematuro del alcohol**



¿Quieres ser el que lo sabe todo sobre el alcohol? Díselo a tus amigos/as:

- **El alcohol es considerada una droga** porque es capaz de actuar sobre el sistema nervioso, provocando una alteración física o psíquica, con capacidad de cambiar el comportamiento de la persona.
- **Cualquier consumo es un riesgo** y más si estás en crecimiento, pues dañas tus neuronas, hígado, estómago, corazón, riñones, ... además del poder de generar dependencia.
- **Al poco de consumirlo** hablas más, pierdes la vergüenza,..., pero el alcohol es un depresor. Esto significa que es una droga que enlentece o deprime el cerebro, así que luego te da el bajón, te sientes mal, pierdes el equilibrio, tienes ganas de vomitar, no puedes estudiar ni hacer deporte ni estar con los/as amigos/as.
- **Cuando una persona bebe una cantidad excesiva** de alcohol, puede hacer o decir cosas que no querría. Puede lastimarse a sí misma o a otras personas. También puede vomitar y sentirse muy mal.
- **Si No bebes alcohol conseguirás hacer mejor**, disfrutar más de las cosas que te gustan, como jugar, hacer deporte, leer, escuchar música, hacer nuevos/as amigos/as...
- **Debido a que el alcohol provoca tantos problemas a tu salud**, las autoridades de muchos países del mundo han decidido que a los menores de 18 años no se les debe permitir comprar ni beber alcohol.
- **No es cierto que todo el mundo beba alcohol.** Cuando alguien te diga que eres inmaduro por no beber alcohol, no creas sus palabras. De hecho, le estarás demostrando que eres más maduro (lo que significa “ser mayor”) que él/ella al mostrarle tu inteligencia y tu fuerza de voluntad.

¿Quieres ser el que lo sabe todo sobre el alcohol? Díselo a tus amigos/as:

- **El alcohol es considerada una droga** porque es una sustancia que introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física o psíquica, con capacidad de cambiar el comportamiento de la persona; altera el estado de ánimo, la percepción y el funcionamiento cerebral, produce tolerancia (es decir necesidad de mantener el consumo para evitar malestar), dependencia y el consiguiente «mono» (síndrome de abstinencia).
- **El alcohol es una droga depresiva.** Esto significa que hace más lento el funcionamiento del sistema nervioso central al bloquear los mensajes que intentan llegar al cerebro. Es lo que altera las emociones, los movimientos, la vista y el oído.
- **Puede parecer que la bebida te hace más «interesante»**, pero los cambios que ocasiona el alcohol en el sistema nervioso pueden llevar a que una persona haga tonterías o cosas vergonzantes. Los jóvenes que beben alcohol tienen más probabilidades de involucrarse en peleas y tener accidentes que los que no beben. La bebida también produce mal aliento, y a nadie le gusta tener una resaca.
- **La investigación científica ha demostrado los riesgos y daños para la salud que provoca su consumo** a nivel físico, psicológico o social, aunque éstos pueden ser diferentes.
- **Debido a que el alcohol puede ocasionar tantos problemas a tu salud**, en muchos países del mundo, incluida España, está prohibido que los menores de 18 años compren y beban alcohol. Si bebes alcohol podrían multarte a ti o a los que te lo han vendido o proporcionado.
- **Dentro de poco puede ser que tus amigos te animen a beber y puede ser difícil resistirse a su insistencia.** Cada persona debe encontrar su forma de rechazar el alcohol. Para unas es más fácil decir que «no» sin dar ninguna explicación; para otras puede ser mejor expresar sus motivos. Tú ¿qué es lo que harás?:
 - No, gracias.
 - No tengo ganas.
 - No acostumbro a beber. No me gusta.
 - ¿A mi me hablas?. Olvídame.
 - ¿Porqué sigues insistiendo si ya te dije que no?.
- **Si pasas del alcohol ligarás mejor**, estarás más seguro/a de ti mismo/a, lo pasarás mejor haciendo lo que te gusta como deportes, jugar con el ordenador, leer, estar con amigos/as, escuchar música, ...

Prevenir el consumo de alcohol.

¿Qué pueden hacer las familias?



1. Promueva resistir la presión de amigos/as. Enséñele a valorar su individualidad, a reflexionar de forma crítica sobre la «amistad», sobre la compatibilidad entre sus objetivos en la vida y los del grupo de amigos/as, sobre las consecuencias de sus actos y sus responsabilidades. Enséñele a decir «no»:
 - Simplemente di «no, gracias», sin rodeos. Si insisten: «no seas pesado/a, ya te he dicho que no, gracias, no me interesa». Repítelo todas las veces que haga falta, sin enfadarte
 - Si te presionan metiéndose contigo, mantén tu postura con seguridad y deja pasar el momento, no durará mucho. Si ven que actúas como un adulto, te respetarán.
 - Intenta responder a las presiones con respuestas sorprendentes o graciosas: «si bebes, se te van a pelar los cables», «¡denúnciame!» o «¡me lo prohíbe mi dentista!».
2. Refuerce su autoestima y autonomía responsable; elogie sus logros, el esfuerzo y la constancia, ayudándole a elaborar objetivos de futuro realistas. Anímele a encontrar y ser consciente de sus virtudes, a potenciarlas y a encontrar otras. Proporciónese responsabilidades de forma progresiva.
3. Destaque las ventajas de no consumir alcohol, como «ser mejor en el deporte, en las relaciones con los demás, en los estudios, etc.» Facilite otras alternativas de ocio y diversión.
4. Cree un clima de confianza. Hable sobre el alcohol de forma abierta, relajada y no amenazadora. Escúchele, hágale ver que su opinión es relevante para usted. Si se emborrachara él/ella o cualquiera de sus amigos, dígame que no dude en llamarle para ir a buscarle; todo el mundo puede cometer un error, pero es importante pedir ayuda llegado el caso. Demuéstrele que le quiere: un abrazo, un guiño, una sonrisa.
5. Establezca límites claros. Prohibir el consumo de alcohol no es represión ni castigo, como tampoco lo es la señal de «stop» en circulación. Al contrario, es una muestra de interés por su salud y seguridad.
6. Actúe de forma razonable pero firme. Es probable que discutan la prohibición sobre el consumo. Utilice argumentos sólidos basados en la investigación (ver punto nº 9).
7. Transmita valores. Un entorno que prescindiera al máximo del alcohol es fundamental para cuando crezca y tenga que tomar decisiones por sí solo/a. Admita que no es perfecto/a, pero intente ser auténtico/a. Pregúntese:
 - ¿Qué normas hay en casa respecto al alcohol? ¿Soy un modelo de consumo?.
8. Controle las emociones. Busque momentos de estabilidad y calma para hablar del tema, nunca en discusiones o enfados. Póngase en su lugar e intente analizar la situación desde su punto de vista.
9. Infórmese para adelantarse y evitar o compensar la búsqueda de información por otras fuentes. Consumir alcohol es ilegal, es peligroso para su salud física, psicológica y social y puede tener efectos graves para su futuro; le perjudicará de cara a los estudios, las relaciones o las aficiones. Consulte por ejemplo la web de pediatría <http://www.familiaysalud.es/>
10. Si detecta un consumo de alcohol, busque un momento tranquilo para explorar las razones que le han llevado a beber. Si es más habitual, busque la ayuda de profesionales.
11. La venta y/o el suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, así como el consumo de alcohol por los mismos es ilegal, (Ley 4/2015 del Principado de Asturias) y los/as progenitores o tutores responden por la sanción que se le imponga a un menor por consumo de alcohol.

¿Quieres ser el que lo sabe todo sobre el alcohol? Díselo a tus amigos/as:



- **El alcohol es considerada una droga** porque es capaz de actuar sobre el sistema nervioso, provocando una alteración física o psíquica, con capacidad de cambiar el comportamiento de la persona.
- **Cualquier consumo es un riesgo** y más si estás en crecimiento, pues dañas tus neuronas, hígado, estómago, corazón, riñones, ... además del poder de generar dependencia.
- **Al poco de consumirlo** hablas más, pierdes la vergüenza,..., pero el alcohol es un depresor. Esto significa que es una droga que enlentece o deprime el cerebro, así que luego te da el bajón, te sientes mal, pierdes el equilibrio, tienes ganas de vomitar, no puedes estudiar ni hacer deporte ni estar con los/as amigos/as.
- **Cuando una persona bebe una cantidad excesiva** de alcohol, puede hacer o decir cosas que no querría. Puede lastimarse a sí misma o a otras personas. También puede vomitar y sentirse muy mal.
- **Si No bebes alcohol conseguirás hacer mejor**, disfrutar más, de las cosas que te gustan, como jugar, hacer deporte, leer, escuchar música, hacer nuevos/as amigos/as...
- **Debido a que el alcohol provoca tantos problemas a tu salud**, las autoridades de muchos países del mundo han decidido que a los menores de 18 años no se les debe permitir comprar ni beber alcohol.
- **No es cierto que todo el mundo beba alcohol**. Cuando alguien te diga que eres inmaduro por no beber alcohol, no creas sus palabras. De hecho, le estarás demostrando que eres más maduro (lo que significa “ser mayor”) que él/ella al mostrarle tu inteligencia y tu fuerza de voluntad.

¿Quieres ser el que lo sabe todo sobre el alcohol? Díselo a tus amigos/as:



- **El alcohol es considerada una droga** porque es una sustancia que introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física o psíquica, con capacidad de cambiar el comportamiento de la persona; altera el estado de ánimo, la percepción y el funcionamiento cerebral, produce tolerancia (es decir necesidad de mantener el consumo para evitar malestar), dependencia y el consiguiente «mono» (síndrome de abstinencia).
- **El alcohol es una droga depresiva.** Esto significa que hace más lento el funcionamiento del sistema nervioso central al bloquear los mensajes que intentan llegar al cerebro. Es lo que altera las emociones, los movimientos, la vista y el oído.
- **Puede parecer que la bebida te hace más «interesante»**, pero los cambios que ocasiona el alcohol en el sistema nervioso pueden llevar a que una persona haga tonterías o cosas vergonzantes. Los jóvenes que beben alcohol tienen más probabilidades de involucrarse en peleas y tener accidentes que los que no beben. La bebida también produce mal aliento, y a nadie le gusta tener una resaca.
- **La investigación científica ha demostrado los riesgos y daños para la salud que provoca su consumo** a nivel físico, psicológico o social, aunque éstos pueden ser diferentes.
- **Debido a que el alcohol puede ocasionar tantos problemas a tu salud**, en muchos países del mundo, incluida España, está prohibido que los menores de 18 años compren y beban alcohol. Si bebes alcohol podrían multarte a ti o a los que te lo han vendido o proporcionado.
- **Dentro de poco puede ser que tus amigos te animen a beber y puede ser difícil resistirse a su insistencia.** Cada persona debe encontrar su forma de rechazar el alcohol. Para unas es más fácil decir que «no» sin dar ninguna explicación; para otras puede ser mejor expresar sus motivos. Tú ¿qué es lo que harás?:
 - No, gracias.
 - No tengo ganas.
 - No acostumbro a beber. No me gusta.
 - ¿A mi me hablas?. Olvídate.
 - ¿Porqué sigues insistiendo si ya te dije que no?.
- **Si pasas del alcohol estarás más seguro/a de ti mismo/a**; ligarás mejor, lo pasarás mejor haciendo lo que te gusta como deportes, jugar con el ordenador, leer, estar con amigos/as, escuchar música, ...



PROTOCOLO ESCOLAR-ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

PROTOCOLO NEONATAL-ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

- Información sobre plásticos.
- Obesidad infantil: alimentación, actividad física y medio ambiente QUE INCLUYE: La Encuesta medioambiental escolar.
- La versión reducida para OMI de la Hoja verde exploratoria medioambiental.

PROTOCOLO DE LACTANTE- ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

- Obesidad infantil: alimentación, actividad física y medio ambiente QUE INCLUYE la versión reducida para OMI de a encuesta sobre actividad física y alimentación infantil.

SE INCLUYEN ADEMÁS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Guía de prevención del consumo temprano de alcohol en la edad pediátrica para el profesional sanitario.
- Guía de prevención del consumo temprano de alcohol en la edad pediátrica para el profesional sanitario (GUÍA BREVE).
- ❖ De especial interés es la consulta de la “Youth-Guide-Pocket-for-Alcohol-Screening”.

Disponible en :

<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/youthguide/youthguidepocket.pdf>



PROTOCOLO ESCOLAR-PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL (PIRSS)

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES

- Indicadores en el niño víctima de violencia de género está recogido en el **PROTOCOLO NEONATAL Y DE LACTANTE- PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL-(PIRSS)**.

Se incluye además:

- Orientaciones sobre el acoso escolar en el Principado de Asturias
Autores: Equipo Técnico de la Dirección General de Ordenación Académica de la Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.



materiales de apoyo a la acción educativa
orientación educativa

Lo vas a consentir



maltrato cero

Orientaciones sobre el acoso escolar

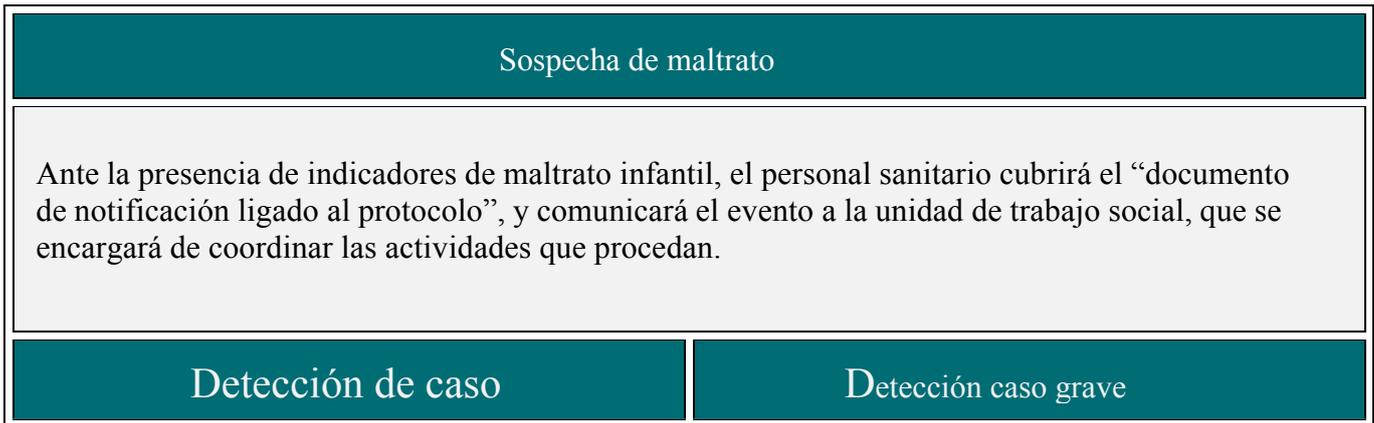


ACTUALIZACIÓN Y ADAPTACIÓN A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS DEL
SESPA DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS CASOS DE
MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR (AIAASMI)

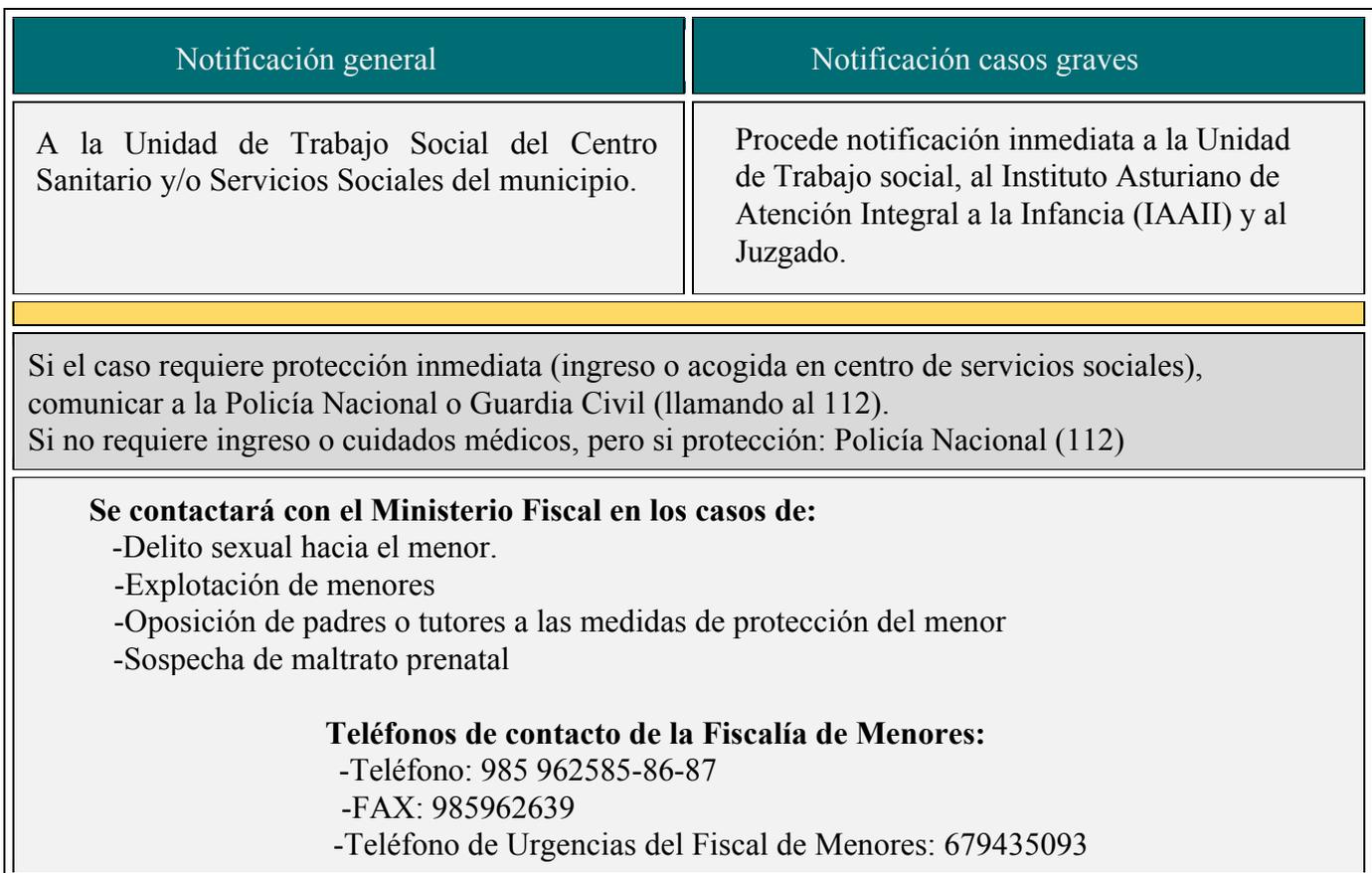
Se edita y difunde como documento aparte.

Procedimiento ante sospecha de maltrato.

Detección



Notificación



La notificación se hará utilizando el documento (informe) ligado al Protocolo, creado al efecto.

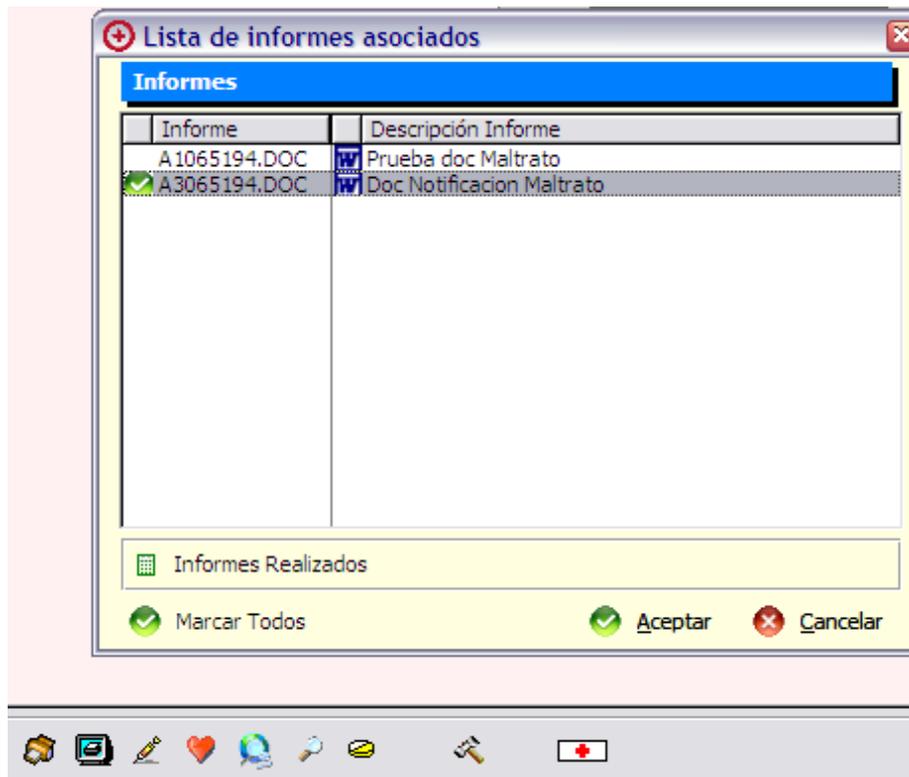
Obtención del documento de notificación en OMI

Estas instrucciones aparecen haciendo clic en el botón señalado con la flecha azul

El documento de notificación de sospecha de maltrato está disponible como informe ligado al protocolo. Para generarlo, una vez cubierto el protocolo de maltrato, haremos clic en el icono de la impresora situado en la barra inferior a la izquierda (flecha negra, en la imagen de abajo).

El documento de notificación aparecerá directamente en pantalla, salvo que en este PPJ existan más informes ligados a protocolo. En este último caso, se abre una ventana en la que aparece la lista de todos los informes asociados a protocolo (en formato Word) que haya en el PPJ.

Al hacer doble clic en el informe que nos interesa (en este caso, el documento de notificación de sospecha de maltrato), se abre el documento de Word, en el que ya figuran automáticamente los datos del paciente, los del notificador, y el tipo o tipos de maltrato que hayamos registrado. En este documento debemos rellenar los indicadores y datos de exploración que procedan.

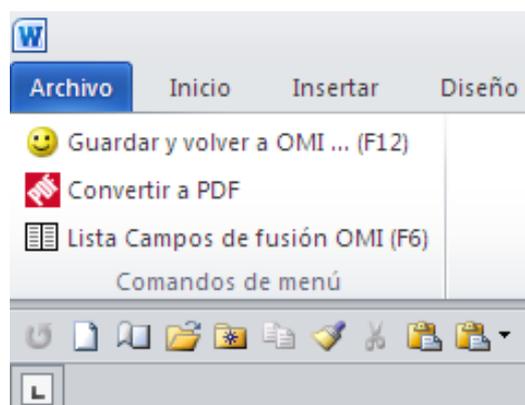


Una vez rellenado el documento de notificación de sospecha de maltrato, debe quedar correctamente guardado. Para ello se puede seguir cualquiera de estas dos opciones:

A) Pulsar la tecla F12

O bien:

B) Ir a Archivo y hacer clic en "Guardar y volver a OMI" (icono de la cara sonriente)



A continuación aparece la pregunta: "*¿Guardar en la historia clínica?*". Debemos responder "*Sí*". Después, aparece otra pregunta: "*¿Quiere que el documento sea definitivo?*". Podemos responder "*Sí*" o "*No*", según deseemos o no permitir modificaciones posteriores del documento.

-Respondiendo "*Sí*", se guarda el documento, y se permite consultarlo en el futuro, pero no modificarlo.

-Respondiendo "*No*", se guarda el documento, y además se podrá modificar posteriormente. Una vez guardado el documento, automáticamente se vuelve al tapiz de OMI.

Si en el futuro quisiéramos acceder al documento de notificación, tanto para consultarlo como para modificarlo, lo haríamos desde el Tapiz/Actividades preventivas, donde se puede seguir cualquiera de estas dos opciones:

- A) Hacer doble clic en la línea del protocolo (flecha azul_1)
- B) Hacer doble clic en la línea del documento (flecha negra_2)

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

18/10/2016 - VICTOR - &V4 PSI ESCOLAR.2016 MATRIX

- * Edad actual (años) : 3
- >Sospecha Maltrato Infantil* : SI
- Negligencia[X]
- Abandono emocional[X]
- Violencia de género[X]
- Notificar Infancia (IAAII)[X]
- 18/10/2016 - Doc. Notificacion Maltrato

A blue arrow labeled '1' points to the top header line. A black arrow labeled '2' points to the document content area.

Una vez realizada cualquiera de las opciones anteriores, obtendremos la siguiente pantalla:

File Edit Gestión Auxiliares Listados Ventana Ayuda

Protocolo -> &V4 PSI ESCOLAR.2016 MATRIX

Todos | Curso descriptivo | Episodio : ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Buscar: |

Fecha	Descripción	Prof.	
18/10/2016	&V4 PSI ESCOLAR.2016 MATRIX	VTA	ACTIVIDADES PREVENTIVAS

A green arrow points to the printer icon in the top left. A red arrow points to the first row of the table.

Para visualizar e imprimir directamente el documento (sin pasar por el protocolo), haremos clic en el icono de la impresora de la parte superior izquierda de la pantalla (flecha verde).

Para modificar el documento, haremos clic en la línea del protocolo (flecha roja) y una vez en el protocolo, seleccionando la pestaña de maltrato, podremos realizar las modificaciones oportunas.

Documento de notificación ante sospecha de maltrato

El documento aquí expuesto es una muestra, de lo que obtendremos en la realidad. Se trata de un “informe ligado al protocolo”, que se va haciendo y rellenando en segundo plano, a medida que cubrimos los items de la pestaña de "maltrato". De esta forma, el “informe/documento”, con sus datos (Documento de notificación) quedará incorporado en la historia clínica.

El documento de notificación, corresponde a la modificación del anexo3 de la Guía de actuación sanitaria e incorpora la violencia de género, como un indicador de maltrato.

Fecha :

Identificación del menor
Apellidos:Nombre: Domicilio:CP:Localidad:..... Sexo:Fecha de nacimiento:Teléfono: Médico:Acompañante/s:

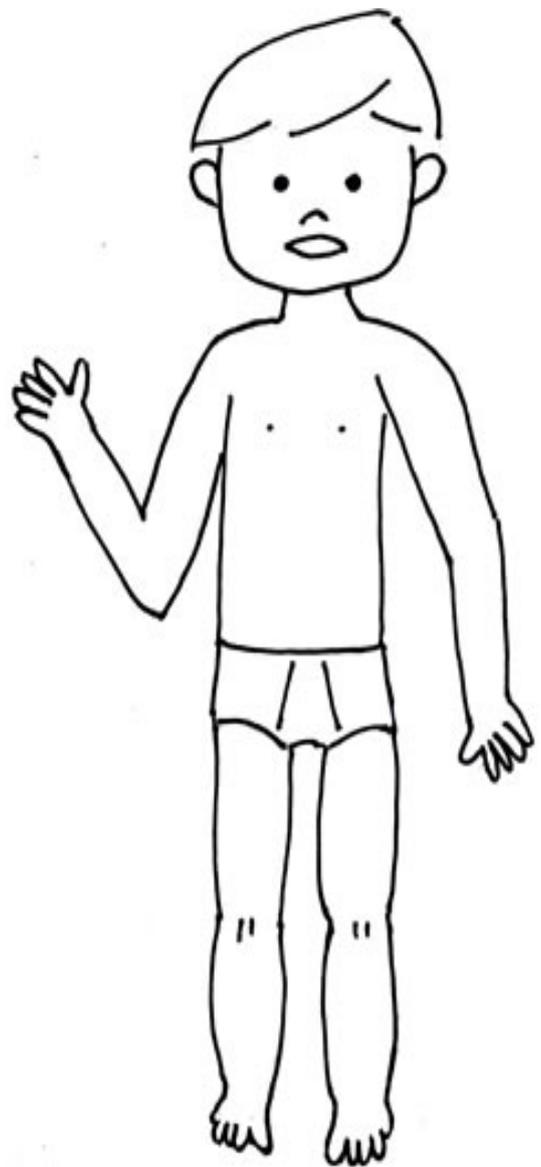
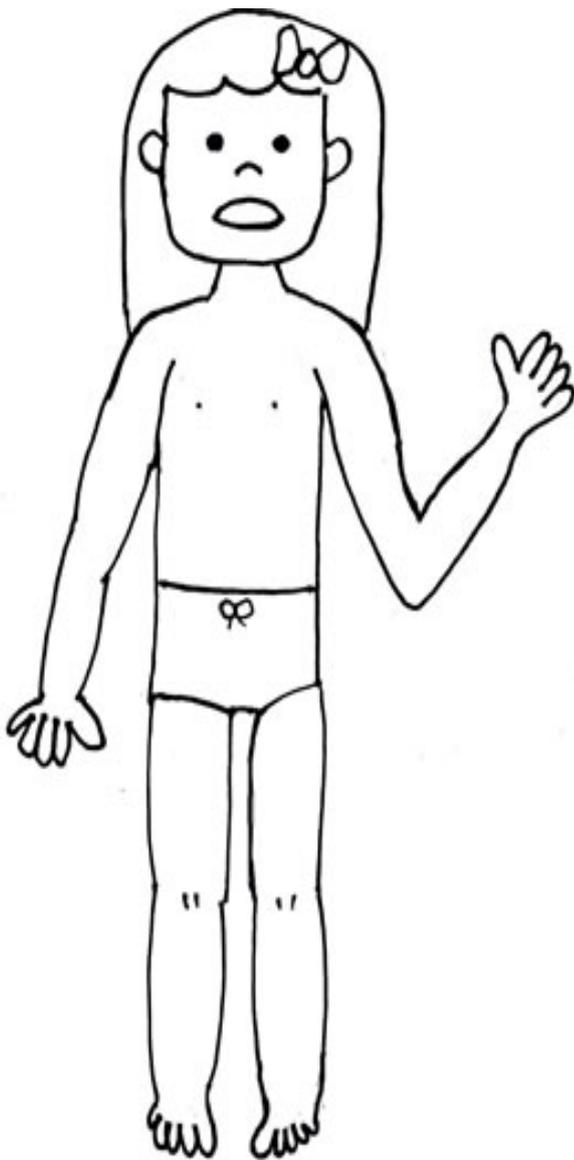
Identificación del notificador
Apellidos:Nombre: Centro de trabajo: CP:.....Localidad:..... Nº Coleg:Tfno:Fecha de notificación:..... Categoría profesional (marcar con una x): MédicoATS/DUEMatronaT. SocialPsicólogo/a ...

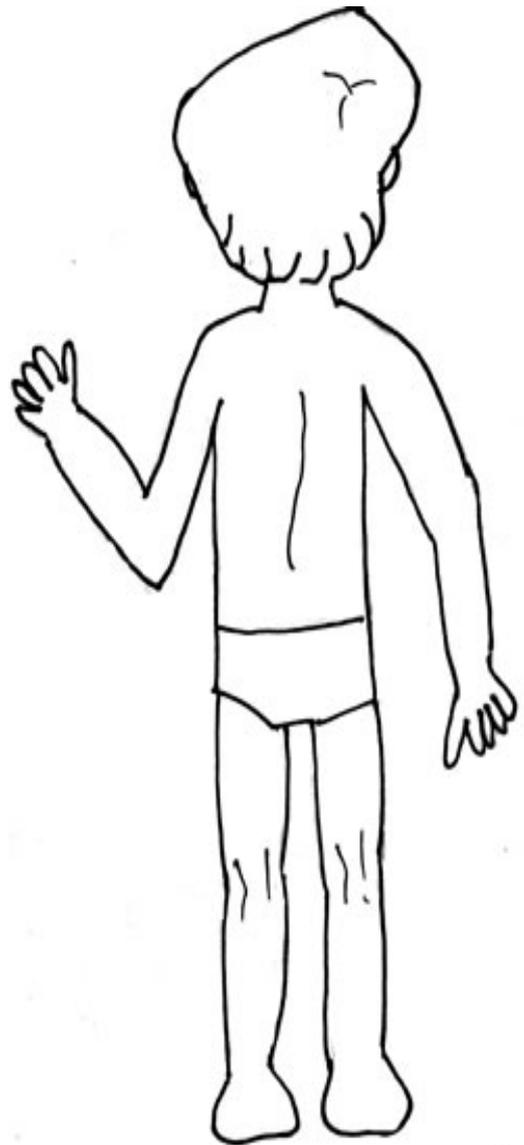
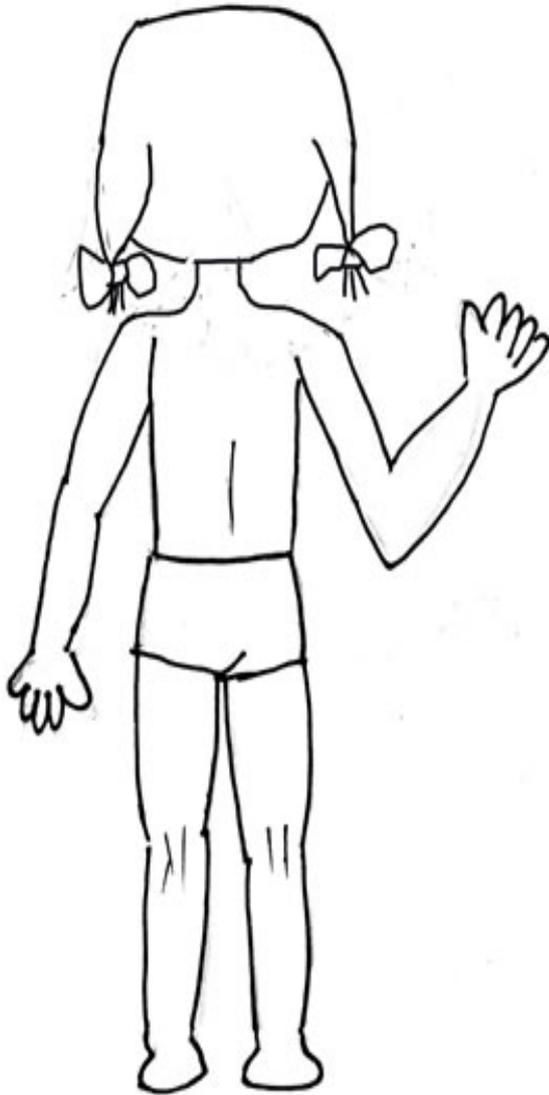
Identificación del presunto responsable del maltrato o abandono
Nombre y Apellidos: DNI: otros/as: Relación con el menor : Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Tutor/a: <input type="checkbox"/> Guardador/a <input type="checkbox"/> Compañero/a padre o madre <input type="checkbox"/> Acogedor/a <input type="checkbox"/> . Otra relación; especificar: No se tiene constancia de quién es el causante del maltrato o abandono: En su caso, persona / entidad que identifica al causante del maltrato o abandono:

Maltrato físico: []	Abuso sexual: []
Magulladuras o hematomas [] Quemaduras [] Fracturas [] Heridas o erosiones [] Lesiones viscerales [] Mordedura humana [] Síndrome de Münchhausen por poderes []	Dolor o picor en la zona genital [] Contusiones o sangrado en genitales externos, o ano [] Enfermedad venérea [] Cervix o vulva hinchadas o rojas [] Semen en la boca, genitales o en la ropa [] Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia) []
Negligencia:[]	Maltrato emocional:[] / Abandono emocional:[]
Escasa higiene [] Constante falta de supervisión [] Cansancio o apatía permanente [] Problemas físicos médicos no atendidas [] Es explotado, trabaja en exceso [] No va a la escuela []	Manifestaciones de rechazo, desprecio, etc. [] Privación afectiva [] Aislamiento social por sobreprotección [] Violencia de género []
Violencia de género: []	Maltrato prenatal: []
Problemas de agresividad e inhibición [] Ve como hostil la conducta de otros [] Problemas de autocontrol [] Dific.expresar y comprender emociones [] Baja autoestima []	Alcoholismo u otras toxicomanías madre [] Embarazos sin seguimiento médico [] Incumplimiento de pautas médicas [] Exceso de trabajo corporal [] Violencia de género []

Observaciones.

Localización de las lesiones





Observaciones:

Indicadores en el niño víctima de Violencia de género intrafamiliar.
(Modificado)*

Sociales	Emocionales	Cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de interacción social. - Problemas de agresividad. - Problemas de inhibición. - Dificultades para interpretar las claves sociales. - Falta de habilidades de resolución de problemas sociales. - Tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de los otros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de empatía. - Dificultades para expresar y comprender emociones, tanto propias como ajenas. - Problemas de autocontrol de la propia conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima. - Indefensión aprendida. - Tendencia a no enfrentarse a nuevas tareas por miedo al fracaso y/ a la frustración. - Problemas de egocentrismo cognitivo y social. - Juicios morales heterónomos: más permisivos con sus transgresiones que con las de los demás.

* Espinosa Bayal A. Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar

Disponible en:

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_formacion/eu_def/adjuntos/ANGELES%20ESPINOSA%20Las%20hijas%20e%20hijos%20de%20mujeres%20maltratadas.pdf

Maltrato emocional

Indicadores físicos	Comportamiento	Conducta cuidadores
<ul style="list-style-type: none"> - Retraso en el desarrollo psicomotor. - Fallo de medro inorgánico. - Retrasos en adquisición de funciones madurativas: control esfínteres, hábito de masticar, por ejemplo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente. - Inhibido en el juego. - Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso. - Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son o bien demasiado “adultas” (ej. hacer el papel de padre de otros) o demasiado infantiles (ej. mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis). - Retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual - Intentos de suicidio. - Desconfianza hacia los adultos cuando le hacen promesas o ante actitudes positivas. - Paradójica reacción de fácil adaptación a desconocidos. - Busca contactos físicos inapropiados. - Conductas extremas: demasiado adultas o demasiado infantiles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ignorar y/o aislar al menor. - Evitar que interactúen con otros adultos y mantener experiencias sociales normales. - Impide formar amistades. - Le hace creer que se encuentra solo en el mundo. - Rechazo: A las iniciativas de contacto del menor y a la formación de relación de apego. - Exclusión en las actividades familiares. - Impedir la autonomía al adolescente. - Aterrorizar: Amenaza de castigo extremo o siniestro. - Expectativas inalcanzables so pena de castigo por no lograrlas. - Insultos, gestos, palabras intimidatorias. - Exigencia de respuesta a demandas contradictorias. - Amenaza de exponerle a humillación pública. - Construir creencia de mundo hostil y agresivo para él. - Violencia doméstica extrema y/o crónica: entre los padres en presencia del menor. - Violencia de género

Abandono emocional

Indicadores físicos	Comportamiento	Conducta cuidadores
<ul style="list-style-type: none"> - El abandono emocional, a menudo menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño/a y del cuidador. - Retraso en el desarrollo psicomotor. - Fallo de medro inorgánico. - Retrasos en adquisición de funciones madurativas: control esfínteres, hábito de masticar.... 	<ul style="list-style-type: none"> - Enanismo psicosocial: -Retraso de crecimiento y bajo peso. -Retraso psicomotor. -Retraso intelectual y cognitivo. -Trastornos en la expresión y lenguaje. -Trastornos en la regulación de esfínteres. -Falta de sonrisa y apatía. -Facciones avejentadas. - Niños/as más mayores: -Síntomas depresivos. - Desconexión afectiva. - Síntomas ansiosos y compulsivos. - Trastornos psicósomáticos. - Conductas antisociales. - Conductas regresivas. - Masturbación pública y/o de forma excesiva. - Comportamientos autogratificantes (balanceos) - Desconfianza hacia los adultos cuando le hacen promesas o ante actitudes positivas. - Paradójica reacción de fácil adaptación a desconocidos. - Busca contactos físicos inapropiados. - Conductas extremas: demasiado «adultos» o demasiado «infantiles». 	<ul style="list-style-type: none"> - Ignorar - Ausencia total de disponibilidad hacia el niño/a. - Falta de respuesta a los acercamientos del niño/a. - Frialidad y falta de afecto. - Falta de participación en las actividades diarias del niño/a. - Falta de protección ante amenazas externas y denegación de ayuda cuando la necesita. - Ausencia de interés general. - Rechazo en la atención psicológica - A iniciar tratamiento de problema emocional o conductual, existiendo acceso a un recurso. Habiendo sido recomendado por profesionales expertos. - Retraso en la atención psicológica - No buscan o proporcionan ayuda psicológica ante una alteración emocional /conductual. y/o ante circunstancias extremas de evidente necesidad de ayuda. - Violencia de género

Maltrato físico

Indicadores físicos	Comportamiento	Conducta cuidadores
<p>- Lesiones cutáneo-mucosas: Hematomas, contusiones, heridas, pinchazos, laceraciones, quemaduras, mordeduras, alopecia. Si además: - Lesión no congruente con la causa referida. - Múltiples o presencia frecuente y reiterada de lesiones, en distintos estadios evolutivos, en zonas no habituales y no prominentes. Sobre todo <3 años. -La forma delata el objeto.</p> <p>-Lesiones dentales: Cualquier tipo de lesión dental no congruente con la causa referida.</p> <p>- Lesiones osteoarticulares: cualquier tipo de fractura o traumatismo osteoarticular , máxime si añade: - No congruente con la causa referida a cualquier edad. Sobre todo en < 2 años - Múltiples, recurrentes y en distintos estadios evolutivos. - Las más frecuentemente observadas serán fracturas sugerentes de impacto directo: cráneo-faciales, costillas, vértebras, huesos planos, dedos.</p> <p>- Lesiones internas: suelen traducir el resultado de una fuerza o impacto directo sobre una cavidad ósea, afectando a los órganos o vísceras que contienen: cerebro, ojo, oído o cualquier víscera toracoabdominal. Suele verse: hematoma subdural o epidural, hemorragias subaracnoideas hemorragias retinianas, desprendimiento retina hematoma pulmonar, o de bazo, hemo, neumó o quilo-tórax.</p>	<p>- Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.</p> <p>- Se muestra aprensivo cuando otros niños/as lloran.</p> <p>- Muestra conductas extremas (ej. agresividad o rechazo extremos).</p> <p>- Parece tener miedo de sus padres.</p> <p>- Informa que su padre/madre le ha causado alguna lesión.</p>	<p>- Ha sido objeto de maltrato en su infancia.</p> <p>- Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño/a.</p> <p>- No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño/a, o éstas son ilógicas no convincentes o contradictorias.</p> <p>- Percibe al niño/a de manera significativamente negativa (ej. le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.).</p> <p>- Psicótico o psicópata.</p> <p>- Abusa del alcohol u otras drogas.</p> <p>- Intenta ocultar la lesión del niño/a o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.</p> <p>- Cambios frecuentes de pediatra.</p> <p>- No muestra preocupación por las lesiones, no acude a las citas informativas del médico o abandona al niño/a en el hospital y apenas lo visita.</p>

Negligencia

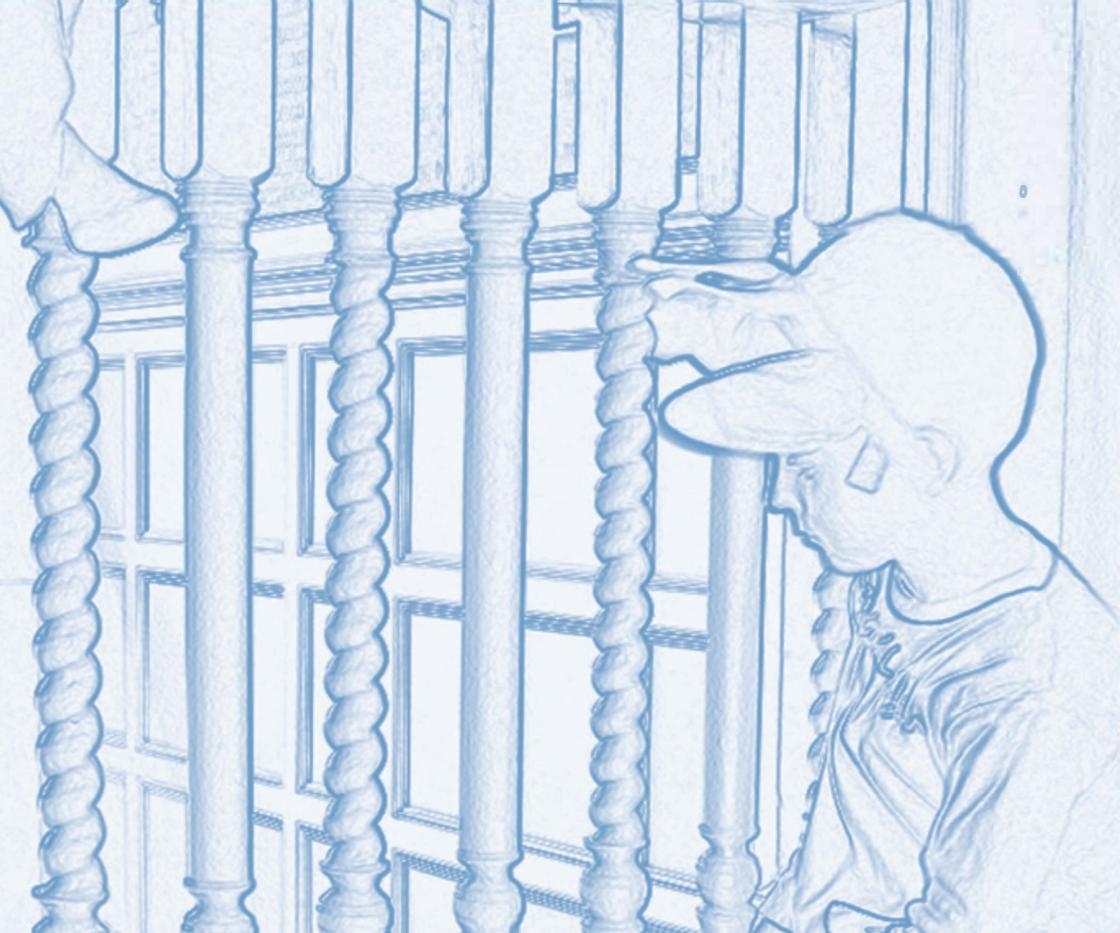
Indicadores físicos	Comportamiento	Conducta cuidadores
<p>1. Derivados de una alimentación inadecuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fallo global de desarrollo. -Retraso psicomotor. -Retraso en el desarrollo puberal. -Raquitismo. -Anemias o déficit de vitaminas o de oligoelementos: palidez, apatía, debilidad general. <p>2. Derivados de una higiene globalmente inadecuada (hogar, aseo personal).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aspecto de abandono: suciedad global. -Infestaciones por parásitos. -Infecciones piel, intestinales, respiratorias, repetidas. - Boca catastrófica. <p>3. Derivados de la exposición a condiciones ambientales inadecuadas.</p> <p>4. Accidentes domésticos repetidos.</p> <p>5. Derivados de la falta de atención a las enfermedades agudas o crónicas, in cumplimiento de las recomendaciones de prevención de enfermedades (vacunas, revisiones de salud para cribado de patologías, tratamientos preventivos en enfermedades crónicas como el asma, la diabetes).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participa en acciones delictivas (ej. vandalismo, prostitución, drogas alcohol, etc.) - Pide o roba comida. - Dice que no hay nadie que lo cuide. - Absentismo escolar y/o no cumple los horarios - Conductas para llamar la atención. - Conductas autogratificantes o movimientos autoestimulativos. - Trabajos inadecuados a su edad. - Inmadurez emocional; retraso madurativo global. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de drogas y alcohol. - La vida en el hogar es caótica. - Muestra evidencias de apatía o inutilidad. - Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual. Tiene una enfermedad crónica. - Fue objeto de negligencia en su infancia. - Muestra poca preocupación por la higiene, el vestuario, la alimentación y los controles sanitarios del niño/a. - Seguimiento inadecuado de las enfermedades del niño/a. - Falta de cumplimiento de los tratamientos médicos prescritos al niño/a. - Exterioriza pobreza, ignorancia o incultura.

Abuso sexual

Indicadores físicos	Comportamiento	Conducta cuidadores
<p>-Signos externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si es agudo o reciente: ropa interior rasgada, con sangre, semen o fluidos. - Dificultad para caminar - Lesiones cutáneas en cara interna muslos, rodillas, pubis, cuello o mamas. - Señales de lucha en la piel: Petequias, marcas en el cuello. <p>- En los genitales: cualquier tipo de lesión: hemorragias, edema, signos de infección, heridas, hematomas, desgarros al nivel de vulva, vagina, labios, región perianal, y en el varón a nivel del pene o zona anal.</p> <p>Presencia de cuerpos extraños en vagina o recto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilataciones himeneales >5-6 mm; rupturas de himen. - Dilatación anal > 15mm, verrugas perianales, fisuras múltiples. <p>- Embarazo al inicio de la adolescencia con otros factores asociados: comportamentales.</p> <p>- Enfermedades de transmisión sexual: (descartado que se hayan transmitido de forma perinatal):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se considera seguro el abuso sexual si presentan: Sífilis, Gonococia, Chlamydia trachomatis e infección VIH - Muy sospechoso, ante: Trichomonas vaginales, Herpes genital y Condiloma acuminado anorrectal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parece reservado, rechazante, con fantasías o conducta infantil, incluso puede parecer retrasado. - Ansiedad, fobias. - Tiene escasas relaciones con sus compañeros. - Comete acciones delictivas o se fuga. - Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales a su edad. - Dice que ha sido atacado por un padre/cuidador. - Pudor inexplicable y exagerado en la exploración médica genital. - Exceso de interés o de evitación en lo relativo a temas sexuales. - Conductas, conocimientos o juegos de carácter sexual inapropiados a su edad. - Agresividad sexual hacia otros niños/as; masturbación en sitios públicos. - Trastornos en el control de esfínteres que no existían: enuresis, encopresis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Extremadamente protector o celoso del niño/a. - Alienta al niño/a. a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia de cuidador/a. - Sufrió abuso sexual en su infancia. - Experimenta dificultades con su pareja. - Abuso de drogas o alcohol. - Está frecuentemente ausente del hogar. - Falta de apego.

Maltrato prenatal

Indicadores físicos	Comportamiento	Conducta cuidadores
<ul style="list-style-type: none"> - Prematuridad. - Retraso crecimiento intrauterino o bajo peso. - Síndrome de abstinencia a drogas. - Fenotipo característico: S. de alcohol fetal. - Enfermedades de transmisión vertical: HIV, Hep. B y C. - Signos de sufrimiento fetal por abandono en el momento del parto. - Retraso del desarrollo psicomotor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de la conducta y del comportamiento. - Dificultades del aprendizaje. - S. de abstinencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo del embarazo o indiferencia emocional. - Falta de todos los cuidados básicos de la embarazada, incluido el propio seguimiento del embarazo. - Consumo de fármacos, alcohol o drogas. - Exceso de trabajo corporal. - Negligencia o maltrato a la madre por parte del padre o compañero. - Actividades delictivas. - Violencia de género.



Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil



Actualización y adaptación informática 2017

