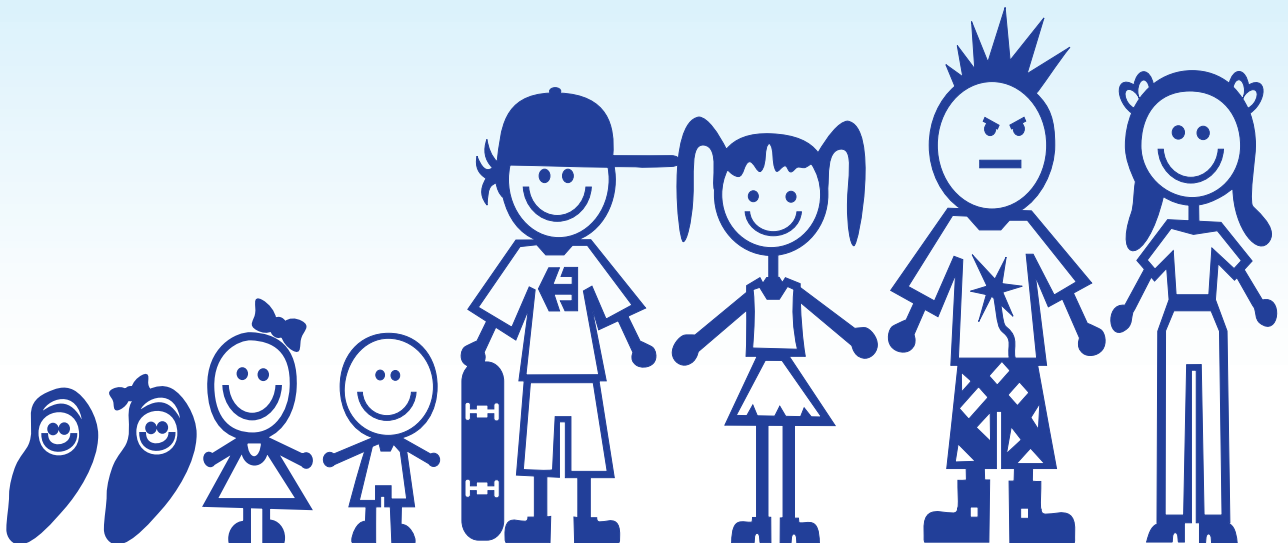


PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE CANTABRIA (PSIAC)





**PROGRAMA DE SALUD
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
DE CANTABRIA
(PSIAC)**



Autores: Grupo de Trabajo del PSIAC.

Edita: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública.

ISBN: 978-84-697-1986-2.

Depósito legal: SA-783-2014

Imprenta Regional de Cantabria 10/881



*Vuestros hijos no son vuestros hijos.
Son los hijos y las hijas del ansia de la Vida por sí misma.
Vienen a través vuestro, pero no son vuestros,
y aunque vivan con vosotros, no os pertenecen.*

*Podéis darles vuestro amor, pero no vuestros pensamientos,
pues ellos tienen sus propios pensamientos.
Podéis abrigar sus cuerpos, pero no sus almas,
pues sus almas habitan en la mansión del mañana, que vosotros no
podéis visitar, ni siquiera en sueños.
Podéis esforzaros en ser como ellos, pero no intentéis hacerlos como
vosotros.
Porque la vida no retrocede ni se detiene en el ayer...*

Khalil Gibran







ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	7
2. INTRODUCCIÓN	9
3. GRUPO DE TRABAJO	11
4. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA	13
5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	17
6. POBLACIÓN DIANA.....	19
7. EL PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (PSIAC)....	21
8. CONTENIDO DE LAS VISITAS	25
8.1 Por edades.....	25
Visita Prenatal (opcional).....	25
Primera visita del Recién Nacido en el CS (antes de las 48-72 horas tras el alta hospitalaria).....	26
Visita al mes de edad	35
Visita de los 2 meses.....	41
Visita de los 4 meses.....	46
Visita de los 6 meses.....	51
Visita de los 9 meses (Enfermería).....	59
Visita de los 12 meses	64
Visita de los 15 meses (Enfermería)	70
Visita de los 18 meses	75
Visita de los 2 años	81
Visita de los 3 años	88
Visita de los 4 años (Enfermería)	96
Visita de los 6 años	102
Visita de los 9 años (Enfermería)	109
Visita de los 12 años.....	115
Visita de los 14 años.....	122
Visita de los 16 años (opcional)	
8.2 Recomendaciones para el seguimiento de recién nacidos menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas de gestación.....	129
8.3 Recomendaciones para el seguimiento de los niños con Síndrome de Down	139
9. GUÍAS DE CONSEJOS POR EDADES	161
Guía del nacimiento a los 2 meses.....	161
Guía de los 2 a los 4 meses.....	165
Guía de los 4 a los 6 meses.....	167
Guía de los 6 a los 9 meses.....	169

Guía de los 9 a los 12 meses.....	171
Guía de los 12 a los 18 meses.....	173
Guía de los 18 meses a 2 años.....	176
Guía de los 2 años.....	179
Guía de los 3 y 4 años.....	183
Guía de los 6 años.....	187
Guía de los 9 años.....	190
Guía de los 12 años.....	193
Guía de los 14 años.....	197
10. ANEXOS TÉCNICOS.....	201
Anexo I. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento ..	201
Anexo II. Curvas de crecimiento.....	202
Anexo III. Factores de Riesgo del desarrollo Psicomotor.....	226
Anexo IV. Signos de alarma del desarrollo psicomotor.....	228
Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.....	232
Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.....	234
Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.....	236
Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.....	240
Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.....	241
Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D.....	243
Anexo X. Recomendaciones para la realización del Mantoux.....	244
Anexo XI. Instrumento de valoración M-CHAT (para el profesional).....	246
Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad.....	247
Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular.....	248
11. MATERIAL INFORMATIVO.....	249
12. EVALUACIÓN.....	269
Cobertura Poblacional.....	270
Cribado de enfermedades endocrino-metabólicas congénitas.....	272
Cribado de otras alteraciones congénitas: Hipoacusia Neurosensorial.....	273
Lactancia Materna.....	273
Vacunaciones.....	274
Crecimiento Físico: Exceso de Peso (Sobrepeso y Obesidad).....	275
Cribado Visual.....	276
Problema Social y/o Maltrato infantil desde el ámbito sanitario.....	277
13. BIBLIOGRAFÍA.....	279
14. ACRÓNIMOS.....	293
15. AGRADECIMIENTOS.....	295



1. PRESENTACIÓN

El Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria supone un gran paso adelante en la atención sanitaria a los más jóvenes de nuestra comunidad autónoma que pone de manifiesto la decidida apuesta de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales por la promoción de la salud y la educación para la salud.

Esta ha sido siempre una prioridad en un ámbito tan sensible dentro de la población como es la infancia y la adolescencia, una etapa de la vida con una problemática muy específica que en el Programa que ahora les presentamos adquiere identidad propia.

Nadie duda de los grandes avances que para la salud de los cántabros más jóvenes ha supuesto el desarrollo, desde el año 2001, del Programa de Atención al Niño Sano de Cantabria, pero ha pasado mucho tiempo desde entonces y la sociedad ya no es la misma.

Era necesaria, por lo tanto, una actualización que tuviese en cuenta los cambios producidos en las diferentes maneras de enfermar y de afrontar las enfermedades, contemplando situaciones nuevas que antes no existían, como las dependencias de las redes sociales, ciberacosos o los cambios en el desarrollo psicosexual de los jóvenes de hoy, definiendo las actuaciones comunes a realizar por los profesionales sanitarios, pero sin olvidar las necesidades individuales y resaltando el trabajo en equipo.

Y para llevar a cabo estas actualizaciones, nadie mejor que los propios profesionales, que han formado parte de un grupo de trabajo multidisciplinar en el que han estado representados todos los estamentos implicados: pediatras, enfermería de pediatría y Administración sanitaria.

Con la iniciativa y coordinación de esta Consejería, a través de la dirección general de Salud Pública, los profesionales han realizado un arduo trabajo, invirtiendo voluntariamente muchas horas de su tiempo libre en beneficio de todos, un esfuerzo desinteresado que les agradezco en nombre de toda la sociedad de Cantabria.

Este Programa potencia la educación y la promoción de la salud, fomenta la responsabilidad individual y pone en marcha el principio de continuidad asistencial desde el hospital de nacimiento al Centro de Salud tras el alta hospitalaria. Incluye recomendaciones específicas para el seguimiento de determinadas circunstancias médicas y tiene en cuenta también la detección precoz de situaciones sociales de riesgo para la salud o de maltrato en los niños.

La evaluación periódica del Programa nos orientará sobre la realidad del estado de salud de este grupo de población y nos servirá como una herramienta muy útil para la



toma de decisiones en el futuro. Estoy segura de que con ello contribuiremos a seguir mejorando la salud y la calidad de vida de los niños y adolescentes cántabros, a través de su desarrollo diario por los magníficos profesionales de pediatría y enfermería de pediatría con los que cuenta nuestro sistema sanitario.

MARÍA JOSÉ SÁENZ DE BURUAGA
CONSEJERA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
GOBIERNO DE CANTABRIA



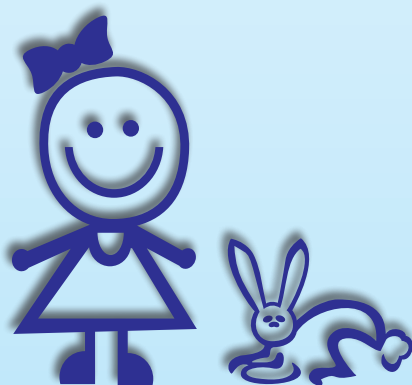
2. INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida resultan críticos para el posterior desarrollo físico e intelectual de las personas. Durante estos primeros años pueden acontecer una serie de factores de origen biológico, psíquico y sociológico, en muchos casos de riesgo, que influyen decisivamente en el correcto crecimiento y desarrollo psicomotor de los niños.

Los Programas de Prevención y Promoción de la Salud en la infancia y adolescencia, comprenden en su desarrollo la implementación de actividades preventivas, la identificación de grupos de riesgo de determinadas patologías, la supervisión del crecimiento y desarrollo psicomotor infantil, el cribado y detección precoz de enfermedades, y los consejos de prevención y educación para la salud.

El Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC) se enmarca en el desarrollo de los programas de prevención y promoción de la salud que se realizan en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

La Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria, considerando la necesidad de actualizar los protocolos que se estaban desarrollando en las consultas de Pediatría de Atención Primaria, promovió en 2013 la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, que recogiese las sensibilidades de todos los actores, instituciones y sociedades científicas implicadas. Se tomó como documento base el programa entonces existente de “Atención al Niño Sano de Cantabria”, cuya última revisión se realizó en 2001, incorporando en este documento las últimas evidencias científicas y recomendaciones disponibles en el momento de su confección.







3. GRUPO DE TRABAJO

Representantes de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (CSSS) y del Servicio Cántabro de Salud (SCS).

- **José Francisco Díaz Ruiz.** Director General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (CSSS).
- **Carmen Bonilla Miera.** Pediatra. Dirección General de Salud Pública (CSSS).
- **María Lourdes del Barrio Gómez.** Médico. Dirección General de Salud Pública (CSSS).
- **Raúl Pesquera Cabezas.** Médico. Director del Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Dirección General de Salud Pública (CSSS).
- **Ana Tejerina Puente.** Pediatra designada por la Sociedad Cántabra de Pediatría Extrahospitalaria. Centro de Salud de Los Corrales de Buelna (SCS).
- **Agustín Rollán Rollán.** Pediatra designado por la Gerencia de Atención Primaria. Centro de Salud del Sardinero y Consultorio de Liencres (SCS).
- **Brígida Nogales Soto.** Diplomada Universitaria de Enfermería (DUE) designada por la Gerencia de Atención Primaria. Centro de Salud de Astillero (SCS).
- **Pilar López Allende.** Diplomada Universitaria de Enfermería (DUE) designada por la Asociación de Enfermería de Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud de Covadonga (SCS).
- **Susana Fernández Iglesias.** Médico. Servicio de Atención Primaria. Subdirección de Asistencia Sanitaria (SCS).
- **Javier Cloux Blasco.** Pediatra. Coordinador OMI-AP Gerencia de Atención Primaria (SCS).
- **María Jesús Cabero Pérez.** Pediatra. Servicio de Pediatría HUMV (SCS).





4. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

Desde la **Declaración de Alma-Ata**, el 12 de Septiembre de 1978, en la que los representantes de 134 naciones instaron a la comunidad mundial a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de la ciudadanía del mundo, se ha recorrido un largo camino para, progresivamente a través de la Atención Primaria, alcanzar esa meta.

Los programas de salud infantil en Atención Primaria se configuraron en España, en Septiembre de 1984, a partir de la publicación de la **“Guía para la Elaboración del Programa del Lactante y Preescolar en Atención Primaria de Salud”** por parte de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. En ella se consideraba lactante y preescolar a la población de edad comprendida entre el nacimiento y los 6 años, estableciéndose el siguiente objetivo: “El propósito de este programa es contribuir a la promoción de un estado de salud que permita un crecimiento y desarrollo óptimos del niño en las áreas biológica, psíquica y social”. La responsabilidad del desarrollo de dicho Programa se encomendaba al Equipo de Atención Primaria (EAP) sobre una proyección de la población infantil española de entre 0 y 6 años, para el período 1978-1995, estimada entre un 10,6% en 1978 y 8,3% en 1995.

Posteriormente, en junio de 1986 se edita, por la misma Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio, la **“Guía para la Elaboración del Programa del Escolar y Adolescente en Atención Primaria de Salud”** entendiéndose por edad escolar, la comprendida entre los 6 y 14 años. La finalidad de la misma era orientar y facilitar la elaboración, por parte de cada EAP, de un Programa de acuerdo a los problemas de salud que fueran prioritarios en cada zona de salud, previo diagnóstico de la situación de salud a realizar por dicho Equipo.

Sobre la base de las actividades diseñadas por ambos Programas del Ministerio se planteó en Cantabria, por la Dirección de Atención Primaria del INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) de Cantabria en colaboración con la Consejería de Sanidad en 1990, la elaboración del **“Subprograma del Lactante y Preescolar en Cantabria”**. Éste iba dirigido, en un principio, a la población infantil de 0 a 5 años que sería atendida en los 9 Centros de Salud (CS) de Cantabria existentes en aquel año (23,82% de esa población), además de en los consultorios médicos (43,50%) y otros (32,68%).

Durante la década de los 90 se fue ampliando el número de CS existentes en nuestra Comunidad Autónoma así como la implementación de este Subprograma en los primeros 6 años de vida, tanto por el INSALUD (posteriormente Servicio Cántabro de Salud) cómo por la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

La población infantil de la franja escolar de los 6 a los 14 años también fue atendida progresivamente por estos CS así como por el “Programa de Salud Escolar de Cantabria”, cuyo último documento **“Guía de referencia para docentes y sanitarios”** fue editado por la Dirección General de Sanidad y Consumo de dicha Consejería en 1997. Este Programa, siguiendo las directrices internacionales (Red Europea de Escuelas promotoras de Salud, REEPS, a la que el Estado Español se adhirió en Marzo de 1993) colaboró en los programas o actividades de Educación para la Salud (EpS) en centros escolares, al tiempo que estaba abierto a posibles demandas y propuestas surgidas en medios educativos o sanitarios interesados en integrarse en dicha Red.

En mayo de 2001 el entonces ya conocido como **“Programa de Atención al Niño Sano”**, que venía aplicándose a la población infantil de entre 0 y 14 años en los CS y en los centros escolares en años anteriores como Programa de Salud, fue revisado y actualizado de forma parcial. El grupo de trabajo, formado por integrantes del SCS y de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, abordó únicamente los contenidos de los controles de salud infantiles establecidos en 1990 y añadidos posteriores, así como los Anexos de Guías de consejos para la salud.

Desde el año 2001 en Cantabria se han ido introduciendo actividades preventivas para mejorar la nutrición infantil, en consonancia con las actividades de prevención del exceso de peso de la **“Estrategia NAOS”** del Ministerio de Sanidad y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), elaborándose por la Consejería de Sanidad y el SCS, el **“Plan de Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007”** (posteriormente integrado en el “II Plan de Actuación: Salud en las Mujeres”). Las actividades de este Plan se establecieron en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SCS, cuya última revisión se efectuó en Septiembre de 2007, incluyendo nuevos servicios como “Promoción y Fomento de la Lactancia Materna” así como otros relativos a la salud psicomotriz infantil: “Fisioterapia, Logopedia y Estimulación en Atención Temprana”.

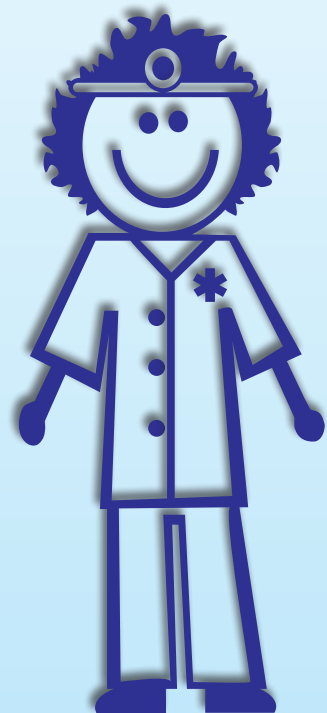
En Octubre de 2010, y nuevamente dentro del marco de la Estrategia NAOS en España, la Consejería de Sanidad elaboró y editó el **“Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física en la Infancia y Adolescencia de Cantabria”**. Su objetivo era disminuir el progresivo incremento de la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la población infantil y adolescente de Cantabria a medio-largo plazo, incidiendo sobre todo en la prevención del mismo, a través de la promoción de hábitos de alimentación y actividad física saludables en los diferentes ámbitos.

Al tiempo que se elaboraba este Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física en la Infancia y Adolescencia y siguiendo las directrices de la Estrategia NAOS, la Consejería y el SCS (junio de 2009) formaron un grupo de trabajo en el ámbito sanitario para la realización de un “Manual de prevención y abordaje del exceso de



peso en las consultas de pediatría de Atención Primaria” cuyo último borrador fue presentado en junio de 2011.

Otras Comunidades Autónomas han desarrollado o actualizado sus respectivos “Programas de Salud infantil” con diferentes variaciones respecto al número de visitas y sus edades, que se precisan para un buen control de la salud. En cuanto a los contenidos, detección de factores de riesgo, examen físico, pruebas complementarias y consejos de salud, etc., la evidencia científica de las mismas oscila entre una buena asociación entre actividad-beneficio y otras actividades que se realizan por consenso de grupos de expertos cómo por ejemplo, el **Programa de Salud Infantil/AEPap/2009** y el **Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad**. Actualizado Mayo 2014.







5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

a) General:

- Incrementar la salud de los niños y adolescentes de Cantabria y la de sus familias.

b) Específicos:

- Actualizar el número de visitas, edades de las mismas y contenidos de exámenes físicos, cribados de detección precoz y consejos de educación para la salud.
- Universalizar el desarrollo de las actividades del Programa por los profesionales de Pediatría en Atención Primaria.
- Establecer la coordinación entre el Hospital de nacimiento y la primera consulta al Centro de Salud antes de las 48-72 horas tras el alta hospitalaria.
- Incorporar a subprogramas específicos a los niños que pertenecen a grupos en los que existen protocolos diseñados para ellos, u otros que se consideren oportunos.
- Incluir las curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Actualizar el Documento de Salud Infantil (DSI) en línea con el desarrollo de las actividades de este Programa.
- Introducir en el Programa las recomendaciones establecidas sobre Lactancia Materna para los Centros de Salud IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), siguiendo las directrices de la OMS y UNICEF.
- Incluir los consejos sobre alimentación y actividad física saludables para la prevención del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en las consultas de Atención Primaria de acuerdo con el Programa de Alimentación saludable y Actividad Física en la Infancia y Adolescencia de Cantabria.
- Prevenir la desprotección infantil, identificando precozmente los indicadores sociales de riesgo para la salud e introduciendo un modelo de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.





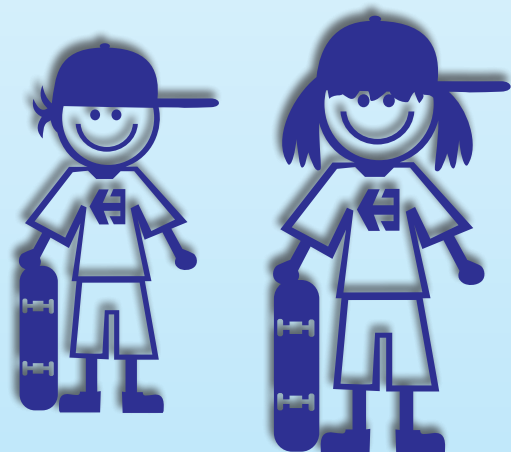
6. POBLACIÓN DIANA

La población diana del Programa es la incluida en los grupos de edad de 0 a 16 años que de acuerdo con el registro de la base de datos de la tarjeta sanitaria individual (TSI), a fecha 1 de mayo de 2014, muestra los siguientes resultados desglosados por sexos (**Tabla 1**).

Tabla 1
POBLACIÓN DE 0 - 16 AÑOS DE CANTABRIA
REGISTRADA EN LA BASE DE DATOS DE TARJETA SANITARIA
1 MAYO 2014

FRANJA DE EDAD	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
0 - 4	13.089	12.168	25.257
5 - 9	14.089	13.396	27.485
10 -14	12.327	12.062	24.389
15 -16	4.557	4.217	8.774
POBLACIÓN 0 -16	44.062	41.843	85.905

- 0 -4 = DE 0 A 4 AÑOS + 364 DÍAS
- 5 - 9 = DE 5 AÑOS CUMPLIDOS A 9 AÑOS + 364 DÍAS
- 10 -14 = DE 10 AÑOS CUMPLIDOS A 14 AÑOS + 364 DÍAS
- 15 -16 = DE 15 AÑOS CUMPLIDOS A 16 AÑOS + 364 DÍAS







7. EL PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE CANTABRIA (PSIAC)

El Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia que se presenta, se configura como un protocolo a seguir en los controles de las consultas de pediatría en Atención Primaria.

Cabe destacar que desde el año 2013, en el Servicio Cántabro de Salud se ha venido trabajando para que en los dos hospitales públicos donde nacen niños en nuestra Comunidad, se facilite a través de los Servicios de Atención al Usuario, la inmediata continuidad asistencial del recién nacido con su pediatra en el Centro de Salud correspondiente.

Aunque es difícil establecer límites precisos de edad para alguna de las actividades preventivas, se ha elaborado un **Programa de Visitas Periódicas**, sin perjuicio de modificaciones, en función de las necesidades individuales de cada niño.

- Visita Prenatal (opcional)
- Visita del Recién Nacido en el CS (antes de las 48-72 horas tras el alta hospitalaria)
- Visita al mes
- Visita de los 2 meses
- Visita de los 4 meses
- Visita de los 6 meses
- Visita de los 9 meses (DUE)
- Visita de los 12 meses
- Visita de los 15 meses (DUE)
- Visita de los 18 meses
- Visita de los 2 años
- Visita de los 3 años
- Visita de los 4 años (DUE)
- Visita de los 6 años
- Visita de los 9 años (DUE)
- Visita de los 12 años
- Visita de los 14 años
- Visita de los 16 años (opcional)

También contempla: “**Recomendaciones para el seguimiento de recién nacidos menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas de gestación**” y “**Recomendaciones para el seguimiento de los niños con Síndrome de Down**”.

Las visitas se complementan con **Anexos Técnicos** (para profesionales) y unas **Guías de Consejos y Material Informativo** (para las familias) (**Tabla 2**). Las Guías de Consejos y Material Informativo para las familias, estarán accesibles en las Webs de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria: www.saludcantabria.org y de la Escuela Cántabra de Salud: www.escuelacantabradesalud.es.

Este Programa cuenta con un sistema de Registro informático en OMI-AP, que permitirá conocer las actividades realizadas y hacer su **evaluación**.





Tabla 2.
VISITAS, GUÍAS DE CONSEJOS, ANEXOS TÉCNICOS, MATERIAL INFORMATIVO

VISITAS		GUÍAS DE CONSEJOS		ANEXOS TÉCNICOS		MATERIAL INFORMATIVO	
POR EDAD	CONTENIDO	EDAD	CONTENIDO				
Prenatal (opcional) RN antes de las 48-72 horas tras alta hospital. Al mes 2 meses 4 meses 6 meses 9 meses (DUE) 12 meses 15 meses (DUE) 18 meses 2 años 3 años 4 años (DUE) 6 años 9 años (DUE) 12 años 14 años 16 años (opcional)	1. Anamnesis 2. Exploración - Antropometría - Examen físico - D. psicomotor 3. Valoración riesgo individual - Riesgo biológico - Riesgo social 4. Exámenes complementarios 5. Actividades preventivas o terapéuticas 6. Consejo y promoción de la salud 7. Registro 8. Responsabilidad/duración de la visita 9. Imprescindibles 10. Anexos y Material informativo	Nacimiento a 2 meses 2 meses a 4 meses 4 meses a 6 meses 6 meses a 9 meses 9 meses a 12 meses 12 meses a 18 meses 18 meses a 2 años 2 años 3 y 4 años 6 años 9 años 12 años 14 años	- Alimentación - Desarrollo y conducta - Prevención de la muerte súbita del lactante - Prevención de las deformidades craneales - Prevención de accidentes - Higiene - Chupete - Regurgitaciones - Deposición - Obstrucción nasal - Fiebre - Vacunas - Vitaminas/suplementos - Dentición - Catarras - Actividad física y ocio - Tabaco, alcohol y otras drogas - Relaciones de pareja	I- Signos de adecuada postura y agarre y de eficacia amamantamiento. II- Curvas de crecimiento. III- Factores de riesgo del desarrollo psicomotor. IV- Signos de alarma del desarrollo psicomotor. V- 1- Indicadores sociales de riesgo para la salud. V-2- Modelo integral del maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores. VI- Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario. VII- Factores de riesgo de ferropenia. VIII- Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor. IX- Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D. X- Recomendaciones para la realización del Mantoux. XI- Instrumento de valoración M-CHAT (para el profesional) XII- Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad. XIII- Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular.	- Guías por edades. - Documento de Salud Infantil. - Folleto "Cuidados de salud para después del parto. Lactancia Materna". - Folleto "Cuidados de salud para después del parto. Lactancia Artificial". - Técnicas de extracción de la leche. - Maniobras de desobstrucción de Heimlich. - Protección frente a las radiaciones solares. - Alimentación complementaria. - Póster: Estilos de vida saludables. - La alimentación de tus niños. - Adhesivo: Estilos de vida saludables - Marcapáginas - Díptico: Estilos de vida saludables. - Anticoncepción (preservativo masculino). - Anticoncepción de urgencia, (píldora del día después).		
BAJO PESO AL NACER < 1500 GRAMOS/ PREMATURIDAD < A 32 SEMANAS GESTACIÓN SÍNDROME DE DOWN							





8. CONTENIDO DE LAS VISITAS

8.1 VISITAS POR EDADES

Visita Prenatal (opcional)

Debido a que en muchas ocasiones no se sabe qué pediatra va a ser el que corresponde a cada niño es difícil programar esta visita. De todos modos y teniendo en cuenta la atención prenatal llevada a cabo por las matronas y el deseable y, con mucha frecuencia, real trabajo en equipo, las visitas que ellas llevan a cabo forman parte del programa de atención a los niños y a sus familias.

Las actividades recomendadas son:

- Animar a los padres a preguntar, escuchar sus dudas y contribuir a su resolución. Transmitir confianza.
- Recoger información sobre la familia, edad, trabajo, vivienda, otros hijos, enfermedades...
- Detectar factores de riesgo individual.
- Comprobar que la gestación se está controlando de forma adecuada.
- Preguntar por la intención de amamantar. Informar siempre sobre las ventajas de la lactancia materna (LM) y dar información escrita.
- Valorar la exposición y consumo de tabaco. Ofrecer ayuda para su abandono.
- Aconsejar sobre la postura para dormir desde el primer día.
- Recomendar tener al niño en brazos con frecuencia, cambios posturales para dormir y ponerle a jugar boca abajo para prevenir la plagiocefalia postural.
- Insistir en que el lugar más adecuado para un recién nacido es el regazo de la madre, del padre o del sustituto adecuado.
- Describir ciertas habilidades del recién nacido.
- Aconsejar sobre seguridad en el automóvil desde el primer viaje.
- Asesorar sobre estilos de vida saludables.
- Informar sobre cuando acudir al centro de salud para la primera visita (precoz: antes de las 48-72 horas tras el alta).

Primera Visita del Recién Nacido en el Centro de Salud (Antes de las 48-72 horas tras el alta)

Si el recién nacido es primogénito, probablemente este será el momento en que conozcamos a la familia. La madre, pero no sólo ella (pensemos en el recién nacido y también en el padre) está en un periodo singularmente delicado. Esto nos obliga a ser especialmente amables y afectuosos en esta primera visita.

1. Anamnesis

Apertura de historia

- El médico puede comenzar la entrevista presentándose y felicitando a los padres por el nacimiento de su hijo.
- Puesto que la mayor parte de los datos de interés están incluidos en el **Documento de Salud Infantil (DSI)** que se entrega en el Hospital al nacer, y en el informe del alta hospitalario (si es el caso), se pueden haber revisado previamente, para no repetir preguntas que los padres ya han respondido antes.
- Valorar la adaptación familiar a la nueva situación. Escuchar y dialogar con los padres, animándolos a preguntar y a resolver sus dudas y preocupaciones. La relación va a ser larga y las preguntas no imprescindibles pueden dejarse para sucesivas visitas.
- Preguntar por la evolución desde la salida del hospital, alimentación, hábitos intestinales, sueño, postura al dormir, higiene, tabaquismo...
- Asegurarse de que se han hecho y registrado todas las actividades que tenían que realizarse en el hospital: vacunas (hepatitis B, y otras según casos), cribados (hipoacusia, hipotiroidismo, fenilcetonuria, fibrosis quística, otras metabopatías), valoración de posibles factores de riesgo individual.

Valoración de la alimentación

Respetar la decisión materna en cuanto al método de alimentación elegido.

En el Hospital de nacimiento se entrega a las madres, el **Folleto “Cuidados de salud para después del parto. Lactancia Materna”**, o el **Folleto “Cuidados de salud para después del parto, Lactancia Artificial”**.

~ En caso de lactancia materna

En esta visita se debe realizar una anamnesis y una exploración que permitan detectar posibles dificultades y valorar los signos de un amamantamiento eficaz:



- Anamnesis materna: deseos y expectativas de la madre respecto a la lactancia, grado de satisfacción, apoyo familiar, experiencias previas...
- Historia de lactancia: número de tomas al día y duración, comportamiento del lactante durante la toma y al finalizar, ¿queda satisfecho?, ¿ofrece la madre ambos pechos en cada toma?, ¿utiliza suplementos de fórmula o chupete...?.
- Evaluación del recién nacido y de la madre:
 - Recién nacido: estado general, coloración, hidratación, ganancia de peso, número de micciones y deposiciones.
 - Madre: estado general, signos de subida de la leche, despistaje de posibles problemas: ingurgitación, dolor, grietas, mastitis, tristeza...
- Observación de la toma:

Teniendo en cuenta que la mayoría de los problemas de la lactancia (dolor, grietas, mastitis, tomas largas y frecuentes, escasa ganancia ponderal, hipogalactia...) tienen como base dificultades con la postura o el agarre.

- En esta primera visita debe realizarse una valoración estandarizada de la toma, por un profesional cualificado (enfermera, matrona o pediatra). Puede servirnos de ayuda la guía para valorar la toma de la Comisión Europea de Salud Pública-OMS, incluida en el Documento de Salud Infantil y en anexos (**Anexo I. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento**).
- En las sucesivas visitas se observará la toma si se detectan dificultades con la lactancia para poder identificar la causa y tratar de resolverla.
- En caso de dificultades con la lactancia no resueltas en atención primaria derivar, si la madre lo desea, a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) previa hoja de interconsulta con Neonatología.

~ En caso de lactancia artificial

Las madres y familias de lactantes no amamantados deben recibir el apoyo y la información necesaria para alimentar de forma segura a sus hijos y favorecer el vínculo.

- Preguntar por:
 - Higiene y preparación de los biberones. Si se utiliza agua embotellada valorar los minerales que contiene el agua embotellada que se utilice, para evitar sobrecarga renal de solutos en menores de 4-6 meses por tener estos menor capacidad de excreción de sodio.
 - Tipo de leche que utiliza, cantidad y número de tomas.
 - Tolerancia.

- No forzar nunca la alimentación.
- Fomentar el contacto íntimo con la madre, informando a ambos progenitores de la importancia de este contacto (piel con piel) con el lactante durante los primeros meses de vida.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud y perímetro cefálico. Registrar en las curvas de crecimiento. Durante los primeros años se recomienda la utilización de las de la OMS, disponibles en el Documento de Salud Infantil de Cantabria y en anexos (**Anexo II. Curvas de crecimiento***), de la OMS, a la espera de su inclusión en el programa OMI-AP.
* Anexo II. Curvas de crecimiento, de la OMS (a la espera de su inclusión en el OMI-AP) y las Curvas de crecimiento de Orbeagozo 2004 (utilizadas hasta ahora en nuestra Comunidad).

Examen físico completo

Prestar especial atención a:

- Cráneo: morfología, fontanelas y suturas.
- Ojos: reflejo fotomotor y transparencia pupilar (reflejo rojo).
- Oídos: morfología auricular, audición subjetiva (reflejo coceleopalpebral).
- Boca: fisura palatina, frenillo lingual.
- Tórax: simetría torácica. auscultación cardiopulmonar.
- Abdomen: palpación (visceromegalias, hernias, masas anómalas), ombligo.
- Pulsos periféricos: palpación de pulsos braquiales y femorales.
- Locomotor: clavículas, simetría de extremidades, tortícolis, caderas (maniobras de Ortolani y de Barlow), pies.
- Piel: examen general.
- Sistema nervioso: aspecto general, tono, examen neurológico exhaustivo (reflejo de Moro, marcha, prensión palmoplantar, reptación, etc.).
- Genitales: vulva, pene (orificio uretral), testículos.
 - Derivar de forma inmediata para estudio genético y endocrinológico si hay criptorquidia bilateral con testes no palpables o unilateral asociada a otras anomalías de los genitales externos (hipospadias).



Durante la exploración se puede ir comentando con los padres la normalidad de los hallazgos y las capacidades del RN (vista, oído, reflejos primarios...).

3. Valoración del riesgo individual

Individualizar el riesgo a la hora de determinar las visitas. Valorar que niños precisan un seguimiento más estricto.

Riesgo biológico

- Incorporar a subprogramas específicos a los niños que pertenecen a grupos en los que existen protocolos diseñados para ellos.
 - Prematuros con peso inferior a 1500 gramos o edad gestacional inferior a 32 semanas. **Recomendaciones para el seguimiento de recién nacidos menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas de gestación.**
 - Recién nacidos con síndrome de Down. **Recomendaciones para el seguimiento de los niños con Síndrome de Down.**
 - Recién nacidos con alteraciones endocrinometabólicas y otras enfermedades raras.
- Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento "individualizadas" que sean necesarias.
- Remitir a Atención Temprana a los niños con factores de alto riesgo al nacimiento de acuerdo con el Plan de Atención Temprana de Cantabria (**Anexo III. Factores de Riesgo del Desarrollo Psicomotor**) y a aquellos en los que aparezca algún signo de alarma en las sucesivas visitas (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**). Los indicadores sociales de riesgo para la salud son aquellas situaciones que incrementan la susceptibilidad a contraer o mantener una enfermedad. Su conocimiento facilitará la detección precoz de aquellas situaciones que puedan derivar en problemas sociales y que hacen necesaria una intervención social.
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).

- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

Se recomienda realizar, siempre que sea posible, los procedimientos dolorosos con el niño en brazos de la madre y cogido al pecho si está siendo amamantado.

- Si está indicado, extraer sangre del talón para completar el cribado de las enfermedades endocrinas-metabólicas.

5. Actividades preventivas o terapéuticas

- Instaurar la profilaxis con vitamina D. 400 UI/día durante todo el primer año.
- Recomendar yodo (200 microg/día) a la madre lactante.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía del nacimiento a los 2 meses**.

Alimentación

• Lactancia materna

Valorar los conocimientos, expectativas y dudas de la madre para poder dar una información adaptada a sus deseos y necesidades.

Ofrecer información sobre:

- Importancia de la lactancia a demanda y cómo reconocer los signos precoces de hambre.
- Importancia de no limitar la duración de la toma y esperar a que el recién nacido suelte el pezón espontáneamente.
- Importancia de ofrecer siempre ambos pechos en cada toma sin preocuparse si no mama del segundo pecho.
- Importancia de un adecuado agarre y postura.
- Como reconocer los signos de un amamantamiento eficaz (**Anexo I. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento**).



- Uso apropiado de tetinas y chupetes.
 - Cuando madre e hijo no pueden estar juntos por circunstancias de una u otro y se desea establecer, aumentar o mantener la producción, explicar las técnicas de extracción de la leche (**Técnicas de extracción de la leche**).
 - Importancia de la lactancia exclusiva durante 6 meses.
 - Ofrecer consulta en caso de que se planteen dificultades o dudas.
 - Informar sobre los recursos de apoyo a la lactancia en nuestra comunidad: talleres de lactancia, grupos de apoyo locales, Clínica de Lactancia (HUMV) y de páginas web sobre lactancia materna.
- **Lactancia artificial**
 - Asegurarse de que los padres conocen las normas de higiene y la correcta preparación de los biberones. Informar de que el agua, puede ser del grifo o embotellada y valorar la cantidad y calidad de los minerales que contiene.
 - Informar sobre la importancia de la autorregulación de apetito. No forzar la alimentación, ni calmar la necesidad de contacto físico a través del alimento.
 - Aconsejar sobre las tomas y resolver las posibles dudas.
 - Fomentar el contacto íntimo con la madre, informando a ambos progenitores de la importancia de este contacto (piel con piel) con el lactante durante los primeros meses de vida.
 - Ofrecer consulta en caso de que se planteen dificultades o dudas.

Interrelación padres-hijo

- Insistir en la necesidad de contacto físico para el adecuado desarrollo emocional del lactante y en que el lugar más adecuado para un recién nacido es el regazo de la madre, (o del padre...).
- Explicar que, más o menos, todos los recién nacidos van a llorar y asegurar que la forma más adecuada para calmar el llanto de los recién nacidos es abrazarlos. Deshacer el mito de no cogerlos en brazos por miedo a que se malacostumbren.
- Aconsejar hábitos sanos e insistir en el estímulo neurosensorial (hablarles, cantarles, acariciarles, mirarles).
- Ofrecer consulta en caso de llanto intenso, persistente o inconsolable.
- Informar de las recomendaciones para el uso seguro de los cabestrillos portabebés.

Prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)

- Informar de que la postura más segura para dormir es boca arriba. En ocasiones sigue recomendándose, erróneamente, “boca arriba o de lado” (mortalidad aproximada: 0,5/1000 y 0,9/1000 respectivamente).

- Desaconsejar colchones blandos y cojines. Utilizar cunas con medidas de protección homologada.
- Evitar el arropamiento excesivo y el sobrecalentamiento de la habitación.
- Evitar la exposición del niño al humo de tabaco.
- Amamantar.
- Uso de chupete después del primer mes de vida.

Prevención de la plagiocefalia postural

Desde que acostamos a los lactantes boca arriba se ha producido un incremento en la prevalencia de las deformidades craneales. Para prevenirlas se recomiendan:

- Cambios posturales, coger al niño en brazos con frecuencia, jugar y ponerle en decúbito prono (despierto).

Prevención de accidentes

- Insistir y reforzar el transporte del niño con un sistema de seguridad en el automóvil.
- Comprobar la temperatura del baño.
- Avisar del peligro de cadenas, cordones, pulseras, etc.
- Avisar del peligro de caídas.

Higiene y cuidados generales

- Dar consejos sobre el baño, ombligo, área genital-pañal, chupetes y biberones.
- Desaconsejar endulzar el chupete o dormir al niño con un biberón de leche en la boca.
- Recomendar sacarle a pasear, evitando el exceso de sol y de calor.

Consejo antitabáquico

- El embarazo, la lactancia y la crianza son situaciones “privilegiadas” para abandonar, o intentarlo, el tabaco.
- Informar de que la exposición al tabaco no solo aumenta el riesgo del SMSL sino también el de infecciones respiratorias, otitis y asma.
- Recomendar no fumar en casa. No fumar en la habitación o delante del niño es insuficiente. Las partículas tóxicas se mantienen en el ambiente durante horas.



7. Registro

- Todos los datos obtenidos se deben registrar en su historia informática y los más relevantes en el Documento de Salud Infantil. Anotar las vacunas puestas y los resultados de los cribados neonatales.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Registro antropométrico y su expresión gráfica.
- Cribados: hipoacusia y endocrino-metabólicos.
- Revisar fecha de citación para repetición de test otoemisiones acústicas (OEA) si no pasó el test en el primer nivel.
- Citación para próxima visita: al mes de edad o antes si fuera necesario.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.

Ambos

- Obtención de historia clínica.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el Documento de Salud Infantil.
- Observación de la toma.

Duración: 40 - 60 minutos.

9. Imprescindibles

- Anamnesis y exploración completa del recién nacido.
- Valoración del riesgo individual: biológico y social.
- Promoción del buen trato.
- Promoción y apoyo a la lactancia materna. Observación de la toma.
- Asegurar la correcta preparación de los biberones en caso de lactancia artificial.

- Completar si es preciso las pruebas de cribado neonatal.
- Profilaxis con vitamina D.
- Prevención del SMSL.
- Prevención de accidentes.
- Consejo antitabáquico.

10. Anexos, material informativo de la visita y otros.

Anexos

- Anexo I. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento.
- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo III. Factores de Riesgo del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

Material informativo

- Documento de Salud Infantil. (Entregado en el hospital).
- Guía del nacimiento a los dos meses.
- Folleto "Cuidados de salud para después del parto: Lactancia Materna". (Entregado en el hospital).
- Folleto "Cuidados de salud para después del parto: Lactancia Artificial". (Entregado en el hospital).
- Técnicas de extracción de la leche.

Otros

- Recomendaciones para el seguimiento de recién nacidos menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas de gestación.
- Recomendaciones para el seguimiento de los niños con Síndrome de Down.



Visita al mes de edad

1. Anamnesis

- Preguntar sobre la evolución desde el control anterior, en particular sobre la alimentación (tipo y características de las tomas), características de las deposiciones y de la orina, postura al dormir, preocupaciones de los padres.
- Si fuese necesario completar los datos de la historia clínica (antecedentes familiares, datos psicosociales...).

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud, perímetro cefálico y registro en las curvas de crecimiento correspondientes y en el Documento de Salud Infantil (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.

Examen físico

Insistiendo en:

- Cráneo: fontanelas.
- Visión: transparencia ocular.
- Audición: signos subjetivos sobre la audición.
- Tórax: auscultación cardiopulmonar.
- Abdomen: masas o megalias.
- Pulsos periféricos: si dificultades en el examen anterior.
- Locomotor: examen de las caderas.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor (**Anexo III. Factores de riesgo del Desarrollo Psicomotor**).

Si hubiese la mínima duda valorar los signos de alarma de esta edad (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- Irritabilidad persistente.
- Trastornos de succión.
- No fija la mirada momentáneamente.
- No reacciona a los ruidos.
- Presencia de sentimientos de tristeza en la madre (vínculo).

3. Valoración del riesgo individual

Individualizar el riesgo a la hora de determinar las visitas. Valorar que niños precisan un seguimiento más estricto.

Riesgo biológico

- Incorporar a subprogramas específicos a los niños y niñas que pertenecen a grupos en los que existen protocolos diseñados para ellos (**Recomendaciones para el seguimiento de recién nacidos menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas de gestación**). (**Recomendaciones para el seguimiento de los niños con Síndrome de Down**).
- Remitir a Atención Temprana a los niños con factores de alto riesgo al nacimiento si aún no han sido remitidos, de acuerdo con el Plan de Atención Temprana de Cantabria (**Anexo III. Factores de riesgo del desarrollo psicomotor**) y a aquellos en los que aparezca algún signo de alarma (**Anexo IV. Signos de alarma del desarrollo psicomotor**).
- Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento “individualizadas” que sean necesarias.

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).



4. Exámenes complementarios

- Revisar los resultados de cribados neonatales.

5. Actividades preventivas o terapéuticas

- Continuar la profilaxis con vitamina D en el niño (400 UI/día) y con el yodo en la madre lactante mientras dure el amamantamiento (200 microgramos/día).

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía del nacimiento a los 2 meses**, comentando dudas o preocupaciones maternas.

Alimentación

- Continuar con la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y a las madres que lactan.
- Resolver las posibles dudas o problemas maternos e insistir en los puntos más importantes: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, amamantamiento a demanda sin horarios rígidos, vaciamiento de al menos un pecho en cada toma.
- Observación de la toma si hay problemas (**Anexo I. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento**) (**Técnicas de extracción de la leche**).
- En caso de lactancia artificial asegurarnos de la correcta preparación e higiene de los biberones.

Interrelación padres-hijo

- Valorar la relación madre-hijo. Alegría, tristeza, ansiedad, depresión...
- Reiterar, que el lugar más adecuado para un recién nacido es el regazo de la madre (o del padre...).
- Explicar que, más o menos, todos los recién nacidos van a llorar y asegurar que la forma más adecuada para calmarles es cogerlos y abrazarlos. Deshacer el mito de no coger a los niños en brazos.
- Comentar que durante estas semanas, hasta el 3º mes, el llanto puede ser más frecuente e intenso (cólico del lactante).
- Insistir en el estímulo neurosensorial (hablarles, cantarles, acariciarles, mirarles...).

Prevenición del síndrome del niño sacudido

- Informar a los padres de que nada nos pone tan nerviosos como el llanto de nuestros hijos, de su fragilidad y de las graves consecuencias de sacudir a un niño (lesión cerebral, ceguera, dificultades de aprendizaje y comportamiento).
- Recomendar en caso de pérdida del autocontrol interrumpir el contacto con el lactante y solicitar ayuda.
- Consultar en caso de llanto intenso, persistente o inconsolable.

Prevenición del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)

- Recordar que la postura más segura para dormir es boca arriba.
- Desaconsejar colchones blandos y cojines. Utilizar cunas con medidas de protección homologadas.
- Evitar el arropamiento excesivo y el sobrecalentamiento de la habitación.
- Informar sobre la relación entre el SMSL y la exposición al tabaco.
- Recordar que tanto el amamantamiento como el uso de chupete son factores protectores.

Prevenición de la plagiocefalia postural

- Cambios posturales, coger al niño en brazos con frecuencia, jugar y ponerle boca abajo (despierto).

Prevenición de accidentes

- Recordar el peligro de caídas.
- Insistir en el uso de sistemas de retención infantil en el vehículo (grupo 0/0+).

Higiene y cuidados generales

- Insistir en las medidas de higiene corporal y en su caso, de chupetes y biberones.
- Recomendar el paseo diario, evitando el exceso de sol y de calor.

Reiterar el consejo antitabáquico

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (datos antropométricos, alimentación, desarrollo, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.



8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Registro antropométrico y su expresión gráfica.
- Citación para el próximo control y vacunas a los 2 meses de edad.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.

Ambos

- Historia clínica evolutiva.
- Desarrollo psicomotor.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30-40 minutos.

9. Imprescindibles

- Anamnesis y exploración física y del desarrollo psicomotor.
- Valoración del riesgo individual.
- Promoción y apoyo a la lactancia materna. Observación de la toma si problemas.
- Promoción del contacto padres-hijos “brazos”.
- Profilaxis con vitamina D.
- Prevención del SMSL.
- Prevención de accidentes.
- Consejo antitabáquico.
- Prevención de la plagiocefalia postural.

10. Anexos, material informativo de la visita y otros.

Anexos

- Anexo I. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento.
- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo III. Factores de Riesgo del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

Material informativo

- Guía del nacimiento a los dos meses.
- Folleto "Cuidados de salud para después del parto: Lactancia Materna" (Entregado en el hospital).
- Folleto "Cuidados de salud para después del parto: Lactancia Artificial" (Entregado en el hospital).
- Técnicas de extracción de la leche.

Otros

- Recomendaciones para el seguimiento de recién nacidos menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas de gestación.
- Recomendaciones para el seguimiento de los niños con Síndrome de Down.



Visita de los 2 meses

1. Anamnesis

- Valorar la evolución desde la visita anterior preguntando sobre alimentación, lactancia materna, artificial o mixta; postura para dormir; llanto; exposición al tabaco.
- Preguntar por la posible incorporación de la madre al trabajo fuera del hogar. Cuidadores, guardería (número de horas).
- Escuchar y dialogar con los padres, tratando de resolver sus dudas y preocupaciones.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud y perímetro cefálico y su registro en las curvas de crecimiento y en el Documento de Salud Infantil (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.

Examen físico

Insistiendo en:

- Cráneo: fontanelas, suturas, plagiocefalia.
- Tórax: auscultación cardiopulmonar.
- Abdomen: masas, megalias, hernias.
- Pulsos periféricos: si dificultades en el examen anterior.
- Locomotor: examen de las caderas.
- Visión: transparencia ocular, fijación de la mirada y seguimiento; el estímulo más adecuado es el rostro.
- Audición: signos subjetivos sobre la audición y reflejo cocleopalpebral.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor (**Anexo III. Factores de Riesgo del Desarrollo Psicomotor**).

Si hubiese la mínima duda valorar los signos de alarma de los 2 meses (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**).

- No hay prensión palmar.
- No se lleva las manos a la boca.
- Tumbado boca abajo no levanta 45° la cabeza.

- No fija la mirada en la cara del adulto.
- No sigue con los ojos una luz o un rostro en movimiento.
- Irritabilidad. No se tranquiliza con la voz de la madre.

Remitir a Atención Temprana a los niños que presenten algún signo de alarma. Si hay dudas, reevaluar en 2-4 semanas.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

- Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento “individualizadas” que sean necesarias.
- Si existen al menos dos de los tres factores de riesgo de displasia de cadera: sexo femenino, parto de nalgas (se incluye situación podálica durante el embarazo aunque la presentación haya sido cefálica) y antecedente familiar, solicitar ecografía de cadera.

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

- Asegurarse, si no pasó el test de otoemisiones acústicas neonatal, de que se ha realizado la prueba de confirmación del 2º test al mes de edad y su resultado.



5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Continuar profilaxis del recién nacido con vitamina D y con yodo a la madre si da de mamar.
- Vacunación según calendario (previa valoración de posibles contraindicaciones).
- El cambio, hace años, de la antitosferina de células completas a la acelular, mucho menos reactógena, hace innecesaria la profilaxis de la fiebre con paracetamol.
- Informar de la dosis adecuada de paracetamol por si hubiese reacción vacunal y de la necesidad de consultar si la reacción se prolonga o es grave.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles y de su forma de administración.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 2 a los 4 meses**.

Alimentación

- Continuar con la promoción y el apoyo a la lactancia materna, aclarando e intentando resolver las posibles dudas o problemas maternos.
- Elogiar y reforzar el amamantamiento.
- Considerando la situación laboral de la madre y sus expectativas aconsejar sobre el mantenimiento de la lactancia, la extracción y el almacenamiento de la leche materna (**Técnicas de extracción de la leche**).

Interrelación padres-hijo

- Insistir en que la forma más adecuada para calmar el llanto de los lactantes es cogerlos en brazos, aconsejar hábitos sanos e insistir en el estímulo neurosensorial (hablarles, cantarles, acariciarles, mirarles).
- Ofrecer consultar en caso de llanto intenso, persistente o inconsolable.

Prevención del síndrome del niño sacudido

Prevención del SMSL

Prevención de la plagiocefalia postural

Prevencción de accidentes

- Prestar especial cuidado a las quemaduras con líquidos calientes y a la prevención del atragantamiento (**Maniobras de desobstrucción de Heimlich**).
- Reforzar la recomendaciones de controles anteriores sobre el uso de los sistemas de retención infantil del grupo O/O + en los viajes en automóvil y la prevención de caídas.

Higiene y cuidados generales

Reiterar el consejo antibabáquico

Consejo sobre protección solar

- Evitar las horas de mayor calor.
- La ropa es la forma más útil de fotoprotección.

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (vacunaciones, datos antropométricos, alimentación, desarrollo, etc.) deben ser anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Registro antropométrico y su expresión gráfica.
- Vacunación y su registro.
- Citación para el próximo control a los 4 meses.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.

Ambos

- Historia clínica evolutiva.
- Desarrollo psicomotor.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30-40 minutos.



9. Imprescindibles

- Anamnesis, exploración física y del desarrollo psicomotor.
- Valoración del riesgo individual.
- Promoción del buen trato.
- Promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Vacunaciones.
- Profilaxis con vitamina D.
- Solicitar ecografía de caderas si factores de riesgo.
- Prevención del SMSL.
- Prevención de accidentes.
- Consejo antitabáquico.

10. Anexos, material informativo

Anexos

- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo III. Factores de Riesgo del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

Material informativo

- Guía de los 2 a los 4 meses.
- Técnicas de extracción de la leche.
- Maniobras de desobstrucción de Heimlich.

Visita de los 4 meses

1. Anamnesis

- Valorar la evolución desde la visita anterior preguntando sobre alimentación: lactancia materna, artificial o mixta; postura para dormir; llanto; exposición al tabaco; preocupaciones de los padres, etc.
- Preguntar por la posible incorporación de la madre al trabajo fuera del hogar. Cuidadores, guardería (número de horas en ella).
- Escuchar y dialogar con los padres, tratando de resolver sus dudas y preocupaciones.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud y perímetro cefálico y su traslado a las curvas de crecimiento (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.

Examen físico

Insistiendo en:

- Cráneo: fontanelas, suturas, plagiocefalia.
- Tórax: auscultación cardiopulmonar.
- Abdomen: masas o megalias, hernias.
- Pulsos periféricos.
- Locomotor: examen de las caderas (limitación de la abducción y otros signos).
- Visión: fijación de la mirada y seguimiento (180°). El estímulo más adecuado es el rostro.
- Audición: signos subjetivos de la audición (se asusta con los ruidos y se tranquiliza con la voz de la madre) y reflejo cocleopalpebral.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor (**Anexo III. Factores de Riesgo del Desarrollo Psicomotor**).

Si hubiese la mínima duda valorar los signos de alarma de los 4 meses (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- Falta de control cefálico.
- Hipotonía/hipertonía.



- Mantienen predominantemente las manos cerradas.
- No juega con sus manos.
- No mira un objeto suspendido.
- No emite sonidos guturales.
- Ausencia de sonrisa social.

Remitir a Atención Temprana a los niños que presenten algún signo de alarma. Si hay dudas reevaluar en 2-4 semanas.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

- Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento “individualizadas” que sean necesarias.
- Identificar los casos de riesgo de ferropenia para administrar hierro oral profiláctico a 2-4 mg/Kg/día a partir de los 4-6 meses de vida durante un mínimo de 3 meses (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

No se requieren.

5. Actividades preventivas o terapéuticas

- Continuar profilaxis con vitamina D y yodo.
- Vacunación según calendario (previa valoración de posibles contraindicaciones).
- El cambio, hace años, de la antitosferina de células completas a la acelular, mucho menos reactógena, hace innecesaria la profilaxis de la fiebre con paracetamol.
- Informar de la dosis adecuada de paracetamol por si hubiese reacción vacunal y de la necesidad de consultar si la reacción se prolonga o es grave.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles y su forma de administración.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 4 a los 6 meses**.

Alimentación

- Continuar con la promoción y el apoyo a la lactancia materna, aclarando e intentando resolver las posibles dudas o problemas maternos.
- Insistir en la idoneidad y conveniencia de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses.
- Considerando la situación laboral de la madre y sus expectativas aconsejar sobre el mantenimiento de la lactancia.
- Informar sobre la extracción y el almacenamiento de la leche materna (**Técnicas de extracción de la leche**).
- Elogiar, reforzar y ofrecer ayuda.

Interrelación padres-hijo

- Valorar la relación madre-hijo. Tristeza, ansiedad, depresión...
- Insistir en el estímulo neurosensorial (hablarles, cantarles, acariciarles, mirarles...) y en el abrazo y el consuelo del llanto.

Prevención del SMSL

Prevención de accidentes

- Aconsejar sobre la seguridad en la bañera.



- Reforzar las recomendaciones de los controles anteriores sobre el uso de los sistemas de retención infantil en el vehículo, las caídas, las quemaduras con líquidos calientes y la prevención del atragantamiento (**Maniobras de desobstrucción de Heimlich**).

Prevención de la plagiocefalia postural

Higiene y cuidados generales

- Consejo sobre protección solar (**Protección frente a las radiaciones solares**).

Reiterar el consejo antitabáquico

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (vacunaciones, datos antropométricos, alimentación, desarrollo, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Antropometría y su registro gráfico.
- Vacunación y su registro.
- Citación para el próximo control a los 6 meses.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.

Ambos

- Historia clínica evolutiva.
- Desarrollo psicomotor.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30 minutos.

9. Imprescindibles

- Anamnesis y exploración física y del desarrollo psicomotor.
- Valoración del riesgo individual.
- Promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Vacunaciones.
- Profilaxis con vitamina D.
- Prevención del SMSL.
- Prevención de accidentes.
- Consejo antitabáquico.

10. Anexos, material informativo

Anexos

- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo III. Factores de Riesgo del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.

Material informativo

- Guía de los 4 a los 6 meses.
- Técnicas de extracción de la leche.
- Maniobras de desobstrucción de Heimlich.
- Protección frente a las radiaciones solares.



Visita de los 6 meses

1. Anamnesis

- Valorar la evolución desde la visita anterior: alimentación, postura para dormir, prevención de accidentes, exposición al tabaco...
- Elogiar y reforzar.
- Escuchar y responder a las preocupaciones de los padres.
- Preguntar por la posible incorporación de la madre al trabajo fuera del hogar. Cuidadores, guardería (número de horas en ella).

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud perímetro cefálico y su traslado a las curvas de crecimiento correspondientes (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.

Examen físico

Insistiendo en:

- Visión:
 - Preguntar por la visión y la mirada del niño.
 - Movilidad ocular.
 - Exploración de los reflejos pupilar, rojo y corneal (*test de Hirschberg*).
 - Test de oclusión (*cover test*) y test de Bruckner (reflejo rojo en ambos ojos a la vez valorando la simetría en forma y color).
- Audición:
 - A los 6 meses el lactante debe localizar bien los ruidos en el plano horizontal y empezar a imitar ruidos a su manera.
 - Reflejo cocleopalpebral.
- Exploración del lenguaje: parloteos, gorjeos.
- Tórax: auscultación cardiopulmonar.
- Genitales: derivar a los niños con criptorquidia a cirugía infantil.
- Abdomen: masas o visceromegalias.
- Locomotor: examen de las caderas.

- Las apreciaciones de los padres son una parte importantísima de la valoración del niño, a veces más que la propia exploración.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor (**Anexo III. Factores de Riesgo del desarrollo Psicomotor**).

Si hubiese la mínima duda valorar los signos de alarma de los 6 meses (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- Persistencia de los reflejos primarios.
- Hipertonía de extremidades.
- Hipotonía.
- Falta de sedestación con apoyo.
- No coge objetos.
- No busca el origen de los sonidos.
- No emite sonidos.

Remitir a Atención Temprana a los niños que presenten algún signo de alarma. Si hay dudas reevaluar en 2-4 semanas.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

- Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento “individualizadas” que sean necesarias.
- Identificar los casos de riesgo de ferropenia para administrar hierro oral profiláctico a 2-4 mg/kg/día a partir de los 4-6 meses de vida durante un mínimo de 3 meses (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).



- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

No se precisan.

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Continuar profilaxis con vitamina D.
- Prescribir flúor oral si hay factores de riesgo de caries. Si consideramos que algunos factores de riesgo son bastante prevalentes (historia familiar de caries; caries activas, independientemente de la edad; malos hábitos dietéticos; higiene oral defectuosa...) prácticamente todos nuestros niños serían subsidiarios de esta suplementación diaria (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**) con diferentes pautas según la cantidad que contenga el agua de consumo.
 - Las aguas de todos los municipios de Cantabria tienen niveles de flúor por debajo de 0,3 ppm. El contenido de este elemento de las aguas minerales puede consultarse en su etiqueta o en Internet (página de Previnfad y otras). Tanto la AEP como la AEPap a través de Previnfad y diversos textos y publicaciones pediátricas de nuestro país se adhieren a las recomendaciones de la ADA y AAP, motivo por el que este grupo de trabajo las adopta.

Asociación Dental Americana (ADA) – Academia Americana de Pediatría (AAP)

EDAD	FLÚOR AGUA < 0,3 ppm	FLÚOR AGUA 0,3 - 0,6 ppm	FLÚOR AGUA > 0,6 ppm
6 meses a 3 años	0,25 mg	0	0
3 a 6 años	0,50 mg	0,25 mg	0
6 a 16 años	1 mg	0,50 mg	0

- Vacunación según calendario (previa valoración de posibles contraindicaciones).
- El cambio, hace años, de la antitosferina de células completas a la acelular, mucho menos reactógena, hace innecesaria la profilaxis de la fiebre con paracetamol.
- Informar de la dosis adecuada de paracetamol por si hubiese reacción vacunal y de la necesidad de consultar si la reacción se prolonga o es grave.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles y de su forma de administración.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 6 a los 9 meses**.

Alimentación

Continuar con la promoción y el apoyo a la lactancia materna, aclarando e intentando resolver las posibles dudas o problemas maternos.

- La **LM exclusiva durante seis meses** asegura el óptimo crecimiento, desarrollo y salud de las criaturas. Su continuación posterior tanto como la madre y el hijo deseen, debe ir asociada a una adecuada alimentación complementaria (AC) (**Alimentación Complementaria**).
- La introducción de nuevos alimentos debe complementar, no sustituir la LM. De los 6 a los 12 meses la leche materna, o de fórmula debe aportar el 50% de las calorías: 4-5 tomas de LM o 500 ml de fórmula láctea.

Así pues como norma general la AC se iniciará a partir de los 6 meses. No hay ningún argumento nutricional para iniciarla antes en los niños criados con fórmula artificial.

- Se debe comenzar por pequeñas cantidades e incrementar lentamente tanto la variedad como la cantidad adaptando la alimentación a las habilidades psicomotoras y a los hábitos culturales y familiares.
- El orden en la introducción de los alimentos no es importante. Sobran las recomendaciones estrictas.
- Puesto que uno de los principales motivos para iniciar la AC es el posible déficit de hierro podría iniciarse la AC con **puré de verduras y carne** en los niños amamantados. En los niños criados con lactancia artificial del mismo modo o con cereales fortificados con hierro. Flexibilidad.
- No se justifica la introducción de fórmula láctea en los niños amamantados, sólo para preparar papillas de cereales.



- Según las últimas recomendaciones de la ESPGHAN no se debe introducir el **gluten** ni antes de los 4 meses ni después de los 7. Si está siendo amamantado se recomienda introducirlo gradualmente en pequeñas cantidades mientras sigue mamando.
- El retraso en la introducción de alimentos potencialmente alergénicos (**huevo, pescado**) no ha disminuido las alergias ni en niños con riesgo ni en niños sin riesgo. Aún así puede demorarse su introducción hasta los 9-10 meses. Cada pediatra valorará de forma individual en el caso de niños con dermatitis atópica grave u otros problemas alérgicos.
- Teniendo en cuenta las conclusiones de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) sobre **nitratos en hortalizas**, así como los hábitos de consumo y las recomendaciones de los pediatras en España, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición hace las siguientes recomendaciones con el objetivo de disminuir la exposición a nitratos en las poblaciones sensibles (bebés y niños de corta edad): no incluir las espinacas ni las acelgas en los purés antes del primer año de vida; en caso de hacerlo, procurar que el contenido de ellas no sea mayor del 20%; no dar más de una ración de espinacas o acelgas al día a niños entre 1 y 3 años; no dar espinacas o acelgas a niños que presenten infecciones bacterianas gastrointestinales y no mantener a temperatura ambiente las verduras cocinadas (conservar en frigorífico si se van a consumir en el mismo día, si no, congelar).
- Recomendar no añadir **sal ni azúcar** a las comidas.
- Se debe evitar la **miel** hasta el año de edad (por la posibilidad de causar botulismo en el lactante).
- Los niños mayores de 1 año pueden tomar **leche de vaca** entera sin diluir.
- A partir del año puede comer lo que coma la familia, siempre que la dieta familiar sea sana y equilibrada.
- Un ambiente cómodo y relajado facilita la alimentación y proporciona oportunidades para la interacción social y el desarrollo cognitivo.
- Comentar a los padres que en los meses sucesivos, debido al crecimiento infantil más lento del niño, habrá una **disminución progresiva del apetito** más marcada a partir de los 12-15 meses.
- Nunca se debe forzar la alimentación.

Interrelación padres-hijo

- Valorar la relación padres-hijo.

- Insistir en la estimulación del niño mediante el contacto, el juego, la palabra, la música.
- Fomentar la *sedestación*.

Prevención de SMSL

Prevención de accidentes

- Informar sobre medidas para la prevenir envenenamientos y quemaduras con superficies calientes.
- Reforzar los consejos de visitas anteriores especialmente la prevención de caídas informando del riesgo de los andadores, la prevención de las quemaduras con líquidos calientes y la prevención del atragantamiento.

Higiene y cuidados generales

- Desaconsejar endulzar el chupete y dejar dormir al niño con el biberón en la boca.
- Consejo sobre protección solar (**Protección frente a radiaciones solares**).

Reiterar el consejo antitabáquico

Escuchar y dialogar con los padres, tratando de resolver sus dudas y preocupaciones.

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (vacunaciones, datos antropométricos, alimentación, desarrollo, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Antropometría y su registro gráfico.
- Vacunación y su registro.
- Citación para el próximo control a los 9 meses de edad.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.



Ambos

- Historia clínica evolutiva.
- Desarrollo psicomotor.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30-40 minutos.

9. Imprescindibles

- Anamnesis y exploración física y del desarrollo psicomotor.
- Exploración visual y auditiva.
- Valoración del riesgo individual.
- Promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Vacunaciones.
- Profilaxis con vitamina D.
- Profilaxis con flúor si está indicado.
- Derivación a cirugía a los niños con criptorquidia
- Introducción de la alimentación complementaria.
- Prevención del SMSL.
- Prevención de accidentes.
- Consejo antitabáquico.

10. Anexos, material informativo

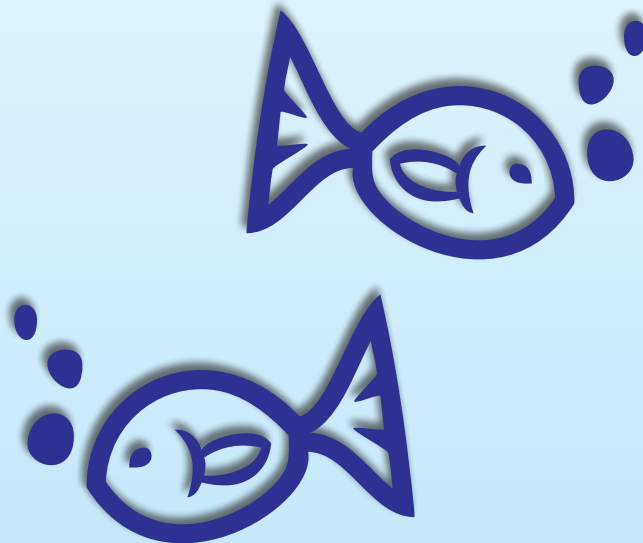
Anexos

- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo III. Factores de Riesgo del desarrollo Psicomotor.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.

- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.
- Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.

Material informativo

- Guía de los 6 a los 9 meses.
- Alimentación Complementaria.
- Protección frente a las radiaciones solares





Visita de los 9 meses (Enfermería)

1. Anamnesis

- Valorar la evolución desde la visita anterior: alimentación, prevención de accidentes, exposición al tabaco.
- Escuchar y dialogar con los padres, tratando de resolver sus dudas y preocupaciones.
- Elogiar y reforzar.
- Preguntar por la posible incorporación de la madre al trabajo fuera del hogar. Cuidadores, guarderías...

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud, perímetro cefálico y su traslado a las curvas de crecimiento (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.

Examen físico

Insistiendo en:

- Visión: preguntar por la visión (*¿se asoma para ver un objeto?*), la mirada y el alineamiento ocular.
- Audición: preguntar a la familia y explorar la reacción al sonido. Entre los 7 y 12 meses el lactante debe localizar los ruidos en cualquier plano y responder a su nombre, aunque sea en voz baja.
- Exploración del lenguaje: parloteos, gorjeos.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor.

Si hubiese la mínima duda valorar los signos de alarma de los 9 meses (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- Hipotonía del tronco.
- Espasticidad.
- Falta de sedestación sin apoyo.

- No coge objetos ni los manipula.
- No parlotea.
- Irritabilidad o gran pasividad.
- No disfruta de juegos de “cucu” o de otros juegos con el adulto (“caballito”, “balanceo”)*.
- Ausencia de angustia frente a extraños.

Ante la detección de algún signo de alarma en la exploración, se derivará a su pediatra.

* La presencia de alguno de estos signos de alarma, y en especial, la presencia sucesiva de estos signos de alarma en los diferentes controles, debe hacernos pensar en la posibilidad de un trastorno grave en la interacción/comunicación.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

- Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento “individualizadas” que sean necesarias.
- Identificar los casos de riesgo de ferropenia. Derivar a su pediatra para administrar hierro oral profiláctico a 2-4 mg/kg/día a partir de los 4-6 meses de vida durante un mínimo de 3 meses (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliar por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha



cha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores. (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

No procede.

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Continuar profilaxis con vitamina D (hasta los 12 meses).
- Recomendar la administración de flúor en los niños con factor de riesgo de caries (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**).

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 9 a los 12 meses**.

Alimentación

- La LM (o su sucedáneo) continúa siendo la base de la alimentación del lactante.
- La introducción de la alimentación complementaria no debe ser motivo para olvidar seguir con la promoción y el apoyo a la lactancia materna, aclarando e intentando resolver las posibles dudas o problemas maternos.
- Elogiar y reforzar su mantenimiento.
- Alimentación complementaria variada. Ir introduciendo lenta y progresivamente los alimentos no introducidos hasta ahora: derivados lácteos (yogur, queso...), huevo, legumbres, pescado...
- No introducir la leche de vaca antes de los 12 meses.
- No añadir sal ni azúcar.
- Estimular la masticación con alimentos menos triturados. Ofrecer alimentos que pueda comer con sus propias manos.
- Insistir en que un ambiente relajado facilita la alimentación y proporciona oportunidades para la interacción social y el desarrollo cognitivo y en no forzar la alimentación.
- A partir del año puede comer lo que coma la familia, siempre que la dieta familiar sea sana y equilibrada.

• **Interrelación padres-hijo**

- Valorar la relación padres-hijo.
- Insistir en la estimulación del niño mediante el contacto, el juego, la palabra, la música.
- Estimular el gateo, los juegos de imitación y la emisión de sílabas.
- Explicar la normalidad de la angustia ante una persona extraña.

Prevención de SMSL

Prevención de accidentes

Higiene y cuidados generales

- Evitar endulzar el chupete y dejar dormir al niño con el biberón en la boca.
- Consejo sobre protección solar.

Reiterar el consejo antitabáquico

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (datos antropométricos, alimentación, desarrollo, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Historia clínica evolutiva.
- Antropometría y su registro gráfico.
- Examen sensorial.
- Desarrollo psicomotor y valoración de los signos de alarma.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.
- Citación para el próximo control a los 12 meses.

Duración: 20 minutos.



9. Imprescindibles

- Anamnesis y exploración del desarrollo psicomotor.
- Evaluación visual y auditiva.
- Valoración del riesgo individual.
- Promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Valoración de la alimentación complementaria.
- Profilaxis con vitamina D.
- Prevención de accidentes.
- Consejo antitabáquico.

11. Anexos, material informativo

Anexos

- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.
- Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.

Material informativo

- Guía de los 9 a los 12 meses.
- Alimentación Complementaria.

Visita de los 12 meses

1. Anamnesis

- Valorar la evolución desde la visita anterior: preocupaciones de los padres, alimentación, prevención de accidentes, exposición al tabaco...
- Escuchar y dialogar con los padres, tratando de resolver sus dudas y preocupaciones.
- Preguntar por la posible incorporación de la madre al trabajo fuera del hogar.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud, perímetro cefálico y su traslado a las curvas de crecimiento (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.

Examen físico

Insistiendo en:

- Visión
 - Preguntar por la visión y la mirada del niño. Movilidad ocular.
 - Exploración de los reflejos pupilar, rojo y corneal (test de Hirschberg).
 - Test de Bruckner (reflejo rojo en ambos ojos a la vez, valorando la simetría en forma y color) y test de oclusión (cover test). La exploración del estrabismo puede completarse con fotografías aportadas por la familia.
- Audición:
 - Debe localizar correctamente los ruidos en cualquier plano. Debe responder a su nombre, aunque sea en voz baja.
- Exploración del lenguaje:
 - Parloteos, gorjeos y balbuceo imitativo (mama, tata). Comienza a decir sus primeras palabras con significado.
 - Entiende algunas palabras y órdenes sencillas (ven, dámelo).
- Locomotor: examen de las caderas.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor.



Si hubiese la mínima duda valorar los signos de alarma de los 12 meses (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- No se pone de pie.
- Ausencia de pinza superior (pulgares-índice).
- No entiende órdenes sencillas (toma/dame).
- No parlotea usando sonidos consonánticos.
- No señala con el dedo índice*.
- No se interesa por otros niños*.

Remitir a Atención Temprana a los niños que presenten algún signo de alarma. Si hay dudas reevaluar en 2-4 semanas.

* La presencia de alguno de estos signos de alarma, y en especial, la presencia sucesiva de estos signos de alarma en los diferentes controles, debe hacernos pensar en la posibilidad de un trastorno grave en la interacción/comunicación.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento individualizadas que sean necesarias.

- Identificar los niños con riesgo de ferropenia para indicar cribado de anemia y ferropenia (hemograma y perfil de hierro) y administrar hierro oral si procede (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).
- Recomendar vitamina D en la población con de alto riesgo de déficit de vitamina D (**Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D**).
- Identificar los niños con factores de riesgo de tuberculosis para realizar Mantoux (**Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.

- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliar por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

- No procede de forma sistemática.
- Solicitar una valoración audiológica en niños con retraso del lenguaje (no se aprecia balbuceo ni imitación tonal).

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Prescribir flúor si factores de riesgo (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**).
- Vacunación según calendario (previa valoración de posibles contraindicaciones).
- Informar de la dosis adecuada de paracetamol por si hubiese reacción vacunal y de la necesidad de consultar si la reacción se prolonga o es grave.
- Explicar las posibles reacciones tardías de la vacuna triple vírica y sus cuidados.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará: la **Guía de los 12 a los 18 meses**.

Alimentación

- Seguir apoyando, protegiendo y promocionando la lactancia materna. Se recomienda la continuación del amamantamiento hasta los 2 años o más. Si el volumen de leche materna es suficiente, no hay motivos para introducir otras leches.



- Los niños mayores de un año pueden tomar leche de vaca entera sin diluir.
- Alimentación complementaria, variada y equilibrada. Hablar de la pirámide de alimentos.
- Estimular la masticación con alimentos poco triturados. Evitar los que puedan provocar atragantamiento (frutos secos, uvas, aceitunas, zanahorias crudas...) **(Maniobras de desobstrucción de Heimlich)**.
- Los frutos secos no deben ofrecerse antes de los 5 años.
- Ofrecer alimentos que pueda comer con sus propias manos o con cubiertos y animar a comer solo.
- Insistir en que un ambiente relajado, facilita la alimentación y favorece la relación social y el desarrollo del niño.
- A partir del año el niño puede comer lo que coma la familia, siempre que la dieta familiar sea sana y equilibrada. Favorecer la comida en familia.
- Respetar la disminución importante del apetito a partir de esta edad. No forzar la alimentación.
- Prevenir acerca de la inconveniencia (nutricional y de seguridad) de ofrecer chucherías.

Interrelación padres-hijo

- Valorar las relaciones familiares.
- Continuar la estimulación del niño: juego, lenguaje, música, lecturas...

Prevención de accidentes

- Seguridad en el automóvil. Uso de sistemas de retención infantil del grupo 1.
- Reforzar las medidas de seguridad explicadas en el control anterior en relación con la seguridad en la bañera, piscina, la prevención de las caídas y la prevención de quemaduras e intoxicaciones.
- Extremar las precauciones con enchufes, ventanas, objetos pequeños (caramelos, frutos secos, aceitunas...) y fármacos.
- Desaconsejar el uso de andadores.
- Recordar el Teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 91 562 04 20.

Higiene y cuidados generales

- Desaconsejar endulzar el chupete y dejar dormir al niño con el biberón en la boca.
- Consejo sobre protección solar.

• **Reiterar el consejo antitabáquico**

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (vacunaciones, datos antropométricos, alimentación, desarrollo, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Antropometría y su registro gráfico.
- Vacunaciones y su registro.
- Citación para el próximo control a los 15 meses.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.

Ambos

- Historia clínica evolutiva.
- Desarrollo psicomotor.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30 minutos.

9. Imprescindibles

- Anamnesis, exploración física y desarrollo psicomotor.
- Exploración visual, auditiva y del lenguaje.
- Valoración del riesgo individual.
- Vacunaciones.
- Valoración de la alimentación.
- Promoción del buen trato.



- *Prevención de accidentes .*
- *Consejo antitabaco.*
- *Protección frente a las radiaciones solares.*

10. Anexos, material informativo

Anexos

- *Anexo II. Curvas de crecimiento.*
- *Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.*
- *Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.*
- *Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.*
- *Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.*
- *Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.*
- *Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.*
- *Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D.*
- *Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux.*

Material informativo

1. *Guía de los 12 a los 18 meses.*
2. *Poster: Estilos de vida saludables.*
3. *Maniobras de desobstrucción de Heimlich.*

Visita de los 15 meses (Enfermería)

1. Anamnesis

- Valorar la evolución desde la visita anterior: preocupaciones de los padres, alimentación, prevención de accidentes, exposición al tabaco...
- Escuchar y dialogar con los padres, tratando de resolver sus dudas y preocupaciones.
- Preguntar por guarderías, cuidadores.
- Elogiar y reforzar.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud y perímetro cefálico y su traslado a las curvas de crecimiento (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.

Examen físico

- Visión: Alineación ocular (estrabismos).
- Audición:
 - Debe localizar un ruido inesperado, o a personas u objetos familiares si se le pide.
- Exploración del lenguaje:
 - Inicia sus primeras palabras con significado. Respuesta al “no” y al “adiós”.
- Locomotor: camina solo (puede no hacerlo aún).

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor.

Si hubiese la mínima duda valorar los signos de alarma de los 15 meses (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- No sube escaleras gateando.
- No camina apoyado.
- No realiza garabatos en un papel.
- No parlotea utilizando sílabas duplicadas: papa/mama/tata....



- No establece contacto ocular*.
- No mira cuando se le llama por su nombre*.

Ante la detección de alguna anomalía en la exploración se derivará a su pediatra.

* La presencia de alguno de estos signos de alarma, y en especial, la presencia sucesiva de estos signos de alarma en los diferentes controles, debe hacernos pensar en la posibilidad de un trastorno grave en la interacción/comunicación.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios:

No proceden de forma sistemática.

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Continuar la profilaxis con flúor, y vitamina D y hierro si está indicado.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 12 a los 18 meses**.

Alimentación

Felicitar a la madre si sigue amamantando.

- Explicarle que, si así lo desea, se recomienda la continuación del amamantamiento hasta los 2 años o más.
- Si el volumen de leche materna es suficiente no hay motivos para introducir otras leches.
- Los niños mayores de un año pueden tomar leche de vaca entera sin diluir.
- Alimentación complementaria variada y equilibrada. Hablar de la pirámide de alimentos.

Estimular la masticación con alimentos poco triturados. Evitar los que puedan provocar atragantamiento (frutos secos, uvas, aceitunas, zanahorias crudas...) (**Maniobras de desobstrucción de Heimlich**).

- Los frutos secos no deben ofrecerse antes de los 5 años.
- Ofrecer alimentos que el niño pueda comer con sus propias manos o con cubiertos y animar a comer solo.
- Insistir en un ambiente relajado a la hora de las comidas. Favorecer la comida en familia.
- Respetar la disminución del apetito. No forzar la alimentación.

Interrelación padres-hijo

- Valorar las relaciones familiares.
- El niño desarrolla su autoestima mediante el negativismo, el querer hacer más, tomando la iniciativa. Por esto hay que respetarle, no disputar con el “no” y reforzarle positivamente. Proporcionarle un entorno seguro. Evitar la soledad. Tratar de calmarle y si no se consigue ignorarle, cuando tenga las rabietas. Mantener la calma.
- Hacer uso de juegos y canciones.

Prevención de accidentes

- Seguir insistiendo en el uso de las sillas de seguridad del grupo 1.
- Recordar las precauciones con enchufes, ventanas, objetos pequeños y fármacos.



- *Aconsejar sobre la prevención de caídas, quemaduras, ahogamientos e intoxicaciones.*
- *Informar del Teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 91 5620420 para su uso en caso de intoxicación.*

Higiene y cuidados generales

- *Desaconsejar endulzar el chupete y dejar dormir al niño con el biberón en la boca. Animar a ir abandonando el chupete y los biberones.*
- *Consejo sobre protección solar (ver visitas previas).*

Reiterar el consejo antibabáquico

7. Registro

- *Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (datos antropométricos, alimentación, desarrollo, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.*

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- *Historia clínica evolutiva.*
- *Antropometría y su registro gráfico.*
- *Desarrollo psicomotor.*
- *Exploración visual y auditiva.*
- *Educación para la salud.*
- *Anotaciones en el DSI.*
- *Citación para el próximo control a los 18 meses.*

Duración: 20 minutos.

9. Imprescindibles

- *Anamnesis y evaluación del desarrollo psicomotor.*

- Valoración del riesgo social.
- Examen sensorial.
- Valoración de la alimentación.
- Prevención de accidentes.
- Consejo antitabaco.
- Protección contra las radiaciones solares.

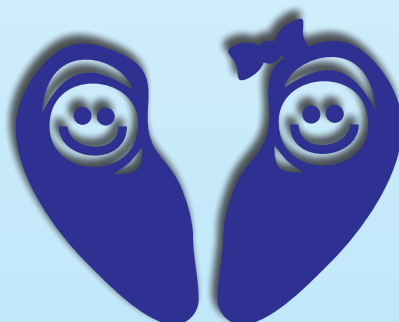
10. Anexos, material informativo

Anexos

- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

Material informativo

- Guía de los 12 a los 18 meses.
- Póster: Estilos de vida saludables.
- Maniobras de desobstrucción de Heimlich.





Visita de los 18 meses

1. Anamnesis

- Valorar la evolución desde la visita anterior: preocupaciones de los padres, alimentación, prevención de accidentes, exposición al tabaco...
- Elogiar y reforzar.
- Indagar sobre la posible incorporación de la madre al trabajo fuera del hogar.
- Guardería, escuela, cuidadores.
- Escuchar y dialogar con los padres, tratando de resolver sus dudas y preocupaciones.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, longitud y perímetro cefálico y su traslado a las curvas de crecimiento (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.

Examen físico

Insistiendo en:

- Visión:
 - Subjetiva. ¿tuerce algún ojo?, ¿gira la cabeza para mirar?, ¿le lagrimea un ojo?
 - Explorar el aspecto externo de los ojos, la motilidad ocular y las pupilas.
 - Descartar estrabismo: test de Hirschberg, test de oclusión (cover test) y test de Bruckner (reflejo rojo en ambos ojos a la vez valorando la simetría en forma y color). La exploración del estrabismo puede completarse con fotografías o videos aportados por la familia.
- Audición y lenguaje:
 - Comprende frases cortas sin gestos.
 - Dice algunas palabras reconocibles.
 - Señala con el dedo lo que desea, aunque el objeto esté lejano.
- Locomotor: camina sólo sin ayuda y sin cojear. Son frecuentes el genu varo, tibia vara y pies "planos" fisiológicos.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor.

• Si hubiese la mínima duda valorar los signos de alarma de los 18 meses (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- No camina sólo.
- No señala partes del cuerpo cuando se le nombran.
- No emite ninguna palabra con significado.*
- No participa en juegos de imitación (hacer comiditas, acunar un muñeco)*.
- No comparte intereses con sus padres cuando se le muestra un objeto.*

*La presencia de alguno de estos signos de alarma, y en especial, la presencia sucesiva de estos signos de alarma en los diferentes controles, debe hacernos pensar en la posibilidad de un trastorno grave en la interacción/comunicación.

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria, del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), recomienda utilizar la escala CHAT modificada (M-CHAT) como instrumento de cribado de Trastorno del Espectro Autista (TEA) entre los 16 y los 30 meses en niños de riesgo: preocupaciones sobre el desarrollo del niño comunicadas por los padres, antecedentes familiares de TEA en hermanos, síntomas de trastorno de comunicación (retraso del lenguaje), síntomas de dificultades de relación social, conductas repetitivas o presencia de otros signos de alerta de TEA (marcados con asterisco *) (**Anexo XI. Instrumento de valoración M-CHAT para el profesional**).

Aunque el cribado de Trastorno del Espectro Autista en niños de riesgo se debe realizar a los 18 meses, los profesionales deben vigilar la presencia de posibles señales de alarma desde al menos los 6 meses de edad. Dado que no se ha evidenciado una edad mínima para detectar alteraciones, la derivación a Atención Especializada puede ser considerada a cualquier edad en que se sospeche un TEA.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento individualizadas que sean necesarias.

- Identificar los niños con riesgo de ferropenia para indicar cribado de anemia y ferropenia (hemograma y perfil de hierro) y administrar hierro oral si procede (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).
- Recomendar vitamina D en la población de alto riesgo de déficit de vitamina D (**Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D**).



- Identificar los niños con factores de riesgo de tuberculosis para realizar Mantoux (**Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

No proceden de forma sistemática.

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Vacunación según calendario (previa valoración de posibles contraindicaciones).
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles.
- Flúor si factores de riesgo (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**).
- Solicitar una prueba de valoración audiológica si se detecta retraso en el lenguaje (No emite ninguna palabra con significado).

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 18 meses a los 2 años**.

Alimentación

- Felicitar y apoyar a la madre si sigue amamantando.
- Recordarle que, si así lo desea, se recomienda continuar amamantando.
- Alimentación complementaria variada y equilibrada. Hablar de la pirámide de alimentos. Estimular la masticación y la autonomía. Evitar los alimentos que puedan provocar atragantamiento (frutos secos, uvas, aceitunas, zanahorias crudas...).
- Recordar que los frutos secos no deben ofrecerse antes de los 5 años.
- Favorecer la comida en familia.
- Respetar el apetito del niño.
- Nunca forzar la alimentación.

Prevención de accidentes

- La progresiva autonomía, curiosidad y movilidad del niño aumenta el riesgo de accidentes.
- Seguir insistiendo en el uso de las sillas de seguridad del grupo 1.
- Recordar las precauciones con enchufes, ventanas, objetos pequeños y fármacos.
- Aconsejar acerca de la prevención de caídas, quemaduras, ahogamientos e intoxicaciones.
- Informar de nuevo del Teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 91 5620420 para su uso en caso de intoxicación.

Higiene y cuidados generales

- Desaconsejar endulzar el chupete y dejar dormir al niño con el biberón en la boca.
- Recomendar el inicio del cepillado dental nocturno (supervisado y completado por los padres) con agua y sin pasta dentífrica.
- Consejo sobre protección solar.

Reiterar el consejo antitabáquico

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (vacunaciones, datos antropométricos, alimentación, desarrollo, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.



8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Antropometría y su registro gráfico.
- Vacunación y su registro.
- Citación para el próximo control a los 24 meses.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.

Ambos

- Historia clínica evolutiva.
- Desarrollo psicomotor.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30 minutos.

9. Imprescindibles

- Anamnesis y exploración física y del desarrollo psicomotor.
- Exploración visual y auditiva.
- Descartar alteraciones del desarrollo, especialmente trastornos del espectro autista. Realizar la escala de cribado de trastornos de espectro autista M-CHAT en los niños de riesgo.
- Valoración del riesgo individual.
- Vacunación.
- Valoración de la alimentación.
- Prevención de accidentes.
- Consejo antitabaco.

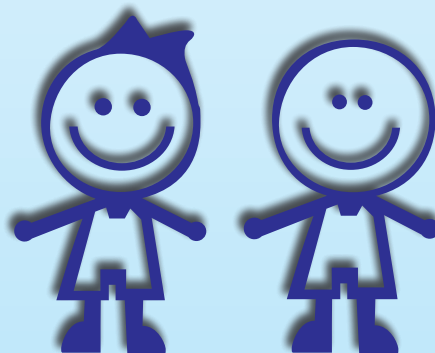
10. Anexos, material informativo

Anexos

- Anexo II. *Curvas de crecimiento.*
- Anexo IV. *Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.*
- Anexo V-1. *Indicadores sociales de riesgo para la salud.*
- Anexo V-2. *Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.*
- Anexo VI. *Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.*
- Anexo VII. *Factores de riesgo de ferropenia.*
- Anexo VIII. *Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.*
- Anexo IX. *Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D.*
- Anexo X. *Recomendaciones para la realización de Mantoux.*
- Anexo XI. *Instrumento de valoración M-CHAT (para el profesional)*

Material informativo

- *Guía de los 18 meses a los 2 años.*







Visita de los 2 años

1. Anamnesis

Recoger información realizando preguntas abiertas sobre:

- Dudas y preocupaciones de los padres y cuidadores.
- Evolución e incidencias desde la última visita.
- Escolarización.
- Bienestar, sonrisa, juego, disfrute.
- Cambios producidos en el núcleo familiar.
- Hábitos alimentarios y actividad física.
- Hábitos de sueño.
- Higiene corporal y dental.
- Aprendizaje del control de esfínteres.
- Autonomía.
- Valoración del seguimiento de las actividades preventivas planificadas en controles anteriores: vacunas, tabaquismo pasivo, medidas de protección frente a accidentes, fotoprotección, etc.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, talla (en bipedestación), perímetro cefálico e IMC. Registro en curvas de crecimiento (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.
- Perímetro-cintura en caso de sobrepeso/obesidad.

Examen físico

- Visión:
 - Subjetiva. ¿tuerce algún ojo?, ¿gira la cabeza para mirar?, ¿hace guiños?
 - Explorar el aspecto externo de los ojos, la motilidad ocular y las pupilas.
 - Descartar estrabismo: test de Hirschberg, test de oclusión (cover test) y test de Bruckner.

- Audición y lenguaje:
 - Comprende y ejecuta órdenes complejas: “peina a la muñeca”.
 - Comienza a reproducir canciones infantiles.
 - Al hablar se refiere a sí mismo por su nombre.
 - Aparición del no.
 - Construye frases de dos palabras “papa casa”.
 - Indica partes de su cuerpo si se le pide.
- Boca: número de piezas dentarias, disposición y aspecto de las mismas, caries.
- Genitales: testes descendidos, fimosis (el proceso de separación entre el glande y el prepucio se desarrolla fisiológicamente durante el segundo o tercer año de vida, por lo que las retracciones del prepucio no deben comenzar antes de los 2-3 años).
- Locomotor: marcha, columna vertebral y pies. Es frecuente encontrar genu varo, tibia vara y pies planos fisiológicos.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor.

Comprobar la ausencia de signos de alarma para los 2 años (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- No corre.
- No chuta la pelota.
- No realiza cuando pinta un trazo definido (un trazo vertical).
- No construye una torre de tres cubos.
- No une dos palabras a modo de frase.
- No obedece dos órdenes sencillas sin el apoyo gestual.
- No colabora en vestirse y desvestirse.
- Uso estereotipado de los objetos sin intención de juego.

Remitir a Atención Temprana a los niños que presenten algún signo de alarma.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento individualizadas que sean necesarias.



- Identificar los niños con riesgo de ferropenia para indicar cribado de anemia y ferropenia (hemograma y perfil de hierro) y administrar hierro oral si procede (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).
- Recomendar vitamina D en la población de alto riesgo de déficit de vitamina D (**Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D**).
- Identificar los niños con factores de riesgo de tuberculosis para realizar Mantoux (**Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux**).
- Realizar un control más estrecho en los niños con riesgo de obesidad y sobrepeso, insistiendo en la práctica habitual de actividad física y en los consejos de alimentación saludable (**Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad**).
- Determinar el colesterol, a partir de los 2 años, en niños con riesgo cardiovascular (**Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

- No se precisan de forma sistemática. Únicamente, solicitar si se detecta algún factor de riesgo individual.
- Solicitar una valoración audiológica, en los niños con retraso del lenguaje (vocabulario de palabras aisladas con 10 o menos palabras).

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Revisar el calendario vacunal y completarlo en niños incorrectamente vacunados.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles y su forma de administración.
- Prescribir flúor si factores de riesgo de caries (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**).

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 2 años**.

Alimentación

- La alimentación del niño debe ser igual a la del resto de la familia, siempre que sea variada y equilibrada. Si come en el comedor escolar, conviene conocer el menú para complementarlo en la cena.
- Respetar el apetito, no forzar la alimentación.
- Promover horarios de comidas regulares y evitar que coma entre horas.
- Favorecer su autonomía dejándole que coma sólo, con el resto de la familia.
- Promover un desayuno completo.
- Promover el consumo de frutas y verduras (5 raciones al día).
- Limitar el consumo de grasas saturadas y grasas trans.
- Evitar el abuso de derivados lácteos, manteniendo un consumo no inferior a 500 ml al día de leche o derivados.
- Evitar las golosinas, la bollería industrial, las bebidas azucaradas y los refrescos.
- Acostumbrar a tomar poca sal en los alimentos y que ésta sea yodada.
- No comer con la televisión encendida.
- Insistir en retirar el biberón si aún no se ha hecho.



Interrelación padres-hijo

- Estimular con cariño el desarrollo psicomotor y el lenguaje del niño, utilizando el juego, los cuentos y la música.
- Fomentar la autonomía.
- aconsejar a los padres que hablen a sus hijos de forma clara y correcta.
- Educar estableciendo normas y límites e insistir en la importancia de mantener la coherencia y de dedicar tiempo a los hijos.
- Fomentar el elogio de la buena conducta.
- aconsejar sobre el manejo de las rabietas.

Prevención de accidentes

- Insistir y reforzar en el transporte del niño en el automóvil con un sistema de seguridad homologado, sillas de seguridad del grupo 1.
- Iniciar la educación en seguridad peatonal. Promover el uso seguro de triciclos y la utilización de casco.
- Informar sobre las situaciones peligrosas más frecuentes a esta edad, promoviendo conductas seguras, tanto en el hogar como en la calle, piscinas, etc.
- Prohibir el consumo de frutos secos hasta los 5 años de edad.
- Insistir en el almacenamiento de medicamentos, productos de limpieza y sustancias tóxicas en lugares seguros e inaccesibles, en no tomar medicinas en presencia de los niños, ni administrárselas como si fueran golosinas.
- Informar del teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 915 62 04 20.

Actividad física

- Recomendar el paseo y el juego al aire libre diario.
- Potenciar las tareas cotidianas que impliquen movimiento.
- Limitar el tiempo para ver la televisión y los juegos sedentarios y supervisar los contenidos de los programas. La Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños no deben tener contacto con las pantallas antes de los dos años y a partir de entonces, permitir su utilización entre 1 y 2 horas diarias, de forma progresiva y supervisada, adaptando su uso a cada edad.

Higiene y cuidados generales

- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Explicar la importancia del lavado de manos.
- Orientar sobre el control diurno de esfínteres.
- Informar de los alimentos cariogénicos y evitar hábitos perjudiciales (chupete, succión del pulgar).
- Recomendar el cepillado dental inicialmente con agua y con supervisión de los padres.
- Insistir en la protección solar.
- Recomendar hábitos de sueño saludables.

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes deben ser anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Registro antropométrico y su expresión gráfica en percentiles.
- Citación para el próximo control a los 3 años.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.
- Solicitud de exámenes complementarios cuando sea necesario.

Ambos

- Historia clínica evolutiva.
- Desarrollo psicomotor.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.

Duración : 20-30 minutos.



9. Imprescindibles

- Evaluación de la alimentación.
- Valoración del crecimiento.
- Exploración de la visión y audición.
- Valoración del desarrollo psicomotor.
- Detección de niños con trastornos graves del lenguaje y de la interacción social.
- Evaluación del riesgo individual.
- Detección de niños con sobrepeso/obesidad.
- Promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable.
- Prevención de accidentes.
- Prevención del tabaquismo pasivo.
- Orientación sobre el control diurno de esfínteres.

10. Anexos, material informativo.

Anexos

- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.
- Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.
- Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D.
- Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux.
- Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad.
- Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular.

Material informativo de la visita

- Guía de los 2 años.

Visita de los 3 años

1. Anamnesis

Recoger información realizando preguntas abiertas sobre:

- Dudas y preocupaciones de los padres y cuidadores. Prestar especial atención al desarrollo, la sociabilidad, el lenguaje y la conducta.
- Evolución e incidencias desde la última visita.
- Cambios en el entorno familiar y adaptación a la escolarización.
- Bienestar, sonrisa, juego, disfrute.
- Hábitos alimentarios y actividad física.
- Hábitos de sueño.
- Higiene corporal y dental.
- Establecimiento de hábitos higiénicos autónomos. Control de esfínteres.
- Valoración del seguimiento de las actividades preventivas planificadas en controles anteriores: vacunación, tabaquismo pasivo, fotoprotección, prevención de accidentes, etc.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, talla e IMC. Registro en curvas de crecimiento (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.
- Perímetro-cintura en caso de sobrepeso/obesidad.

Examen físico

- Visión:
 - Subjetiva: ¿tuerce algún ojo?, ¿lagrimeo?, ¿parpadea? ¿hace guiños? etc.
 - Explorar el aspecto externo de los ojos, la motilidad ocular y las pupilas.
 - Descartar estrabismo: test de Hirschberg, test de oclusión (cover test) y test de Bruckner.
 - Explorar la visión binocular: test de visión estereoscópica.
 - Valorar la agudeza visual mediante optotipos. Tener en cuenta que los niños "no colaboradores" tienen 3,5 veces más riesgo de defectos de refracción que los colaboradores. Reexplorar a los 2-3 meses a los que no colaboren.



- Audición:
 - Subjetiva: ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo?, ¿grita excesivamente al hablar?, ¿contesta sistemáticamente con un qué?, ¿tiene un lenguaje adecuado para su edad? ¿tiene problemas de integración en la escuela?
- Desarrollo del lenguaje:
 - Escucha y entiende pequeños cuentos.
 - Canta canciones. Se expresa con frases.
 - Dice "yo, mi, mío".
 - Participa en conversaciones y pregunta: ¿qué?, ¿dónde?, ¿quién?
- Boca: caries, gingivitis y maloclusión dental.
- Genitales: presencia de testes en escroto, fimosis (el proceso de separación entre el glande y el prepucio se desarrolla fisiológicamente durante el segundo o tercer año de vida, por lo que las retracciones del prepucio no deben comenzar antes de los 2-3 años).
- Locomotor: marcha, disimetrías y pies.
- Toma de tensión arterial. Una toma de tensión arterial entre los 3 y los 6 años.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor.

Comprobar la ausencia de signos de alarma para los 3 años (**Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor**):

- No salta ni aguanta sobre un pie un segundo.
- No imita un círculo.
- No construye una torre de 6 cubos.
- Lenguaje ininteligible para la familia.
- No dice su nombre.
- No nombra dibujos.
- No entiende los conceptos grande/pequeño, arriba/abajo.
- No le interesan los juegos de compañía.
- No se pone alguna prenda de ropa el solo.
- Presencia de estereotipias verbales.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

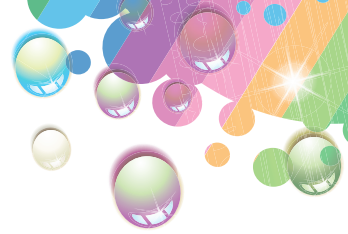
Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento individualizadas que sean necesarias.

- Identificar los niños con riesgo de ferropenia para indicar cribado de anemia y ferropenia (hemograma y perfil de hierro) y administrar hierro oral si procede (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).
- Recomendar vitamina D en la población de alto riesgo de déficit de vitamina D (**Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D**).
- Identificar los niños con factores de riesgo de tuberculosis para realizar Mantoux (**Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux**).
- Riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad. Realizar un control más estrecho en los niños con riesgo de obesidad y sobrepeso, insistiendo en la práctica habitual de actividad física y en los consejos de alimentación saludable (**Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad**).
- Determinar el colesterol, a partir de los 2 años, en niños con riesgo cardiovascular (**Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).



4. Exámenes complementarios

- No se precisan de forma sistemática, salvo detección de algún factor de riesgo individual.
- Solicitar una valoración audiológica en los niños con retraso del lenguaje (no usa frases telegráficas, lenguaje ininteligible > 50%).

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Vacunación según calendario y completarlo en niños incorrectamente vacunados.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles y de su forma de administración.
- Realizar profilaxis con flúor oral en niños de riesgo de caries en función del contenido de flúor del agua de consumo: 0,5 mg/día hasta los 6 años (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**).

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 3 y 4 años**.

Alimentación

- La alimentación del niño deberá ser igual a la del resto de la familia, siempre que sea variada y equilibrada. Si come en el comedor escolar, conviene conocer el menú para complementarlo en la cena.
- No forzar, respetar el apetito.
- Promover horarios de comidas regulares y evitar que coma entre horas.
- Favorecer su autonomía dejándole que coma solo, con el resto de la familia.
- La comida debe ser agradable y un momento de comunicación familiar. Recomendar no comer con la televisión encendida.
- Promover un desayuno completo.
- Promover el consumo de frutas y verduras.
- Limitar el consumo de grasas saturadas y grasas trans.
- Evitar el abuso de derivados lácteos, manteniendo un consumo no inferior a 500 ml al día de leche o derivados.
- Evitar las golosinas, la bollería industrial, las bebidas azucaradas, los refrescos y el exceso de sal.

- Promover el uso de sal yodada.
- Insistir en retirar el biberón si aún no se ha hecho.

Actividad física

- Recomendar el paseo y el juego al aire libre diario.
- Potenciar las tareas cotidianas que impliquen movimiento: ir al colegio andando, subir y bajar escaleras.
- Limitar el tiempo para ver la televisión, y los juegos sedentarios y supervisar los contenidos de los programas y videojuegos.

Interrelación padres-hijo

- Estimular el desarrollo del lenguaje, utilizando el juego, los cuentos y la música.
- Aconsejar leerle en voz alta.
- Favorecer la autoestima.
- Educar estableciendo normas y límites e insistir en la importancia de mantener la coherencia y de dedicar tiempo a los hijos y escucharles.
- Fomentar el elogio de la buena conducta.
- Aconsejar sobre el manejo de las rabietas, terrores nocturnos y pesadillas.
- Adiestrar en habilidades sociales, comer y vestirse solo y preguntar sobre el control de esfínteres.

Prevención de accidentes

- Insistir y reforzar en el transporte infantil en el automóvil con un sistema de seguridad homologado para cada edad (grupo 1).
- Iniciar la educación vial si aún no se ha iniciado.
- Informar sobre las situaciones de riesgo y peligros más frecuentes a esta edad, promoviendo conductas seguras, tanto en el hogar como en la calle, piscinas y otros lugares públicos.
- Prohibir el consumo de frutos secos hasta los 5 años de edad.
- Insistir en el almacenamiento de medicamentos, productos de limpieza y sustancias tóxicas en lugares seguros e inaccesibles, en no tomar medicinas en su presencia ni administrárselas como si fueran golosinas.
- Informar del teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 915 62 04 20.



Higiene y cuidados generales

- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Insistir en la importancia del lavado de manos.
- Informar de los alimentos cariogénicos y evitar hábitos perjudiciales.
- Recomendar el cepillado dental con pasta fluorada (ión flúor < 500 ppm) al menos dos veces al día y de forma especial al acostarse.
- Recordar la importancia de la protección solar.
- Recomendar mantener hábitos de sueño estables y dormir tiempo suficiente (12-13 horas).

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (datos antropométricos, desarrollo, optotipos, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Registro antropométrico y su expresión gráfica en percentiles.
- Vacunación.
- Toma de TA.
- Citación para el próximo control a los 4 años.

Pediatra

- Examen físico y sensorial.
- Solicitud de exámenes complementarios cuando sea necesario.

Ambos

- Historia clínica evolutiva.
- Desarrollo psicomotor.
- Educación para la salud.

- Anotaciones en el DSI.

Duración : 20-30 minutos.

9. Imprescindibles

- Valoración de la socialización, la conducta y la adaptación a la escuela.
- Valoración del crecimiento.
- Exploración de la visión mediante optotipos.
- Valoración del desarrollo psicomotor y especialmente el lenguaje.
- Evaluación del riesgo individual.
- Detección de niños con sobrepeso/obesidad.
- Vacunación.
- Promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable.
- Prevención de accidentes infantiles.
- Prevención del tabaquismo pasivo.
- Protección contra las radiaciones solares.

10. Anexos, material informativo

Anexos

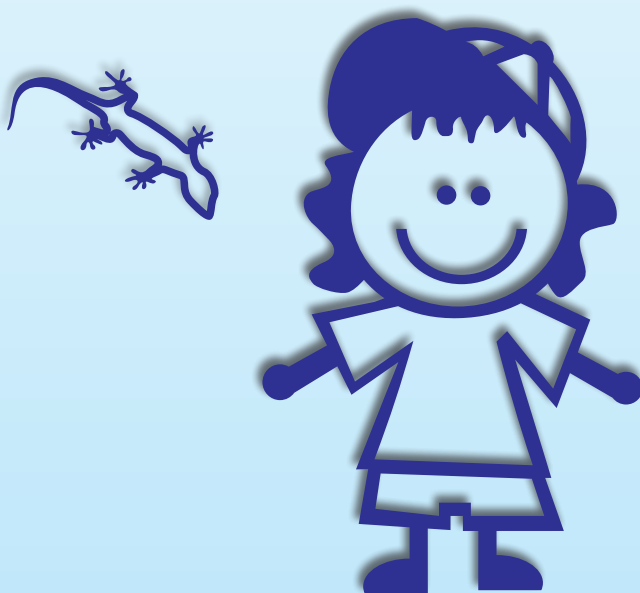
- Anexo II. Curvas de crecimiento.
- Anexo IV. Signos de Alarma del Desarrollo Psicomotor.
- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.
- Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.
- Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D.
- Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux.



- Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad.
- Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular.

Material informativo

- Guía de los 3 y 4 años.
- La alimentación de tus niños.



Visita de los 4 años (Enfermería)

1. Anamnesis

Recoger información realizando preguntas abiertas sobre:

- Dudas y preocupaciones de los padres. Prestar especial atención al desarrollo, la sociabilidad, el lenguaje y la conducta.
- Evolución e incidencias desde la última visita.
- Cambios en el entorno familiar y adaptación a la escolarización.
- Bienestar, sonrisa, juego, disfrute.
- Hábitos alimentarios y actividad física.
- Hábitos de sueño.
- Establecimiento de hábitos higiénicos autónomos.
- Valoración del seguimiento de las actividades preventivas planificadas en controles anteriores: vacunación, tabaquismo pasivo, fotoprotección, sistema de seguridad en el coche, etc.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, talla e IMC. Registro en curvas de crecimiento (**Anexo II. Curvas de crecimiento**) de la OMS.
- Perímetro-cintura en caso de sobrepeso/obesidad.

Examen físico

- Visión:
 - Subjetiva: ¿tuerce algún ojo?, ¿se acerca mucho a la televisión o cuando dibuja?
 - Valoración de la agudeza visual mediante optotipos.
- Audición:
 - Subjetiva: ¿tiene dudas sobre la audición de su hijo?, ¿grita excesivamente al hablar?, ¿contesta sistemáticamente con un qué?, ¿tiene un lenguaje adecuado para su edad? ¿tiene problemas de integración en la escuela?
- Lenguaje:
 - ¿Usa frases sencillas? ¿su lenguaje es ininteligible en más de 20 %?
- Toma de tensión arterial. Una toma de tensión entre los 3 y los 6 años.



Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor.

Ante la detección de alguna anomalía en la exploración se derivará a su pediatra

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

- Realizar un seguimiento estrecho en los niños con riesgo de obesidad y sobrepeso insistiendo en la práctica de ejercicio físico y en los consejos de alimentación. **(Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad).**

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud **(Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud).**
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha **(Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores).**
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores **(Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario).**

4. Exámenes complementarios

- No se precisan de forma sistemática.
- En los niños con retraso del lenguaje (no usa frases sencillas, lenguaje ininteligible > 20%), su pediatra valorará si se precisa solicitar una valoración audiológica.

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Revisar su calendario vacunal y completarlo en niños incorrectamente vacunados, tras resolución con su pediatra.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles y de su forma de administración.
- Recomendar la profilaxis con flúor oral en niños de riesgo de caries en función del contenido de flúor del agua de consumo: 0,5mg/día de flúor hasta los 6 años (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**).

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 3 y 4 años**.

Alimentación

- La alimentación del niño deberá ser igual a la del resto de la familia, siempre que sea variada y equilibrada. Si come en el comedor escolar, conviene conocer el menú para complementarlo en la cena.
- No forzar, respetar el apetito. Ofrecer pequeñas raciones con posibilidad de repetir.
- Promover horarios de comidas regulares y evitar que coma entre horas.
- Favorecer su autonomía dejándole que coma solo, con el resto de la familia.
- La comida debe ser agradable y un momento de comunicación familiar. Se recomienda no comer con la televisión encendida.
- Promover un desayuno completo.
- Promover el consumo de frutas y verduras.
- Limitar el consumo de grasas saturadas y grasas trans.
- Evitar el abuso de derivados lácteos, manteniendo un consumo no inferior a 500 ml al día de leche o derivados.
- Evitar las golosinas, la bollería industrial, las bebidas azucaradas, los refrescos y el exceso de sal.
- Promover el uso de sal yodada.

Actividad física

- Recomendar el juego al aire libre diario.



- Potenciar las tareas cotidianas que impliquen movimiento: ir al colegio andando, subir y bajar escaleras.
- Limitar el tiempo para ver la televisión, y los juegos sedentarios a un máximo de una hora al día supervisando los contenidos de los programas y videojuegos.

Interrelación padres-hijos

- Estimular el desarrollo del lenguaje infantil, utilizando el juego, los cuentos, la poesía y la música.
- aconsejar leerle en voz alta.
- Favorecer la autoestima y la autonomía.
- Educar estableciendo normas y límites e insistir en la importancia de mantener la coherencia y de dedicar tiempo a los hijos y escucharles.
- Fomentar el elogio de la buena conducta.

Prevención de accidentes

- Insistir y reforzar en el transporte infantil en el automóvil con un sistema de seguridad homologado para cada edad (grupo 2).
- Continuar con la educación vial.
- Recomendar el uso de equipamiento adecuado en el juego y el uso de casco en la bicicleta, triciclo, patines, etc.
- Informar sobre las situaciones de riesgo y peligros más frecuentes a esta edad, promoviendo conductas seguras, tanto en el hogar como en la calle, piscinas y otros lugares públicos.
- Prohibir el consumo de frutos secos hasta los 5 años de edad.
- Insistir en el almacenamiento de medicamentos, productos de limpieza y sustancias tóxicas en lugares seguros e inaccesibles.
- Informar del teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 915 62 04 20.

Higiene y cuidados generales

- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Insistir en el lavado de manos.
- Informar de los alimentos cariogénicos y evitar hábitos perjudiciales.
- Cepillado dental con pasta fluorada (ión flúor < 500 ppm) al menos dos veces al día y de forma especial al acostarse.

- Recordar la importancia de la protección solar.
- Recomendar mantener hábitos de sueño adecuados y dormir lo suficiente (12 horas).

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (datos antropométricos, optotipos, etc.) serán anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Historia clínica evolutiva.
- Registro antropométrico y su expresión gráfica en percentiles.
- Vacunación si procede.
- Desarrollo psicomotor.
- Agudeza visual.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.
- Recordar el próximo control a los 6 años.

Duración: 20 minutos.

9. Imprescindibles

- Valoración de la socialización, la conducta, la autonomía y la adaptación a la escuela.
- Valoración del crecimiento.
- Exploración de la visión mediante optotipos.
- Valoración del desarrollo psicomotor y especialmente del lenguaje.
- Evaluación del riesgo individual.
- Detección de niños con sobrepeso/obesidad.
- Promoción del ejercicio físico y consejos para una alimentación saludable.



- *Prevención de accidentes infantiles.*
- *Prevención del tabaquismo pasivo.*
- *Protección frente a las radiaciones solares.*

10. Anexos, material informativo.

Anexos

- *Anexo II. Curvas de crecimiento.*
- *Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.*
- *Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.*
- *Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.*
- *Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.*
- *Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad.*

Material informativo

- *Guía de los 3 y 4 años.*
- *Adhesivo “Estilos de vida saludables”.*



Visita de los 6 años

1. Anamnesis

Recoger información realizando preguntas abiertas sobre:

- Dudas y preocupaciones de los padres.
- Evolución e incidencias desde la última visita.
- Bienestar, sonrisa, juego, disfrute.
- Cambios en el ámbito familiar. Conducta en el hogar. Valorar normas en relación a horarios, juegos, TV, etc. Relación con los padres y hermanos.
- Conducta en la escuela. Relación con los compañeros.
- Progresos en el aprendizaje escolar. Rendimiento académico. Hábitos de estudio.
- Hábitos alimentarios y ejercicio físico.
- Ocio. Actividades extraescolares.
- Hábitos de sueño.
- Higiene corporal y dental. Autonomía personal.
- Enuresis nocturna. Estreñimiento. Encopresis.
- Valoración del seguimiento de las actividades preventivas planificadas en controles anteriores: vacunación, tabaquismo pasivo, sistema de seguridad en el coche, seguridad vial, protección solar, etc.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, talla e IMC. Registro en curvas de crecimiento correspondientes.
- Perímetro-cintura en caso de sobrepeso/obesidad.

Examen físico

Realizar un examen físico completo. Prestar especial atención a los siguientes aspectos:

- Visión:
 - Explorar el aspecto externo de los ojos, la motilidad ocular y las pupilas.
 - Descartar estrabismo: test de Hirschberg, test de oclusión (cover test) y test de Bruckner.



- Exploración de la visión binocular: test de visión estereoscópica.
- Valoración de la agudeza visual mediante optotipos.
- Boca: sarro, flemones, caries, gingivitis y maloclusión dental. Erupción del primer molar.
- Genitales: presencia de testes en escroto, fimosis.
- Locomotor: marcha, disimetrías, pies, columna vertebral.
- Toma de tensión arterial. Una toma de tensión entre los 3 y los 6 años.

Desarrollo psicomotor

Explorar el desarrollo psicomotor.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

Captar niños de riesgo en base a sus condiciones de salud, con el fin de realizar las actividades de control y seguimiento individualizadas que sean necesarias.

- Identificar los niños con riesgo de ferropenia para indicar cribado de anemia y ferropenia (hemograma y perfil de hierro) y administrar hierro oral si procede (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).
- Recomendar vitamina D en la población de alto riesgo de déficit de vitamina D (**Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D**).
- Identificar los niños con factores de riesgo de tuberculosis para realizar Mantoux (**Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux**).
- Realizar un control más estrecho en los niños con riesgo de obesidad y sobrepeso, insistiendo en la práctica habitual de actividad física y en los consejos de alimentación saludable (**Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad**).
- Determinar el colesterol, si aún no se ha determinado, en niños con riesgo cardiovascular (**Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).

- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

- No se precisan de forma sistemática.
- Realizar audiometría si se sospecha hipoacusia.

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Administrar a los 6 años las vacunas según calendario y completarlo en niños incorrectamente vacunados.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles y de su forma de administración.
- Realizar profilaxis con flúor oral en niños de riesgo de caries y en función del contenido de flúor del agua de consumo: 1 mg/día (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**).
- Derivar al Programa de Salud Bucodental a partir de los 6 años.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de 6 años**.

Alimentación

- La alimentación deberá ser variada y equilibrada. Si come en el comedor escolar, conviene conocer el menú para complementarlo en la cena.



- No forzar, respetar el apetito. Limitar el tiempo de las comidas.
- Favorecer su autonomía dejándole que coma solo, con el resto de la familia. La comida debe ser agradable y un momento de comunicación familiar. Se recomienda no comer con la televisión encendida.
- Realizar 5 comidas al día.
- Promover un desayuno completo y la ingesta de alimentos a media mañana.
- Dar una ración diaria de carne, pescado o huevo en la comida o la cena.
- En la merienda no abusar de embutidos, chocolate y bollería industrial, alternándolo con leche o derivados y fruta.
- No utilizar bebidas azucaradas o zumos industriales. La mejor bebida es el agua.
- Promover el consumo de frutas y verduras.
- Limitar el consumo de grasas saturadas y grasas trans.
- Evitar el abuso de derivados lácteos, manteniendo un consumo no inferior a 500 ml al día de leche o derivados.
- Evitar las golosinas, la bollería industrial, las bebidas azucaradas, los refrescos y el exceso de sal.
- Promover el uso de sal yodada.

Actividad física

- aconsejar como mínimo 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada o vigorosa.
- Realizar actividades al aire libre: pasear, jugar al escondite, correr, saltar a la comba.
- Realizar algún ejercicio físico que le guste de forma regular (patinar, montar en bicicleta, bailar, baloncesto, fútbol, etc).
- Limitar y supervisar el tiempo dedicado a la televisión u otras tecnologías (videoconsolas, ordenador, etc) que no debe sobrepasar 2 horas al día.

Interrelación padres-hijo

- Dedicar tiempo a los hijos y escucharles. Recomendar que acepten a sus hijos tal y como son y que se lo hagan saber.
- Insistir en el respeto y en el apoyo a los hijos.
- Educar estableciendo normas e insistir en la importancia de mantener la coherencia.

- Usar más la recompensa que el castigo.
- Favorecer la autoestima y la autonomía.
- Adiestrar en habilidades sociales.
- Promover la lectura.
- Responder de manera sencilla a las preguntas sobre aspectos de la sexualidad que puedan surgir.
- Prevenir el abuso sexual:
 - Recomendar a los padres que animen a sus hijos a que compartan con ellos las preocupaciones, dudas o problemas que tengan.
 - Recomendar prevenir a los hijos, sin asustarlos.
 - Insistir a los padres en que expresen a sus hijos el amor que les tienen y que ocurra lo que ocurra siempre podrán contar con ellos.

Prevención de accidentes

- Insistir y reforzar en el transporte infantil en el automóvil con un sistema de seguridad homologado. Grupo 2 de 15 hasta 25 Kg. y grupo 3 de 22 hasta 36 Kg.
- Insistir en la educación vial.
- Realizar actividad física de forma segura: usar casco para montar en bicicleta, rodilleras y coderas para patinar. Aprender a nadar.
- Guardar medicamentos, productos de limpieza y sustancias tóxicas en lugares seguros e inaccesibles. No tomar medicinas en su presencia ni administrárselas como si fueran golosinas.
- Informar del teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 915 62 04 20.
- Introducir la prevención de incendios y la utilización correcta de algunas herramientas que pueden resultar peligrosas.

Higiene y cuidados generales

- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Explicar la importancia del lavado de manos.
- Insistir en las medidas de protección solar.
- Continuar con el cepillado dental con pasta fluorada (ión flúor 1000 -1450 ppm) al menos dos veces al día y de forma especial al acostarse.
- Hábitos de sueño. Dormir unas 10-12 horas.



7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (vacunaciones, datos antropométricos, optotipos, TA, etc.) deben ser anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Registro antropométrico y su expresión gráfica en percentiles.
- Agudeza visual.
- Vacunación y registro.
- Recordar el próximo control a los 9 años.

Pediatra

- Examen físico.
- Solicitud de exámenes complementarios cuando sea necesario.

Ambos:

- Historia clínica evolutiva.
- Valoración individual del riesgo.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30-40 minutos.

9. Imprescindibles

- Valoración de la socialización, la conducta y el rendimiento escolar.
- Valoración del crecimiento e IMC .
- Medición del perímetro cintura y seguimiento de los niños con sobrepeso y obesidad.
- Exploración de la visión y detección de escoliosis.
- Toma de la TA si no se ha realizado en los controles anteriores.

- Evaluación del riesgo individual.
- Mantoux en la población de riesgo.
- Vacunación.
- Derivación al Programa de Salud Bucodental Infantil.
- Promoción del ejercicio físico y consejos para una alimentación saludable.
- Prevención de accidentes. Educación vial. Ejercicio físico seguro.
- Prevención del tabaquismo pasivo.
- Protección frente a las radiaciones solares.

10. Anexos, material informativo.

Anexos

- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.
- Anexo VIII: Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.
- Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D.
- Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux.
- Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad.
- Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular.

Material informativo

- Guía de los 6 años.
- Marcapáginas.



Visita de los 9 años (Enfermería)

1. Anamnesis

Recoger información realizando preguntas abiertas sobre:

- Dudas y preocupaciones de los padres.
- Evolución e incidencias desde la última visita.
- Bienestar, sonrisa, juego, disfrute.
- Cambios en el ámbito familiar. Conducta en el hogar. Relación con los padres y hermanos.
- Conducta en la escuela. Relación con los compañeros.
- Relaciones sociales. Amigos.
- Progresos en el aprendizaje escolar. Rendimiento académico. Hábitos de estudio.
- Indagar sobre la posibilidad de abuso o acoso fuera del medio familiar.
- Hábitos alimentarios y ejercicio físico.
- Ocio. Actividades extraescolares.
- Medios de comunicación. Televisión, móvil, videojuegos, etc.
- Hábitos de sueño.
- Higiene corporal y dental. Autonomía personal.
- Enuresis nocturna. Estreñimiento. Encopresis.
- Conocimientos sobre sexualidad.
- Valoración del seguimiento de las actividades preventivas planificadas en controles anteriores: tabaquismo pasivo, fotoprotección, sistema de seguridad en el coche, seguridad vial, fotoprotección, etc.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, talla e IMC. Registro en curvas de crecimiento.
- Perímetro-cintura en caso de sobrepeso/obesidad.

Examen físico

- Visión. Valoración de la agudeza visual mediante optotipos.

- Audición
 - Subjetiva: ¿tiene dudas sobre la audición de su hijo?

Ante la detección de alguna anomalía en la exploración se derivará a su pediatra.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

- Identificar los niños con factores de riesgo de tuberculosis y derivarlos a su pediatra para valorar realizar Mantoux (**Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux**).
- Realizar un control más estrecho en los niños con riesgo de obesidad y sobrepeso, insistiendo en la práctica habitual de actividad física y en los consejos de alimentación saludable (**Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

- No se precisan de forma sistemática.
- Realizar audiometría si se sospecha hipoacusia.



5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Revisar el calendario vacunal en los niños incorrectamente vacunados.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Informar de las vacunas disponibles y su administración.
- Derivar al Programa de Salud Bucodental a aquellos niños que no estén aún en el programa.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 9 años**.

Alimentación

- La alimentación infantil deberá ser variada y equilibrada. Si come en el comedor escolar, conviene conocer el menú para complementarlo en la cena.
- No forzar, respetar el apetito. Limitar el tiempo de las comidas.
- La comida debe ser agradable y un momento de comunicación familiar. Se recomienda no comer con la televisión encendida.
- Realizar 5 comidas al día.
- Promover un desayuno completo y la ingesta de alimentos a media mañana.
- Dar una ración diaria de carne, pescado o huevo en la comida o la cena.
- En la merienda no abusar de embutidos, chocolate y bollería industrial, alternándolo con leche o derivados y fruta.
- No utilizar bebidas azucaradas o zumos industriales. La mejor bebida es el agua.
- Promover el consumo de frutas y verduras.
- Limitar el consumo de grasas saturadas y grasas trans.
- Evitar el abuso de derivados lácteos, manteniendo un consumo no inferior a 500 ml al día de leche o derivados.
- Evitar las golosinas, la bollería industrial, las bebidas azucaradas, los refrescos y el exceso de sal.
- Promover el uso de sal yodada.

Actividad física

- aconsejar 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa.

- Realizar actividades al aire libre: pasear, jugar en la calle, correr, saltar a la comba, etc.
- Realizar algún ejercicio físico que le guste de forma regular (patinar, montar en bicicleta, bailar, baloncesto, fútbol, etc).
- Limitar y supervisar el tiempo dedicado a la televisión u otras tecnologías (videoconsolas, ordenador, etc) que no deben sobrepasar 2 horas al día.

Interrelaciones padres-hijos

- Dedicar tiempo a los hijos y escucharles. Recomendar que acepten a sus hijos tal y como son y que se lo hagan saber.
- Insistir en el respeto y en el apoyo a los hijos.
- Educar estableciendo normas e insistir en la importancia de mantener la coherencia.
- Reforzar el comportamiento adecuado mediante elogios y muestras de afecto.
- Favorecer la autoestima y la autonomía.
- Adiestrar en habilidades sociales.
- Promover la lectura.
- Prevenir sobre los riesgos del uso indebido o abusivo de los medios de comunicación social: móvil, televisión, etc.
- Responder a las preguntas sobre aspectos de la sexualidad que puedan surgir.
- Prevenir el abuso sexual:
 - Recomendar a los padres que animen a sus hijos a que compartan con ellos las preocupaciones, dudas o problemas que tengan.
 - Explicarles que sus cuerpos sólo les pertenecen a ellos y que tienen derecho a poner límites y a decir no.
 - Recomendar prevenir a los hijos, sin asustarlos.
 - Insistir a los padres en que expresen a sus hijos el amor que les tienen y que ocurra lo que ocurra siempre podrán contar con ellos.

Prevención de accidentes

- Insistir y reforzar en el transporte infantil en el automóvil con un sistema de seguridad homologado para cada edad (grupo 3).
- Insistir en la educación vial.
- Insistir en realizar ejercicio físico de forma segura: usar casco para montar en bicicleta, usar casco, rodilleras y coderas para patinar. Enseñar a nadar si aún no sabe.



- Guardar medicamentos, productos de limpieza y sustancias tóxicas en lugares seguros e inaccesibles.
- Informar del teléfono del Instituto Nacional de Toxicología: 915 62 04 20.
- Reforzar la prevención de incendios y quemaduras y enseñar la utilización correcta de herramientas que pueden resultar peligrosas.

Higiene y cuidados generales

- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Explicar la importancia del lavado de manos.
- Insistir en la protección solar.
- Insistir en el cepillado dental con pasta fluorada (ión flúor 1000 -1400 ppm) al menos dos veces al día y de forma especial al acostarse.
- Hábitos de sueño. Dormir 10-12 horas.

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes deben ser anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Historia clínica evolutiva.
- Registro antropométrico y su expresión gráfica en percentiles.
- Agudeza visual.
- Valoración del riesgo social.
- Educación para la salud.
- Anotaciones en el DSI.
- Recordar el próximo control a los 12 años.

Duración : 20-30 minutos.

9. Imprescindibles

- Valoración de la socialización, la conducta y el rendimiento escolar.
- Valoración del crecimiento e IMC.
- Detectar niños con sobrepeso y obesidad.
- Medición del perímetro cintura y seguimiento de los niños con sobrepeso y obesidad.
- Exploración de la visión.
- Evaluación del riesgo individual.
- Revisión de la adherencia al programa de salud bucodental infantil.
- Promoción del ejercicio físico y los consejos para una alimentación saludable.
- Prevención de accidentes infantiles en la calle y en el medio escolar. Seguridad vial.
- Prevención del tabaquismo pasivo.
- Protección frente a las radiaciones solares.

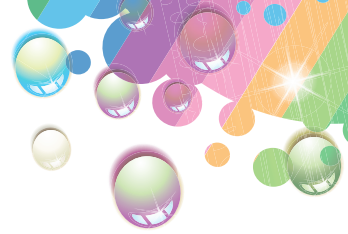
10. Anexos, material informativo.

Anexos

- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux.
- Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad.

Material informativo

- Guía de los 9 años.
- Díptico: Estilos de vida saludables.



Visita de los 12 años

A partir de esta edad debemos de tener especial cuidado en dirigirnos tanto al niño como a sus padres y tener en cuenta sus opiniones a la hora de la toma de decisiones.

1. Anamnesis

Recoger información realizando preguntas abiertas sobre:

- Dudas y preocupaciones de los padres y del adolescente.
- Evolución e incidencias desde la última visita.
- Cambios en el ambiente familiar.
- Relaciones personales. Compañeros, amistades, grupos, etc.
- Escuela. Rendimiento académico, actividades extraescolares, lectura., acoso escolar, ciberacoso.
- Ocio: televisión, móvil, juegos de ordenador, consolas, redes sociales... Preguntar sobre el tiempo de uso, lugar, y para qué los usa (WhatsApp, Tuenti, etc.).
- Objetivos vitales.
- Sentimientos. Autoestima. Conducta.
- Posibilidad de abuso o acoso fuera del medio familiar.
- Hábitos alimentarios y ejercicio físico. Valorar conductas alimentarias de riesgo.
- Hábitos de sueño.
- Higiene corporal y dental.
- Hábitos tóxicos. Tabaquismo.
- Conocimientos sobre sexualidad. Menarquia. Prevención de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.
- Valoración del seguimiento de las actividades preventivas planificadas en controles anteriores: accidentes de circulación, fotoprotección, etc.

2. Exploración

Antropometría

- Peso, talla e IMC. Registro en las curvas de crecimiento.
- Perímetro-cintura en caso de sobrepeso/obesidad.

Examen físico

- Visión: valoración de la agudeza visual mediante optotipos.
- Boca: sarro, flemones, caries, gingivitis y maloclusión dental.
- Desarrollo puberal. Estadios de Tanner.
- Locomotor: columna vertebral.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

- Identificar los niños con riesgo de ferropenia para indicar cribado de anemia y ferropenia (hemograma y perfil de hierro) y administrar hierro oral si procede (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).
- Recomendar vitamina D en la población de alto riesgo de déficit de vitamina D (**Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D**).
- Identificar los niños con factores de riesgo de tuberculosis para realizar Mantoux (**Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux**).
- Realizar un control más estrecho en los niños con riesgo de obesidad y sobrepeso, insistiendo en la práctica habitual de actividad física y en los consejos de alimentación saludable (**Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad**).
- Determinar el colesterol, si aún no se ha determinado, en niños con riesgo cardiovascular (**Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento ex-



haustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

- No se precisan de forma sistemática.
- Realizar audiometría si se sospecha hipoacusia.

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Administrar a los 12 años las vacunas según calendario vigente y completar el calendario vacunal en niños incorrectamente vacunados.
- Considerar los niños con indicaciones específicas de vacunación.
- Derivar al Programa de Salud Bucodental si aún no se ha realizado.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de 12 años**.

Alimentación

- La alimentación deberá ser variada y equilibrada. Hay que comer bien para estar sano.
- La comida debe ser agradable y un momento de comunicación familiar. Es importante que disfruten de la comida.
- Realizar 5 comidas al día.
- Promover un desayuno completo y la ingesta de alimentos a media mañana.
- Aportar alimentos necesarios para favorecer el desarrollo adecuado: leche, fruta, verdura, pasta, arroz, legumbres, carne, pescado, huevos.
- No abusar de bebidas estimulantes, azucaradas, zumos industriales, golosinas, chocolate, fritos y bollería industrial. La mejor bebida es el agua.
- No excederse en el consumo de sal y utilizar una sal que sea yodada.

- En el caso de precisar un ajuste en la alimentación ofrecer nuestra ayuda para evitar dietas que pudieran poner en peligro su salud.

Actividad física

- Recomendar la práctica de actividad física vigorosa durante un tiempo mínimo de una hora al día.
- Aconsejar actividades recreativas al aire libre y caminar a diario.
- Realizar algún ejercicio físico que le guste de forma regular.
- Limitar y supervisar el tiempo dedicado a la televisión u otras tecnologías (videoconsolas, ordenador, etc) a un máximo de dos horas al día.

Relación padres-hijos

- Dedicar tiempo a los hijos y escucharles. Recomendar que acepten a sus hijos tal y como son y que se lo hagan saber.
- Insistir en el respeto y en el apoyo a los hijos.
- Educar estableciendo normas e insistir en la importancia de mantener la coherencia.
- Reforzar el comportamiento adecuado mediante elogios y muestras de afecto.
- Favorecer la autoestima y la autonomía.
- Promover la lectura.

Prevención de accidentes

- Reforzar el uso del cinturón de seguridad en el automóvil e insistir en la educación vial.
- Realizar ejercicio físico de forma segura: usar casco y protecciones para moto, bicicleta y monopatín. Advertir de los deportes de riesgo, saltos en las piscinas, etc.
- Prevención de incendios y quemaduras: uso de petardos, quema de papeles, etc.
- Evitar juegos con tóxicos y líquidos inflamables.
- Prevención de las conductas violentas. Prevenir acerca del uso de armas incluidos cuchillos y navajas.

Tabaquismo, alcohol y otras drogas

- Si no se detecta consumo: felicitar y dar información para reforzar el rechazo al consumo.



- Si se detecta consumo: valorar el tipo de droga, frecuencia, entorno, informar de los riesgos y valorar el deseo de abandonarlo para ofrecer ayuda y realizar un seguimiento.

Salud afectivo-sexual

- Alentar la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad.
- Responder a las preguntas sobre aspectos de la sexualidad que puedan surgir.
- Valorar dar información sobre la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual: **Anticoncepción, (preservativo masculino). Anticoncepción de urgencia (píldora del día después).**
- Prevenir del abuso sexual.
 - Recomendar a los padres que animen a sus hijos a que compartan con ellos las preocupaciones, dudas o problemas que tengan.
 - Explicarles que sus cuerpos sólo les pertenecen a ellos y que tienen derecho a poner límites y a decir no.
 - Insistir a los padres, en que expresen a sus hijos el amor que les tienen y que ocurra lo que ocurra siempre podrán contar con ellos.

Higiene y cuidados generales

- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Aconsejar el lavado de manos.
- Cuidar la higiene corporal.
- Informar sobre el acné.
- Insistir en el cepillado dental con pasta fluorada (ión flúor 1000 - 1450 ppm) al menos dos veces al día y de forma especial al acostarse
- Reforzar los consejos sobre protección solar.
- Aconsejar dormir lo suficiente (aproximadamente 10 horas al día).

7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (vacunaciones, datos antropométricos, estadios de Tanner, optotipos, etc.) deben ser anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Registro antropométrico y su expresión gráfica en percentiles.
- Realización de la agudeza visual.
- Vacunación y registro.
- Recordar el próximo control a los 14 años.

Pediatra

- Examen físico.
- Solicitud de exámenes complementarios cuando sea necesario.

Ambos:

- Historia clínica evolutiva.
- Educación para la salud.
- Valoración del riesgo individual.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30-40 minutos.

9. Imprescindibles

- Valoración de la socialización, la conducta y el rendimiento escolar.
- Valoración del crecimiento e IMC.
- Detección de niños con sobrepeso y obesidad.
- Exploración de la visión (agudeza visual), audición (audiometría si se sospecha hipoacusia), desarrollo puberal y detección de escoliosis.
- Exploración bucodental y revisión de la adherencia al Programa de Salud Bucodental Infantil.
- Vacunación.
- Valoración del riesgo individual.
- Promoción del ejercicio físico y consejos para una alimentación saludable.



- *Prevención de accidentes. Seguridad vial.*
- *Prevención del tabaquismo, consumo de alcohol y drogas.*
- *Educación afectivo-sexual.*

10. Anexos, material informativo.

Anexos

- *Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.*
- *Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.*
- *Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.*
- *Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.*
- *Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D.*
- *Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux.*
- *Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad.*
- *Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular.*

Material informativo

- *Guía de los 12 años.*
- *Anticoncepción (preservativo masculino).*
- *Anticoncepción de urgencia (píldora del día después).*
- *Poster: Estilos de vida saludables.*

Visita de los 14 años

En esta visita de los 14 años (y antes también) debemos de ser especialmente cuidadosos en dirigirnos al adolescente y al despedirnos, en presencia de los padres y con su conformidad, podemos ofrecer la posibilidad de hacer consultas individuales.

1. Anamnesis

Durante la entrevista hay que dirigirse sobre todo al adolescente. Escuchar sus dudas y preocupaciones, así como las de sus padres.

Evaluar mediante el acrónimo FACTORES (Familia, Amistades, Colegio, Tóxicos, Objetivos, Riesgos, Estima, Sexualidad), realizando preguntas abiertas.

- Ambiente familiar.
- Relaciones personales: compañeros, amigos, grupos.
- Escuela. Rendimiento académico, actividades extraescolares, lectura, acoso escolar, ciberacoso.
- Hábitos tóxicos: tabaquismo activo, alcohol, otras drogas (planteando las preguntas desde el punto de vista de la pandilla y las relaciones con los amigos).
- Objetivos. Interesarse por él o ella, por sus ideas y por sus proyectos.
- Riesgos:
 - Prevenir accidentes (cinturón, casco para bici, monopatín...).
 - Valorar hábitos alimentarios.
 - Valorar ejercicio físico.
- Valorar las actividades sedentarias: televisión, móvil, juegos de ordenador, consolas, redes sociales... Preguntar sobre el tiempo de uso, lugar, y para qué los usa (WhatsApp, Tuenti, etc.).
- Sentimientos de tristeza, soledad, abandono...
- Posibilidad de abuso sexual o acoso.
- Autoestima: imagen corporal, ¿cómo me ven los demás?, ¿me quieren?, ¿puedo conseguir mis objetivos?.
- Sexualidad:
 - Menarquia.
 - Relaciones afectivo-sexuales, prevención de embarazo y de infecciones de transmisión sexual (ITS).
 - Violencia de género.



2. Exploración

Antropometría

- Peso, talla e IMC. Registro en curvas de crecimiento.
- Perímetro-cintura en caso de sobrepeso/obesidad.

Examen físico

- Visión: valoración de la agudeza visual mediante optotipos.
- Boca: caries, gingivitis, maloclusión dental.
- Desarrollo puberal. Estadios de Tanner.
- Locomotor: columna vertebral.
- Toma de tensión arterial.

3. Valoración del riesgo individual

Riesgo biológico

- Identificar los niños con riesgo de ferropenia para indicar cribado de anemia y ferropenia (hemograma y perfil de hierro) y administrar hierro oral si procede (**Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia**).
- Recomendar vitamina D en la población de alto riesgo de déficit de vitamina D (**Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D**).
- Identificar los niños con factores de riesgo de tuberculosis para realizar Mantoux (**Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux**).
- Realizar un control más estrecho en los adolescentes con riesgo de obesidad y sobrepeso insistiendo en la práctica habitual de actividad física y en los consejos de alimentación saludable (**Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad**). Adolescentes con obesidad. Medir perímetro-cintura y descartar síndrome metabólico.
- Determinar el colesterol total, en adolescentes con factores de riesgo cardiovascular (**Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular**).

Riesgo social

- Valorar sistemáticamente la presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud (**Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud**).
- Según valoración individual, derivar al trabajador social del Centro de Salud, ante la presencia de un solo indicador social de riesgo para la salud del niño.
- Valorar las situaciones de riesgo de maltrato o desprotección infantil y notificar siempre ante su sospecha (**Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores**).
- Considerar la visita domiciliaria por parte del equipo de atención primaria (EAP) en los casos en que se detecte un riesgo elevado y realizar un seguimiento exhaustivo para intentar atenuar los factores de desprotección y potenciar los factores protectores.

En la actualidad los profesionales sanitarios están obligados por la Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores (**Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**).

4. Exámenes complementarios

- No se precisan de forma sistemática.
- Realizar audiometría si se sospecha hipoacusia.

5. Actividades preventivas y terapéuticas

- Administrar las vacunas correspondientes según calendario vigente y sexo.
- Completar el calendario vacunal en niños incorrectamente vacunados.
- Considerar los adolescentes con indicaciones específicas de vacunación.
- Derivación al Programa de Salud Bucodental si aún no ha sido derivado.

6. Consejo y promoción de la salud

- Se entregará la **Guía de los 14 años**.

Alimentación

- La alimentación deberá ser variada y equilibrada. Hay que comer bien para estar sano.



- La comida debe ser agradable y un momento de comunicación familiar. Es importante disfrutar de la comida.
- Promover un desayuno completo y la ingesta de alimentos a media mañana.
- Aportar alimentos necesarios para favorecer el desarrollo adecuado: leche, fruta, verdura, pasta, arroz, legumbres, carne, pescado, huevos.
- No abusar de bebidas estimulantes ni zumos industriales, golosinas, chocolate, fritos y bollería industrial.
- No excederse en el consumo de sal y utilizar una sal que sea yodada.
- La mejor bebida es el agua.
- En el caso de precisar un ajuste en la alimentación ofrecer nuestra ayuda para evitar dietas que pudieran poner en peligro su salud.

Actividad física

- Recomendar la práctica de actividad física vigorosa durante un tiempo mínimo de una hora al día.
- Aconsejar actividades recreativas al aire libre y caminar a diario.
- Realizar algún ejercicio físico que le guste de forma regular.
- Limitar y supervisar el tiempo dedicado a la televisión u otras tecnologías (videoconsolas, ordenador, etc), menos de dos horas al día.

Prevención de accidentes

- Insistir y reforzar el uso del cinturón de seguridad en el automóvil.
- Utilizar casco y protecciones para bicicleta y monopatín.
- Insistir en la educación vial.
- Realizar ejercicio físico de forma segura: Advertir de los deportes de riesgo, saltos en las piscinas, etc.
- Prevención de incendios y quemaduras: uso de petardos, quema de papeles, etc.
- Evitar juegos con tóxicos, líquidos inflamables y uso de gas en el hogar.
- Prevención de las conductas violentas. Uso de armas.

Tabaquismo, alcohol y otras drogas

- Si no se detecta consumo: felicitar y dar información para reforzar el rechazo al consumo.

- Si se detecta consumo valorar el tipo de droga, la frecuencia (ocasional o “crónica”), entorno, informar de los riesgos y valorar el deseo de abandonar el consumo para ofrecer ayuda y realizar un seguimiento.

Salud afectivo-sexual

- Alentar la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad.
- Prevenir ITS. **Anticoncepción (preservativo masculino).**
- Prevenir embarazos: uso de métodos anticonceptivos (preservativo u hormonal) desde la primera y en todas las relaciones sexuales. **Anticoncepción de urgencia (píldora del día después).**
- Prevenir la violencia de género:
 - Sugerir a los padres que enseñen a sus hijos que en una relación sana de pareja ninguno de los dos manda sobre el otro y que los dos se muestren cariño y apoyo.
 - Advertir que los celos a veces se confunden con el amor.
 - Recomendar a los jóvenes que si sufren violencia en la pareja se lo cuenten a alguien (amigos, padres, profesores...).
- Prevenir del abuso sexual.
 - Recomendar a los padres que animen a sus hijos a que compartan con ellos las preocupaciones, dudas o problemas que tengan.
 - Explicarles que sus cuerpos sólo les pertenecen a ellos y que tienen derecho a poner límites y a decir no.
 - Insistir a los padres en que expresen a sus hijos el amor que les tienen y que ocurra lo que ocurra siempre podrán contar con ellos.

Higiene y cuidados generales

- Evitar fumar y la exposición al humo de tabaco.
- Aconsejar el lavado de manos y cuidar la higiene corporal.
- Informar sobre el acné.
- Recordar las medidas de protección solar (**Protección frente a las radiaciones solares**).
- Cepillado dental con pasta fluorada al menos dos veces al día y de forma especial al acostarse.
- Aconsejar dormir lo suficiente (aproximadamente 10 horas al día).



7. Registro

- Todos los datos obtenidos se registrarán en su historia informática y los más importantes (vacunaciones, datos antropométricos, TA, Mantoux, etc.) deben ser anotados en el Documento de Salud Infantil.

8. Responsabilidad/Duración de la visita

Las funciones son competencia de:

Enfermería

- Registro antropométrico y su expresión gráfica en percentiles.
- Realización de la agudeza visual.
- Toma de la tensión arterial.
- Vacunación y registro.
- Recordar el próximo control a los 16 años (a voluntad de la familia o adolescente).

Pediatra

- Examen físico.
- Solicitud de exámenes complementarios cuando sea necesario.

Ambos:

- Historia clínica evolutiva.
- Educación para la salud.
- Valoración del riesgo individual.
- Anotaciones en el DSI.

Duración: 30-40 minutos.

9. Imprescindibles

- Valoración de la socialización, la conducta y el rendimiento escolar.
- Valoración del crecimiento e IMC.
- Detección de niños con sobrepeso y obesidad. Medición del perímetro cintura y descartar síndrome metabólico.

- Exploración de la visión (agudeza visual), audición (audiometría si se sospecha hipoacusia), desarrollo puberal y detección de escoliosis.
- Toma de la Tensión Arterial si no se ha realizado en el control de los 12 años.
- Exploración bucodental y revisión de la adherencia al Programa de Salud Bucodental Infantil.
- Vacunación.
- Evaluación del riesgo individual.
- Mantoux si factores de riesgo.
- Promoción del ejercicio físico y consejos para una alimentación saludable.
- Prevención de accidentes. Seguridad vial. Seguridad en la práctica de deportes.
- Prevención del tabaquismo, consumo de alcohol y drogas.
- Educación afectivo-sexual.

10. Anexos, material informativo.

Anexos

- Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores.
- Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia.
- Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D.
- Anexo X. Recomendaciones para la realización de Mantoux.
- Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad.
- Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular.

Material informativo

- Guía de los 14 años.
- Anticoncepción (preservativo masculino).
- Anticoncepción de urgencia (píldora del día después).
- Protección frente a las radiaciones solares.



8.2 RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 GRAMOS O MENORES DE 32 SEMANAS DE GESTACIÓN

Introducción

La prematuridad sigue siendo uno de los principales retos sanitarios de los países desarrollados. En España, del 7 al 9 % de los recién nacidos (RN) vivos nacen antes de la semana 37 de edad gestacional y el 1,2 % antes de la semana 32. Este último grupo (menores de 32 semanas o ≤ 1500 gramos de peso al nacer), con una supervivencia del 86 % y un 11 % de secuelas, genera un elevado consumo de recursos sanitarios y sociales. El conocimiento de las peculiaridades de estos niños, así como la detección precoz de los problemas del desarrollo, permitirá una intervención temprana que modifique su futuro y mejore su adaptación social y familiar con un objetivo primordial: "conseguir el mejor desarrollo de las capacidades de cada niño".

Es por ello fundamental incluir al gran pretérmino, en programas de seguimiento específicos que se extiendan durante toda la edad pediátrica y que posibiliten un seguimiento global del niño. Todo gran prematuro debe ser evaluado desde el principio por un equipo multidisciplinar. La relación entre el equipo intrahospitalario: Neonatología-Neuropediatra-Rehabilitación-ORL-Oftalmología y los diferentes profesionales implicados en el seguimiento según las patologías asociadas, junto a los profesionales extrahospitalarios (equipo de pediatra de Atención Primaria - equipos de Atención Temprana- equipos escolares de Orientación Psicopedagógica), debe establecerse desde las primeras semanas tras el alta hospitalaria o, si es posible, antes de la misma. Para ello es imprescindible la coordinación entre todos los profesionales implicados, teniendo el neonatólogo un papel fundamental en la misma, así como la fluidez en la comunicación entre el pediatra de Atención Primaria y el hospital.

Terminología aplicada

- *Edad gestacional (EG): edad en semanas del RN al nacimiento. Corresponde al tiempo transcurrido entre el 1º día después de la última regla y el día del parto.*
- *Edad cronológica: edad del niño teniendo en cuenta su fecha de nacimiento real.*
- *Edad postmenstrual (EPM): tiempo transcurrido entre la fecha de la última regla y el nacimiento más la edad cronológica. Se expresa en semanas.*
- *Edad corregida (EC): edad que tendría el niño si hubiera nacido el día que cumpliría la 40 semana de gestación.*

Recomendaciones

1. Crecimiento

Los RN con peso menor de 1500 gr. o con una EG inferior a 32 semanas, presentan un patrón de crecimiento diferente al de los niños nacidos a término o los prematuros de mayor peso o EG. Un crecimiento postnatal óptimo se asocia con un mejor estado de salud y mejor desarrollo neurológico. Suelen irse de alta hospitalaria con valores antropométricos por debajo del percentil 10 para su edad y una de las secuelas más frecuentemente observadas es el **retraso del crecimiento posnatal**.

Según datos de la Sociedad Española Neonatología, a los 2 años de EC el 44 % de los niños tienen un peso < 2 DS, el 24 % una longitud < 2 DS y el 22 % un perímetro cefálico < 2 DS, presentando una peor evolución los ≤ 1.000 gr.

Para valorar el crecimiento tras el alta se utilizan las curvas de población general para el seguimiento antropométrico aplicando la edad corregida (curvas estándares de la OMS o curvas de crecimiento de la Fundación Orbegozo). La **somatometría** que se determina en cada visita con valoración de percentiles, se hará teniendo en cuenta la **edad corregida hasta los 24 meses** tanto para el peso, como para la longitud y el perímetro craneal, vigilando que el crecimiento sea armónico.

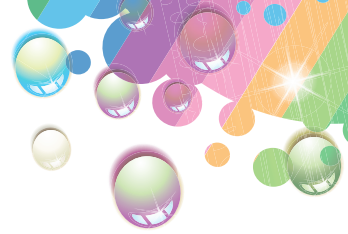
2. Alimentación

Apoyar y promocionar la alimentación con leche materna tras el alta. Además de proteger frente a la enterocolitis necrotizante y las infecciones, mejora el cociente de desarrollo y disminuye la tasa de reingreso hospitalario. La producción de leche se puede incrementar si la madre está con el RN en íntimo contacto piel con piel (método canguro).

Es fundamental la coordinación entre neonatólogo (Consulta Externa de Neonatología) y el pediatra de Atención Primaria.

Valorar Riesgo Nutricional al Alta Hospitalaria

- Peso al alta < P 10 para su EPM.
- Peso al nacimiento < 1000 gr.
- Dificultades en alimentación: reflujo gastroesofágico (RGE), dificultades de succión...
- Patología digestiva: Enterocolitis necrotizante, resección intestinal...
- Displasia broncopulmonar con O₂ domiciliario.



- *Marcadores analíticos de desnutrición:*
 - Albuminemia < 2g/dL.
 - Fósforo (P) en sangre < 3,5 mg/dL.
 - Urea en sangre < 3 mg/dL.
 - Fosfatasa alcalina (FA) > 1200 U/L.

Consulta Externa de Neonatología

Para valorar el riesgo nutricional y función tiroidea se solicitará analítica sanguínea (hemograma, reticulocitos, perfil nutricional, serie férrica, calcio, fósforo, FA, albúmina, función hepática y renal, hormonas tiroideas T4L y TSH).

En general, los aportes recomendados tras el alta para el gran pretérmino, los podremos llevar a cabo con las siguientes recomendaciones:

1. *Pretérmino de peso adecuado para su EPM en el momento del alta (independientemente de que fuera peso adecuado o bajo peso):*
 - Si toma lactancia materna, potenciaremos su prolongación.
 - Si la ganancia de peso o el crecimiento fueran insuficientes y toma pecho directo, intercalar 2 o 3 tomas de LM extraída mediante sacaleches con fortificante añadido o intercalar 2 o 3 tomas de una fórmula para prematuros.
 - Si toma fórmula para prematuros (FP), la mantendremos hasta:
 - Un mes de EC, si el Peso al Nacimiento (PN) ha sido entre 1001-1500 gr., ha alcanzado los 3 Kg de peso y los parámetros analíticos de nutrición están dentro de la normalidad
 - Tres meses de EC, si PN < 1000 gr.
 - Seis meses de EC, en aquellos niños con cualquier enfermedad que conlleve mayor gasto energético, o precisen restricción hídrica, o necesidad de aumentar aporte nutricional.
2. *Pretérmino con peso inferior al percentil 10 para su EPM en el momento del alta (independientemente de que fuera de peso adecuado o bajo peso):*
 - Si toma lactancia materna, potenciaremos su prolongación fortificándola. Si el niño toma pecho directo, intercalar 2 o 3 tomas de LM fortificada (utilizar sacaleches y añadir fortificante) o intercalar 2 o 3 tomas de una fórmula para prematuros (FP).
 - Si toma fórmula para prematuros, la mantendremos hasta los 3 o 6 meses de EC si el crecimiento es adecuado (antropometría y perfil nutricional).
3. *La introducción de la Alimentación Complementaria se debe hacer siguiendo una pauta similar a la de los nacidos a término pero considerando la edad corregida*

(EC) en vez de la cronológica, (especialmente si EG < 28 semanas o Peso < 1000 gr). Se puede empezar a diversificar la alimentación a los 6 o 7 meses de EC, o cuando alcancen los 6 o 7 Kg. de peso en los que tienen problemas de nutrición.

3. Cribado de anemia de la prematuridad. Profilaxis de ferropenia.

Actualmente sigue vigente la recomendación de administrar suplementos de hierro (Fe) a todos los grandes prematuros para prevenir la anemia de la prematuridad. La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la ESPGHAN, recomiendan la administración de fórmulas con un contenido en hierro ≥ 12 mg/ml. La mayoría de las fórmulas y algunos fortificantes de LM, no alcanzan estas cantidades (proporcionan aproximadamente 1,5 mg/Kg/día de hierro). Por ello:

- Se recomienda administrar **4 mg/Kg/día de Fe elemental (máximo 15 mg/día)** por vía oral, hasta los 6 meses de EC (se retira tras la introducción de la alimentación complementaria con alimentos ricos en hierro).

4. Cribado de enfermedad metabólica ósea (EMO). Prevención raquitismo.

La enfermedad metabólica ósea (EMO) del prematuro va desde una leve hipomineralización ósea hasta una enfermedad grave con riesgo de fracturas. Se puede prevenir con los suplementos de Calcio (Ca) y Fósforo (P) que contienen las leches de prematuros y los fortificantes de la leche materna (mayor riesgo en los ≤ 1000 gramos).

Para mantener la homeostasis del Ca y P en el prematuro, los aportes orales recomendados por la ESPGHAN en 2010 son:

- **Calcio:** 120-140 mg/Kg/día.
- **Fósforo:** 60-90 mg/Kg/día.
- **Vitamina D:** 800 a 1000 UI/día.

Composición de minerales y vitamina D de distintas leches

Por 100 ml	Leche Humana	Leche Humana Fortificada	Fórmula Prematuros	Fórmula Inicio
Ca (mg)	22	(+ 90) 112	90-150	50-60
P (mg)	14	(+ 50) 64	50-80	30-40
Vit D (UI)	4	(+ 150) 154	140-200	40-50
Energía (Kcal)	70	(+ 14) 84	81	75



Consulta Externa de Neonatología

Para identificar precozmente los niños con riesgo de desarrollar EMO, se solicitarán marcadores bioquímicos (determinación plasmática de calcio (Ca), fósforo (P) y fosfatasa alcalina (FA), así como la excreción urinaria de Ca y P.

- Si al alta hospitalaria, el niño se alimenta con LM fortificada o FP, no necesita recibir aporte extra de ni de Ca ni de P, pero sí es necesario para prevenir su déficit que se mantengan los aportes orales recomendados por las ESPGHAN en 2010 de **800 U/día de vitamina D**, hasta el año de EC.

5. Cribado de alteraciones visuales.

Muchos de estos niños, van a presentar problemas oftalmológicos (5,2% déficit visual a los 2 años de EC y hasta un 0,5% ceguera uni o bilateral), aunque no hayan padecido retinopatía de la prematuridad (ROP).

Durante el tiempo de hospitalización se llevarán a cabo de forma protocolizada por el **Servicio de Oftalmología** exámenes de fondo de ojo para detección de ROP.

- Si ROP → Seguimiento al alta por el Servicio de Oftalmología.
- Si no ROP → Seguimiento en consulta externa de neonatología / AP.

Se remitirán para valoración oftalmológica a los 4-6 años de edad.

6. Detección precoz de hipoacusia.

Los niños menores de 1500 gramos, tienen mayor incidencia de hipoacusia (0,5-3 % déficit auditivo y un 0,22 % hipoacusia profunda), por lo que de forma automática todos quedan incluidos en el Tercer Nivel del **Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil de Cantabria**. Antes del alta hospitalaria se realizará el **Test de Otoemisiones Acústicas** y al alta serán remitidos para seguimiento en consultas externas de ORL para realización de Potenciales Auditivos Evocados de Troncoencéfalo (PEACT) a los 3-6 meses de EC.

7. Estimulación y valoración desarrollo psicomotor. Detección discapacidades motoras.

Apoyar y promocionar la alimentación con leche materna tras el alta. Además de proteger de las infecciones, mejora el desarrollo y disminuye la tasa de reingreso hospitalario.

Se debe recomendar a los padres de los niños muy prematuros que les hablen más de lo que requiere la propia comunicación con el niño y que dediquen tiempo especial

a ello. Se les debe hablar aún con ideas complejas y con vocabulario más amplio del que aparentemente entenderían, ya que así se mejoran sus resultados intelectuales.

El seguimiento neurológico continuo es esencial en los grandes prematuros y debe continuar hasta el final de la edad pediátrica. Las posibles consecuencias de la prematuridad son muy variadas, y van desde pequeñas alteraciones conductuales hasta grandes problemas motores o cognitivos.

Para llevar a cabo esta evaluación neurológica es fundamental ajustar las diferencias de edad debidas a la prematuridad. La única forma de normalizar las variaciones del neurodesarrollo, es utilizar la edad corregida hasta los 2 años de edad (preferiblemente hasta los 3 años).

Valoración del desarrollo psicomotor

Consulta Externa de Neonatología/Pediatría Equipo de Atención Primaria

1) Vigilancia neurológica continua. Evaluación continua en consulta.

2) Examen neurológico estructurado

2.1 **Examen de Hammersmith:** para niños de 2 a 24 meses. Realizar en cada revisión. Tiempo medio empleado 10 min. Valoración asignando puntuación de pares craneales, postura, movimientos, tono muscular, reflejos y reacciones posturales y conducta. Los hitos motores también se valoran pero no puntúan.

2.2 **Examen de Amiel-Tison:** Registro de evaluación continuo por etapas en el que se recogen los datos de evolución de la función motriz; los déficits no neuromotores (cognitivo, visual, auditivo, conducta, epilepsia); patologías no neurológicas (crecimiento, respiratoria, digestiva); condiciones sociofamiliares. Permite una síntesis de toda la información a los 2 años de EC y anual hasta los 6 años.

3) Métodos de Evaluación de Desarrollo Psicomotor

3.1 **Test de Cribado:** para detección precoz de alteraciones en el desarrollo cognitivo y motor. Se pueden realizar en consulta (tiempo empleado 15 min):

3.1.1 **Test de Denver - II** de 0 a 6 años. Prueba de cribado del desarrollo que posibilita la detección precoz de las alteraciones en diferentes áreas: motora gruesa; motora fina-adaptativa; lenguaje y personal-social.

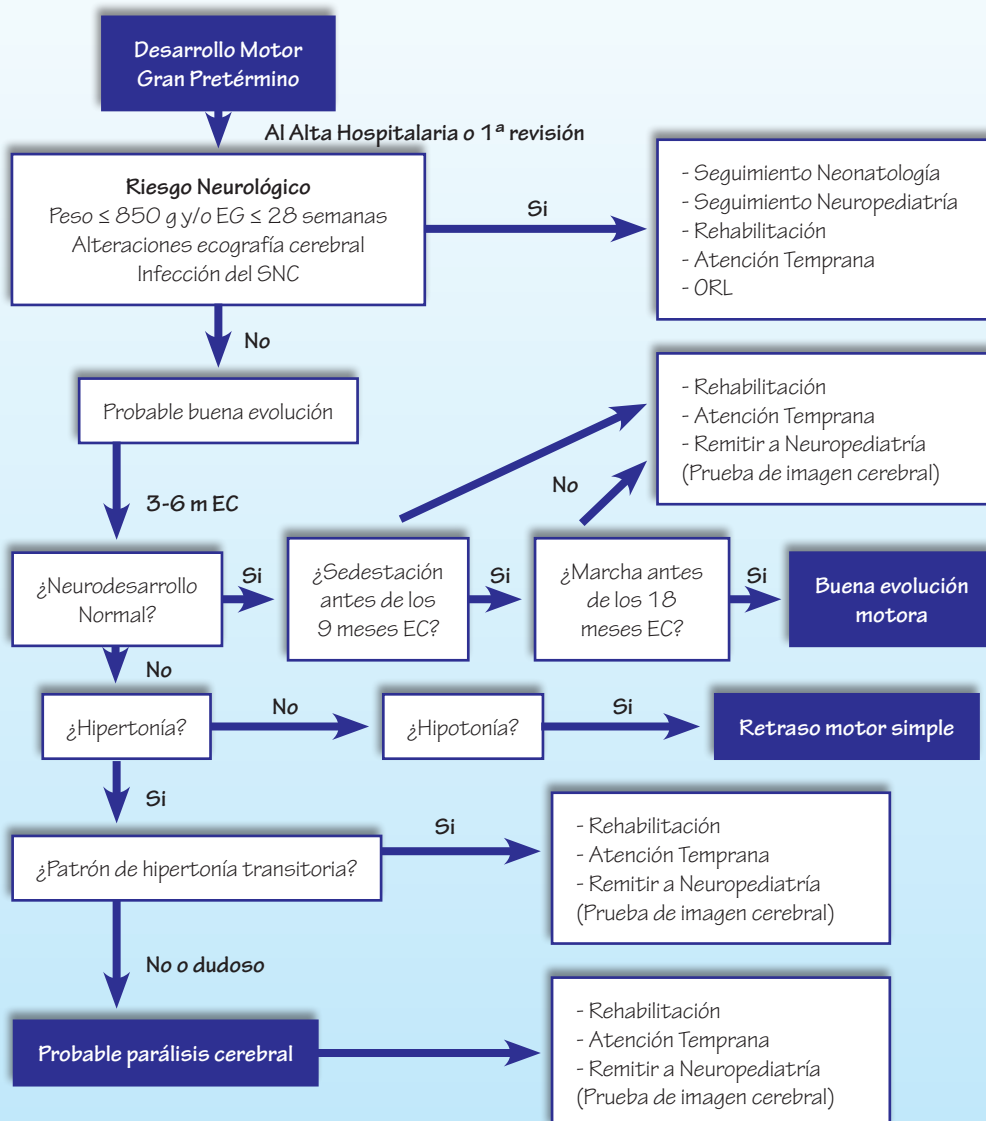
3.1.2 **Test de Haizea – Llevant** de 0 a 5 años. Tabla de desarrollo realizada con población española para el examen de diferentes áreas: socialización; lenguaje y lógica-matemática; manipulación y postural.



Detección de discapacidades motoras.

Se evaluarán el tono, los reflejos, la postura y la calidad del movimiento. Constatar la adquisición de los diferentes hitos motores (sostén cefálico, sedestación, inicio de la marcha). Actualmente cada vez se da más importancia a la valoración de la capacidad funcional, que en definitiva será la que determine la calidad de vida del niño.

Algoritmo sobre Valoración del Desarrollo Motor en Prematuros



8. Valoración desarrollo cognitivo, detección de alteraciones en el aprendizaje y trastornos de conducta

Podemos aproximarnos a los déficits cognitivos mediante la aplicación de las escalas ya comentadas para valorar el cociente de desarrollo: Tabla de desarrollo Haizea-Llevant; test de cribado de Denver-II; escala de Bayley-II (realizada por psicólogos).

En los últimos años, al prolongarse el tiempo de seguimiento de los prematuros, se ha visto que incluso los que tienen aparentemente capacidades intelectuales normales, pueden presentar más problemas de comportamiento neuropsicológicos, y de aprendizaje que la población general (comportamiento hiperactivo, déficit atención, problemas de percepción y de integración visual-motriz, razonamiento matemático). Los niños con alteraciones de la conducta deben remitirse de forma precoz para valoración a las **Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil**.

Entre los 5 y 6 años, deben ser valorados por los **Equipos Escolares de Orientación Psicopedagógica**, especialmente aquellos niños con dificultades en el aprendizaje, que determinarán de forma individualizada la necesidad de apoyos escolares o adaptación curricular previa a la escolarización.

9. Calendario Vacunal en el niño prematuro.

El calendario vacunal de los niños prematuros es básicamente el mismo que los nacidos a término, respetando **edad cronológica**, no la edad corregida.

Tras el alta hospitalaria, continuarán su vacunación siguiendo el Calendario Vacunal vigente de la Comunidad de Cantabria. El correspondiente a 2014 comprendía:

- Si el peso al nacer es > 2000 gramos, se seguirá el mismo calendario vacunal que para los RN a término.
 - RN: Hepatitis B
 - 2 meses: Hexavalente (Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Poliometitis inactivada, Haemophilus b, Hepatitis B)
 - 4 meses: Pentavalente y Meningitis C
 - 6 meses: Hexavalente
 - 12 meses: Triple vírica y Meningitis C
- Si el peso al nacer es < 2000 gramos y el RN prematuro cumple los 2 meses estando aún ingresado, se seguirá el siguiente calendario vacunal:
 - 2 meses: Hexavalente (Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Poliometitis inactivada, Haemophilus b, Hepatitis B)
 - 4 meses: Hexavalente y Meningitis C



- 6 meses: Hexavalente
- 12 meses: Triple vírica y Meningitis C

Si el RN pretérmino es dado de alta con menos de 2 meses de edad, se administrará unos días antes la vacuna contra la Hepatitis B y posteriormente el profesional de pediatría seguirá el calendario vacunal oficial.

Si la madre es portadora de Hepatitis B, o con serología desconocida, la pauta de vacunación será 0-1-6 meses independientemente del peso, además de administrar la gammaglobulina nada más nacer. El ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) recomienda que la primera dosis no se tenga en cuenta y que se administren posteriormente otras 3 dosis (4 dosis en total)

La **vacuna de la gripe** está recomendada para todos los grandes prematuros con más de 6 meses en el momento de inicio de la campaña administrando dos dosis de 0,25 ml separadas por 4 semanas, o si los cumplen durante la misma. Además, se recomienda la vacunación de los convivientes cercanos (padres, hermanos) y los familiares o personas que los cuidan.

Considerar también la **vacunación frente a la tosferina** de los adultos y adolescentes convivientes cercanos (padres, hermanos) y de los cuidadores habituales.

La **vacuna antineumocócica conjugada** tiene una indicación específica en estos niños, especialmente en los que presentan enfermedad pulmonar crónica o cardiopatía congénita. Las vacunas 10-v y 13-v son compatibles con todas las del calendario, lo que permite usar la pauta 2-4-6 meses.

La **vacuna del rotavirus** parece efectiva y segura en los niños prematuros.

10. Medidas para prevenir infecciones respiratorias. Prevención de la infección por Virus Respiratorio Sincitial (VRS).

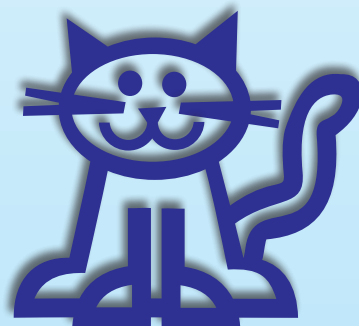
Se reforzarán las medidas higiénicas recomendadas al alta hospitalaria: evitar el humo del tabaco; insistir en el lavado de manos; evitar entornos contagiosos (guarderías, grandes superficies, salas de espera, fiestas infantiles...).

En cuanto a la administración hospitalaria de anticuerpos monoclonales (Palivizumab®) para la prevención de la infección por VRS en prematuros, se seguirán recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología para su uso en nuestro país.

El Palivizumab® se administrará a nivel hospitalario por vía intramuscular; una vez al mes durante los meses de la estación del VRS, a dosis de 15 mg/Kg/dosis hasta 5 dosis. Estos niños tendrán al alta hospitalaria citación específica en agenda VRS para completar su administración.

11. Ley de Dependencia

Durante su ingreso en la Unidad Neonatal se contactará con los Trabajadores Sociales para poner en marcha la valoración de la situación de dependencia del prematuro establecida por la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.**





8.3 RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Introducción

La calidad de vida de las personas con síndrome de Down ha mejorado en los últimos años. Los avances en la atención sanitaria, los programas de atención temprana, la integración escolar y, más recientemente, su incorporación al mundo del trabajo, han cambiado las expectativas de vida de estas personas y de sus familias. Para mejorar la atención sanitaria a las personas con síndrome de Down se han desarrollado **Programas específicos de salud**. Estos tienen como objetivo prevenir y diagnosticar de forma precoz los principales problemas de salud que presentan estas personas y que aparecen en las diferentes etapas de la vida. Además de las recomendaciones específicas de estos programas, el niño con síndrome de Down debe participar en el Programa de Salud Infantil prestando especial atención a la promoción de la salud.

Durante toda la infancia la atención se realizará centrada en la familia.

Periodo Neonatal

Durante el periodo neonatal debemos favorecer la creación de un vínculo fuerte entre los padres y el RN. Para ello, la comunicación adecuada en el momento del diagnóstico y durante el tiempo que dure el ingreso, el contacto de la madre con el recién nacido, evitando siempre que sea posible la separación, y la crianza con lactancia materna resultan fundamentales.

Además, durante este periodo se deben realizar las pruebas complementarias necesarias para confirmar el diagnóstico y descartar las principales malformaciones congénitas asociadas al síndrome de Down.

Información inicial y apoyo postnatal

La forma en que los padres tienen conocimiento de que su hijo tiene el síndrome de Down es determinante en el establecimiento del vínculo entre ellos. El profesional que informa debe felicitar en primer lugar a los padres por el nacimiento de su bebé. Cuando el diagnóstico no se ha realizado de forma prenatal, los obstetras y pediatras deben coordinar la transmisión de mensajes e informar de forma precoz a los padres acerca de la sospecha de síndrome de Down. La información debe darse en privado de la manera más alentadora posible, en presencia de los dos padres y con el recién nacido en brazos. La información debe proporcionarse con empatía y rigor. Deben revisarse las preocupaciones de los padres, aclararse las dudas y comentarse

- las expectativas actuales y las posibilidades que tienen las personas con síndrome de Down de vivir una vida saludable y productiva en la sociedad.

Se debe revisar la red de apoyo familia y ofrecer acceso a otras familias que tengan hijos con el síndrome de Down y a la **Fundación Síndrome de Down de Cantabria** para proporcionar apoyo y asesoramiento.

Confirmación del diagnóstico mediante cariotipo

En todos los niños en los que por sus rasgos fenotípicos se sospeche síndrome de Down, se debe realizar un cariotipo para confirmar el diagnóstico y proporcionar consejo genético.

Las alteraciones cromosómicas que pueden presentar son las siguientes:

- Trisomía 21 no familiar, en la cual hay 47 cromosomas con la presencia de un cromosoma 21 libre adicional. Es la alteración más frecuente en los niños con síndrome de Down (95%). Se debe a una no disyunción del par de cromosomas 21 durante la formación del ovocito o espermatozoide.
- Translocación desbalanceada entre el cromosoma 21 y otro cromosoma acrocéntrico, generalmente el cromosoma 14. Se produce en el 3-4% de las personas con fenotipo síndrome de Down. Aproximadamente las tres cuartas partes son de novo y el resto se deben a una translocación balanceada en un progenitor. Si el niño presenta una translocación, debe excluirse una translocación balanceada en los padres.
- Mosaicismo. En el 1% restante de las personas con fenotipo síndrome de Down existe una combinación de dos líneas celulares: una normal y otra con la trisomía 21. Las personas con mosaicismo pueden resultar más levemente afectadas que las personas con trisomía completa o translocación desbalanceada del cromosoma 21.

Incorporación del recién nacido al Programa de Atención Temprana

Se debe informar a la familia sobre la eficacia de la Atención Temprana y la conveniencia de comenzar lo antes posible. Salvo circunstancias excepcionales, no se debe demorar la inclusión en el Programa de Atención Temprana de los niños que presenten cardiopatía congénita, si bien es aconsejable reducir la duración de las sesiones si el lactante muestra signos de fatiga. La Atención Temprana mejora el desarrollo de forma global, los trastornos de comportamiento alimentario, el desarrollo del lenguaje, la integración social y la adaptación entre padres e hijos.



Promoción y apoyo a la lactancia materna

La lactancia materna es la forma natural e ideal de alimentar a los bebés durante el primer año de vida. El síndrome de Down no es una contraindicación para la lactancia materna. Muchas de las ventajas que aporta son especialmente relevantes para las personas con síndrome de Down. Mejora el desarrollo cerebral, disminuye la frecuencia de procesos infecciosos y de muchas de las enfermedades crónicas que se presentan con más frecuencia en las personas con síndrome de Down (obesidad, enfermedad celiaca, diabetes mellitus, etc.). La lactancia materna contribuye a reforzar el vínculo entre la madre y el hijo, mejora la aceptación de éste y aumenta la confianza de la madre en sus posibilidades de criar al recién nacido. Ofrecen una fuente continua de estimulación de todos los sentidos imposible de sustituir. Además, los movimientos de succión al pecho mejoran el desarrollo orofacial, fortalecen la musculatura y mejoran la oclusión, lo que repercute favorablemente en la masticación y en el habla.

Para facilitar la lactancia materna, además de las recomendaciones habituales, debemos tener en cuenta algunas consideraciones:

- Mantener sin secreciones las vías respiratorias.
- Estimular la succión.
- Dejar al bebé que mame el tiempo suficiente, hasta que vacíe el pecho y se separe espontáneamente, sabiendo que puede tardar más que otros niños.
- Dar de mamar frecuentemente, a demanda del niño, pero teniendo en cuenta que estos niños, debido a su hipotonía, lloran y patalean menos y, por lo tanto, pueden reclamar el pecho de una forma menos intensa que otros niños.

Durante los primeros días pueden presentarse dificultades debidas a desconocimiento, inseguridad y a que algunas de las características propias del recién nacido con síndrome de Down (hipotonía, cardiopatía congénita, alteraciones en la succión y deglución) dificultan el agarre y el amamantamiento eficaz. Es imprescindible mantener un aporte calórico adecuado y para ello, mientras solucionamos estos problemas, es necesario el vaciamiento de las mamas y suplementar con la propia leche materna. Si es necesario se puede derivar a la clínica de lactancia y buscar la ayuda de otras madres de niños con síndrome de Down con experiencia en amamantar.

Cribado de cardiopatía congénita

La cardiopatía congénita es una de las malformaciones más serias del niño con síndrome de Down. El diagnóstico y el tratamiento precoz pueden marcar una diferencia esencial en su calidad de vida.

La cardiopatía congénita aparece en el 30-60% de los recién nacidos con síndrome de Down. Las formas más frecuentes son: el canal auriculoventricular (50%), la comu-

nicación interauricular, la comunicación interventricular y la persistencia del conducto arterioso (40%) y la tetralogía de Fallot (5%).

En los niños con síndrome de Down, el hiperflujo pulmonar causado por los defectos septales o el canal auriculoventricular provoca lesiones precoces e irreversibles en el lecho vascular pulmonar en los primeros meses de vida, que progresan de forma más rápida que en otros niños con idénticas lesiones cardiacas, pero sin cromosomopatía.

Puede existir una cardiopatía congénita grave y no auscultarse soplos. Esto es debido a que el incremento de la resistencia vascular pulmonar disminuye el shunt cardiaco de izquierda a derecha y minimiza los síntomas de insuficiencia cardiaca. Por este motivo, es imprescindible una exploración cardiológica con ecocardiograma en los primeros días de vida.

Una vez establecido el diagnóstico, el niño debe recibir tratamiento médico apropiado. La decisión del tratamiento quirúrgico depende de la edad, el peso, la propia cardiopatía congénita y otras condiciones de salud del niño. Las técnicas quirúrgicas han mejorado de tal modo que actualmente casi todos los niños pueden ser operados en los primeros meses de vida con una corrección definitiva.

Se debe realizar profilaxis de endocarditis bacteriana en todos los niños con cardiopatía congénita.

Descartar malformaciones y problemas del aparato digestivo

La frecuencia de anomalías congénitas del tracto gastrointestinal en los recién nacidos con síndrome de Down es del 10%. Las más frecuentes son la atresia y la estenosis duodenal y la enfermedad de Hirschsprung. También se presenta con mayor frecuencia la atresia de esófago, la estenosis de píloro y la imperforación del ano. Estas malformaciones suelen manifestarse en las primeras semanas o meses de vida, si bien hoy en día cada vez con más frecuencia se diagnostican antes del nacimiento con ecografía. Ante la sospecha clínica, se debe confirmar el diagnóstico y realizar el tratamiento quirúrgico apropiado.

En los casos en los que aparezcan dificultades importantes en la deglución, atragantamiento en las tomas, síntomas respiratorios recurrentes, neumonías de repetición o falta de medro inexplicable se debe realizar un estudio de la deglución.

Evaluación oftalmológica

La catarata congénita aparece en el 3% de los recién nacidos con síndrome de Down y suele interferir de forma grave en la visión. También son más frecuentes el estrabismo, el nistagmus y el glaucoma. Es importante el diagnóstico y la corrección quirúrgica precoz. Por este motivo, todos los recién nacidos con síndrome de Down deben ser valorados por un oftalmólogo con experiencia.



Cribado de hipoacusia

Los recién nacidos con síndrome de Down pueden presentar una pérdida de audición neurosensorial o de conducción. A los niños con síndrome de Down, se les debe explorar la audición dentro de los tres primeros meses de vida, mediante la realización de potenciales evocados auditivos tal y como establece el Programa de cribado universal de la hipoacusia congénita de Cantabria.

Detección de trastornos hematológicos

En todos los recién nacidos se debe realizar un hemograma para descartar policitemia y síndrome mieloproliferativo.

La policitemia (65% de los recién nacidos) puede cursar con letargia, taquipnea, rechazo de las tomas, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia y trombocitopenia.

El síndrome mieloproliferativo (10% de los recién nacidos) es una forma de leucemia autolimitada, que remite espontáneamente en 2-3 meses. No obstante, se recomienda realizar un seguimiento estrecho durante los primeros años de vida a los niños que presentaron este síndrome mieloproliferativo transitorio por el riesgo de desarrollar posteriormente una leucemia típica (20-30% de los casos).

Cribado de hipotiroidismo congénito

El hipotiroidismo congénito es mucho más frecuente que en la población general, estimándose una prevalencia del 0,7%. El cribado neonatal de metabopatías de Cantabria, en el cual se determina la TSH y la T4L permiten su diagnóstico precoz.

Lactante (de 1 a 12 meses)

Durante todo el primer año de vida se debe realizar un seguimiento cercano, centrado en las necesidades familiares. Se debe evaluar el estado emocional de los padres y las relaciones interfamiliares, prestando especial atención a los hermanos. Es importante escuchar las preocupaciones de los padres, anticiparse a los problemas y comprobar que se han realizado las actividades recomendadas para el periodo neonatal.

Valoración de la alimentación

Si el niño está siendo alimentado con leche materna conviene felicitar a la madre y animarla a continuar con el amamantamiento al menos durante el primer año de vida si la madre así lo desea.

A partir de los 6 meses la ingesta exclusivamente de leche es insuficiente y debe introducirse la alimentación complementaria. Aunque muchos lactantes con síndrome de Down no van a tener ningún problema a la hora de introducir la alimentación comple-

mentaria, los padres suelen estar preocupados y temen que el niño se atragante o no pueda masticar. Además, algunos lactantes escupen los alimentos, tienen dificultades para llevar el alimento hacia la parte lateral de la boca al comenzar a masticar, o tienen dificultades para beber líquidos de un vaso o incluso para deglutir el alimento. Estos problemas no deben hacer desistir en la introducción de la alimentación complementaria.

Se debe comenzar alrededor de los 6 meses con una alimentación semisólida de la misma manera que en el resto de los niños. Deben comer alimentos que sean relativamente espesos pero que no dificulten los movimientos de la lengua. Deben administrarse con cuchara, en pequeñas cantidades, en la parte central de la boca, y sólo cuando la lengua está dentro de la boca. La cuchara debe situarse en la zona media de la lengua, ejerciendo una ligera presión. Con frecuencia, si el niño no cierra la boca para deglutir el alimento, es necesario ayudarlo con nuestra mano a mantener la boca cerrada después de introducirle el alimento, para que no pueda echarlo de nuevo hacia delante, y mejoren los movimientos de la lengua y de los labios. Es conveniente colocar siempre al niño lo más vertical posible, con el tronco recto.

Para facilitar el proceso de aprendizaje de la masticación, hacia los 7-9 meses se debe ir aumentando la consistencia de los alimentos, pasándolos menos por la batidora. Posteriormente, se deben ofrecer alimentos sólidos, pero que se deshagan fácilmente en la boca del niño.

En cuanto sea posible, se debe **favorecer la autonomía del niño**. Inicialmente, mediante el uso de los dedos para coger los alimentos, comenzando con el pan, galletas, trozos de fruta, y después, ofreciéndole una gran variedad de alimentos con diferentes sabores, olores, texturas y colores. Más adelante, durante el segundo año de vida, enseñándole a usar la cuchara y a beber de un vaso.

En los casos en los que aparezcan dificultades importantes en la deglución, atragantamiento en las tomas, síntomas respiratorios recurrentes, neumonías de repetición o falta de medro inexplicable se debe realizar un estudio de la deglución.

Se ha demostrado que los niños con síndrome de Down tienen ingestas alimentarias de hierro inferiores a sus pares sin síndrome de Down. Se debe recomendar una dieta con una ingesta adecuada de hierro y **determinar la hemoglobina y el perfil de hierro desde el primer año** con periodicidad anual. Hay que tener en cuenta que el volumen corpuscular medio, está incrementado en la el 45% de las personas con síndrome de Down y por lo tanto no es útil para el diagnóstico de anemia ferropénica o talasemia.

Un problema frecuente durante el primer año de vida, es el **estreñimiento**. Inicialmente se deben realizar modificaciones en la alimentación y, si con ellas no es suficiente, pautar tratamiento con fármacos. Se debe descartar escasa ingesta de líquidos, hipotonía, hipotiroidismo y en casos graves enfermedad de Hirschsprung.



Valoración del crecimiento

Hay que controlar el peso, la longitud y el perímetro cefálico en todas las visitas del programa de salud infantil que se realizan durante el primer año. Se deben utilizar tablas específicas para personas con síndrome de Down. Recomendamos las tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down de la Fundación Catalana Síndrome de Down.

Los lactantes con síndrome de Down suelen ser delgados para su longitud y presentan un crecimiento más lento.

Programa de atención temprana y seguimiento del desarrollo psicomotor

Es en el primer año de vida cuando la estimulación intensiva puede provocar mayores diferencias en el grado de funcionamiento posterior. El pediatra debe asegurarse de la incorporación del lactante a los Programas de Atención Temprana y realizar un seguimiento exhaustivo del desarrollo psicomotor. Se deben valorar los progresos y las experiencias familiares positivas y ayudar a solucionar los diferentes problemas que pueden aparecer. En general, la adquisición de habilidades ocurre de un modo más lento y con un amplio rango de variabilidad.

Seguimiento de los niños con cardiopatía congénita

Durante los primeros meses de vida se debe vigilar la aparición de síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva en los lactantes con cardiopatía congénita, especialmente con defectos septales y atrioventriculares que provocan shunt izquierda-derecha a medida que las resistencias pulmonares disminuyen y el flujo sanguíneo pulmonar aumenta. La taquipnea, las dificultades para alimentarse y el aplanamiento de la curva de peso pueden indicar insuficiencia cardiaca. En estos casos se precisa tratamiento médico y apoyo nutricional. El tratamiento quirúrgico debe realizarse antes de los 4 meses para evitar la posibilidad de desarrollar hipertensión pulmonar.

Se debe realizar profilaxis para la endocarditis bacteriana y continuar con el seguimiento después de la cirugía para supervisar posibles lesiones residuales o recurrentes o el desarrollo de hipertensión pulmonar.

Detección y tratamiento de los problemas respiratorios

Durante el primer año de vida es frecuente la presencia de rinitis, obstrucción nasal, laringitis, otitis media supurada y sinusitis. También son frecuentes las bronquitis y las neumonías.

Es importante no descuidar medidas como el aumento de la ingesta de líquidos y los lavados nasales. Los antibióticos se utilizan en las infecciones bacterianas teniendo en cuenta que las infecciones por gérmenes capsulados son más frecuentes.

- *Se debe vigilar la aparición de síntomas de apnea obstructiva del sueño preguntando a los padres por la aparición de ronquidos, posturas poco comunes para dormir y pausas de apnea.*

Evaluación de la visión

Además de la catarata congénita, los principales problemas que pueden aparecer durante el primer año son: estrabismo, nistagmus, blefaroconjuntivitis y obstrucción lagrimal.

Es necesaria la valoración del lactante por un oftalmólogo en los primeros 6 meses de vida. Durante el primer año, en cada visita, se debe realizar una exploración detallada de la visión y remitir de nuevo al oftalmólogo si se sospecha patología.

Evaluación de la audición

La evaluación de la audición es fundamental a lo largo de toda la vida de las personas con síndrome de Down puesto que el 75% presentarán hipoacusia a lo largo de su vida. Esta hipoacusia puede ser de conducción o neurosensorial. En los primeros años de vida la causa más frecuente es la otitis serosa. Es importante la detección precoz para evitar las repercusiones que la hipoacusia tiene en el desarrollo del lenguaje.

En las primeras visitas se debe comprobar que se han realizado los potenciales evocados auditivos y en todas las revisiones revisar la audición mediante pruebas conductuales e impedanciometría y explorar el oído medio. Con frecuencia la exploración resulta dificultosa por la estrechez del conducto auditivo externo y es necesaria la derivación a otorrinolaringología. Estas exploraciones deben realizarse al menos cada 6 meses los primeros 3 años de vida.

Siempre que se sospeche una otitis serosa se debe evaluar la audición y el lenguaje, e instaurar tratamiento con prontitud (tratamiento farmacológico, tubos de timpanoscopia, logopedia); y se debe comprobar la resolución del cuadro y de la hipoacusia.

Evaluación de la función tiroidea

Se debe analizar la función tiroidea a los 6 meses y al año de vida.

El hipotiroidismo es una de las patologías más prevalentes en las personas con síndrome de Down. Durante los primeros tres años de vida es muy frecuente la aparición de hipotiroidismo subclínico, normalizándose la función tiroidea en la mayoría de los casos a partir de los dos o tres años de vida. Posteriormente, la prevalencia de hipotiroidismo va incrementándose con la edad, llegando según algunos estudios hasta un 40% en la edad adulta.

Los síntomas y signos del hipotiroidismo (astenia, somnolencia, estreñimiento, macroglosia, intolerancia al frío, piel seca y áspera, aumento de peso, disminución de la



velocidad de crecimiento, etc.) pueden confundirse con algunas de las manifestaciones propias del síndrome de Down. La dificultad para sospechar el diagnóstico únicamente con la historia clínica y la exploración física, unida a la elevada prevalencia de este trastorno y a la importancia de iniciar el tratamiento de forma precoz, son las razones por las que se aconseja realizar un análisis periódico de la función tiroidea, mediante la determinación de TSH y T4L. La realización sistemática de este cribado permite realizar el diagnóstico de hipotiroidismo en la mayoría de los casos en fase inicial o subclínica, caracterizada por elevación de la TSH, con normalidad de la T4 y ausencia de síntomas clínicos.

La etiología más frecuente de hipotiroidismo en las personas con síndrome de Down es la autoinmune. La presencia de anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina, además de confirmar la etiología autoinmune, predice una mayor probabilidad de progresión desde el estadio subclínico al clínico caracterizado por elevación de la TSH y descenso de la T3 y T4L, con síntomas clínicos.

El tratamiento del hipotiroidismo es la levotiroxina sódica por vía oral. El tratamiento ha de comenzar con dosis mínimas, para ir aumentando la dosis en función de los resultados de los controles de TSH, T4 y T3, hasta la normalización de la TSH. El tratamiento es incuestionable en el hipotiroidismo clínico y en los casos de hipotiroidismo subclínico cuando el aumento de la TSH está por encima del doble de su límite superior de normalidad, cuando junto al aumento de la TSH hay anticuerpos antitiroideos positivos y cuando se va a realizar cirugía cardíaca. En los casos de hipotiroidismo subclínico con anticuerpos antitiroideos negativos y elevación discreta de la TSH, especialmente en los primeros tres años de vida, la conducta aconsejada es el seguimiento analítico sin iniciar el tratamiento farmacológico. Sin embargo, algunos estudios recientes que demuestran una ligera mejoría en el desarrollo psicomotor, un ligero incremento de la talla y el peso, en recién nacidos tratados con hormona tiroidea durante los primeros 24 meses de vida, pueden hacer reconsiderar esta actitud.

Vitaminas

Durante el primer año de vida sólo es necesario prescribir vitamina D 400 unidades al día. No se ha demostrado la eficacia del uso de complejos polivitamínicos y minerales para mejorar el desarrollo.

Inmunizaciones

Las personas con síndrome de Down presentan un déficit inmunitario multifactorial, lo que les predispone a presentar una mayor predisposición a padecer infecciones. La coexistencia de anomalías estructurales del tracto respiratorio y la presencia de cardiopatía congénita aumentan su frecuencia y gravedad.

- Aunque la respuesta humoral tras la vacunación puede ser algo menor de lo habitual, los niveles que se obtienen se consideran protectores.

Los niños con síndrome de Down deben recibir las vacunas incluidas en el Programa de vacunaciones de Cantabria. Esto incluye las vacunas sistemáticas del calendario vacunal, igual que el resto de los niños, y además, el programa los incluye dentro de grupos de riesgo que requieren la indicación selectiva de otras vacunas:

- **Vacuna antigripal.** Puede administrarse desde los 6 meses de edad aunque su eficacia en los 2 primeros años de vida es discutible.
- **Vacunación antineumocócica.** La **vacuna antineumocócica conjugada** está indicada en los niños con síndrome de Down y debe administrarse a los 2, 4, 6 y 12 meses de vida. A partir de los 2 años se debe administrar también la **vacuna polisacárida 23-valente**.
- **Vacunación de la hepatitis A.** Pueden vacunarse de la hepatitis A, sobre todo los atendidos en instituciones cerradas a partir de los 12 meses de edad.
- **Vacunación de la varicela.** Se recomienda la vacunación a partir de los 12 meses de edad y administrar una segunda dosis de recuerdo con un intervalo de 2-3 meses.
- Solicitar **serología anti-HBs postvacunal** debido a la peor respuesta a la vacunación de la Hepatitis B.

Primera infancia, preescolar y escolar (de 1 a 12 años)

Valoración de la alimentación y el ejercicio físico. Prevención de la obesidad

La prevalencia de obesidad en las personas con síndrome de Down, es más alta que en la población general. Aparece a partir de los 3-4 años y se acentúa en la adolescencia. Contribuyen al desarrollo de obesidad la presencia de un reducido gasto metabólico, el hipotiroidismo y el sedentarismo, por este motivo es fundamental aconsejar una dieta equilibrada con una ingesta calórica menor que la recomendada para otros niños de igual talla y edad y, realizar actividades físicas y de ocio de forma regular.

Se debe asegurar una ingesta adecuada de hierro y **determinar la hemoglobina y el perfil de hierro** con periodicidad anual.

Valoración del crecimiento

Durante toda la infancia se debe valorar el peso, la talla, el perímetro cefálico y el IMC, contrastándolo en tablas de crecimiento específicas para niños con síndrome



de Down. Cualquier desviación en el crecimiento obliga a realizar un estudio completo para determinar la causa.

Seguimiento de los Programas de Atención Temprana y del desarrollo psicomotor

El pediatra debe continuar controlando el desarrollo psicomotor y resolviendo los problemas que dificulten el desarrollo.

Apoyar en el inicio de la escolarización en educación infantil y posteriormente al inicio de educación primaria

Prevención de enfermedad periodontal

Las personas con síndrome de Down presentan con frecuencia retraso en la dentición, dentición irregular e hipodoncia. La incidencia de enfermedad periodontal es mayor que en la población general. También son más frecuentes la maloclusión y el bruxismo. Sin embargo, no está aumentada la incidencia de caries. Es importante mantener una buena higiene oral, en especial si existen factores de riesgo de endocarditis infecciosa. Para ello, conviene resaltar en cada visita la importancia del cepillado dental tres veces al día.

A los seis años se debe derivar al programa de salud bucodental para realizar visitas regulares cada 6 meses.

- Profilaxis dentaria (limpieza, sellado y flúor).
- Corrección de posibles anomalías mediante ortodoncia.

Cribado de enfermedad celiaca

La enfermedad celiaca es más prevalente en las personas con síndrome de Down. Aproximadamente entre el 5-10% entre los 2 y los 15 años de edad. Esta frecuencia aumenta con la edad. Generalmente cursa de forma sintomática. Se debe realizar determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular, previa cuantificación de IgA sérica entre los dos y tres años y entre los seis y los siete y siempre que se sospeche por la clínica. Algunos autores recomiendan que si el cribado inicial es negativo se deben seguir realizando controles, proponiendo dos opciones:

- Repetir el estudio de forma regular, cada 3-5 años, o en cualquier momento si aparecen síntomas compatibles.
- Practicar estudio genético para detectar a aquellos que tienen mayor riesgo, y limitar a dicho grupo la realización de cribado serológico regular.

Evaluación de la visión

Los problemas oculares siguen siendo frecuentes durante toda la infancia. Los más frecuentes son los siguientes:

- Errores de refracción (70%): miopía, hipermetropía y astigmatismo. Requieren el uso de gafas.
- Estrabismo (35%).
- Nistagmus (5-15%).
- Blefarokonjuntivitis de repetición (30%).
- Catarata y queratocono a partir de la segunda década de la vida.

Durante toda la infancia continuar con la exploración anual por Oftalmología.

Evaluación de la audición

Continuar con la valoración de la audición semestral hasta los 3 años y después anual, muy especialmente si aparecen alteraciones en el lenguaje u otitis serosa.

Evaluación de la función tiroidea

Continuar con la evaluación anual durante toda la infancia o en cualquier momento en el que aparezcan síntomas sugestivos de disfunción tiroidea.

Valoración de la inestabilidad atlantoaxoidea

Un 15% de las personas con síndrome de Down presentan inestabilidad atlantoaxoidea. Se caracteriza por un aumento en la distancia entre el arco anterior del atlas y la apófisis odontoides del axis, con excesiva movilidad entre ambos segmentos. Suele cursar de forma asintomática. Las lesiones graves, por lo general, vienen precedidas por signos de compresión medular, mantenidos durante meses o años. Estos signos son: limitación de la movilidad o dolor en el cuello, tortícolis, dificultad para caminar, trastornos en la marcha, pérdida de control de esfínteres, debilidad en las manos, torpeza motriz, disminución de la tolerancia al ejercicio, espasticidad, clonus, hiperreflexia, signo de Babinski o déficits sensoriales. Algunos deportes pueden incrementar el riesgo de padecer una lesión medular: deportes de colisión y contacto, actividades gimnásticas, lanzarse de cabeza a la piscina, natación a estilo mariposa, etc.

Para evitar la aparición de lesiones graves es necesario al menos una vez al año:

- Detectar precozmente signos de compresión medular mediante la realización de una evaluación neurológica.



- Informar a los padres de los signos de compresión medular, e indicarles que ante su presencia consulten de inmediato.
- Informar de los deportes de mayor riesgo: trampolín, gimnasia y deportes de contacto.
- Tomar precauciones en aquellos procedimientos en los que es necesario hiperextender el cuello, como por ejemplo durante la intubación, estabilizando la columna cervical y evitando la flexión y la extensión.

En niños asintomáticos ya no está recomendado el cribado sistemático mediante radiografía lateral del cuello en posición neutra, flexión y extensión entre los 3 y 5 años. Se cuestiona también que sea conveniente realizar este cribado previamente a las intervenciones quirúrgicas o cuando se quieran practicar deportes de riesgo, debido a su escasa reproductibilidad.

Si se objetivan signos o síntomas de compresión, se aconseja realizar una radiografía simple en posición neutra y una resonancia magnética de troncoencéfalo y médula espinal, y derivar a neurocirugía.

Valoración del Síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS)

La incidencia de SAOS en niños con síndrome de Down es del 30 al 60%.

Los síntomas sugestivos de apnea obstructiva del sueño son: ronquidos, esfuerzo respiratorio, pausas respiratorias, posturas anómalas para dormir, tos crónica nocturna, sudoración profusa, sueño intranquilo, cefalea, cambios en la conducta y retraso de crecimiento. La hipoxemia intermitente, puede originar hipertensión pulmonar y contribuir al deterioro cognitivo. La presencia de obesidad es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de SAOS.

En todas las revisiones anuales se debe investigar acerca de la presencia de síntomas y signos de SAOS. Ante la sospecha se debe solicitar un estudio de sueño. Los padres suelen subestimar su presencia. Existe poca correlación entre los síntomas referidos por los padres y los resultados de la polisomnografía. Por este motivo se debe realizar un estudio de sueño en todos los niños con síndrome de Down hacia la edad de tres o cuatro años.

Vacunaciones

Continuar con el calendario vacunal propuesto.

Educación sexual

Promover el uso de los términos precisos para nombrar los genitales y otras partes íntimas del cuerpo.

Durante la infancia es necesario evitar muestras de afecto desmedido hacia personas extrañas y aprender a distinguir conductas aceptables en privado pero no en lugares públicos.

Es importante prevenir los abusos sexuales y para ello conviene interesarse minuciosamente por las actividades que realizan, enseñarles que sus cuerpos sólo les pertenece a ellos y a que rechacen tocamientos inapropiados e informen a sus padres si ello ocurre.

Otros problemas médicos a vigilar durante la infancia

- **Trastornos del comportamiento y psiquiátricos**

Los niños y adolescentes con síndrome de Down presentan con más frecuencia trastornos del comportamiento, conductas agresivas y oposicionista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno de espectro autista.

Ante la aparición de problemas conductuales o deterioro en el funcionamiento se deben descartar en primer lugar problemas médicos: hipoacusia, disfunción tiroidea, enfermedad celiaca, SAOS, etc. En caso de deterioro de la función o difícil manejo se debe derivar a la unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.

- **Epilepsia**

Los niños con síndrome de Down tienen un mayor riesgo de epilepsia (1-3%).

- **Leucemia mieloide aguda**

La leucemia es más frecuente que en la población general pero aún así es poco común (1%). Debe realizarse un seguimiento especial en aquellos niños que presentaron durante el periodo neonatal una reacción leucemoide.

- **Diabetes mellitus**

- **Artropatía similar a la artritis idiopática juvenil**

- **Cáncer testicular**

Adolescencia (de 13 a 20 años)

Durante esta etapa aparecen nuevas inquietudes en los padres y en el propio adolescente. Conviene escuchar sus preocupaciones y analizar los problemas relacionados con la transición de la adolescencia a la vida adulta, que incluyen la tutela, la capacitación profesional, el acceso a una vida independiente, la incorporación al trabajo, etc.

Fomentar la autonomía.



Continuar realizando un seguimiento de los siguientes aspectos

- Alimentación y ejercicio físico. Control del crecimiento y desarrollo puberal.
Durante toda la adolescencia conviene continuar controlando al menos de forma anual el crecimiento y muy especialmente el IMC, prestando asesoramiento sobre alimentación y ejercicio físico. Se deben seguir utilizando las tablas de crecimiento específicas para niños con síndrome de Down. En las personas adultas con síndrome de Down, un menor IMC se correlaciona con mayor satisfacción y mayor acceso a actividades de ocio y sociales.
- Síntomas relacionados con la apnea obstructiva del sueño.
- Síntomas y signos de compresión medular debidos a inestabilidad atlantoaxoidea.
- Recordar a los padres de que tomen precauciones en caso de procedimientos anestésicos, quirúrgicos o radiológicos y advertir de que algunos deportes hacen que los jóvenes tengan más riesgo de lesión medular.

Síntomas y signos de enfermedad celiaca.

- Alteraciones conductuales.
- Hemograma, perfil de hierro anual.
- Función tiroidea anual.
- Control odontológico anual.
- Exploración otológica y valoración de la audición cada dos años.
- Evaluación oftalmológica cada dos años.

Durante la adolescencia pueden aparecer cataratas, errores de refracción y queratocono.

Cribado de valvulopatía

En todos los adolescentes con síndrome de Down se debe realizar un estudio cardiológico mediante ecografía. Los adolescentes y personas adultas con síndrome de Down presentan con frecuencia prolapso de la válvula mitral (50%) e insuficiencia aórtica (15%). Aunque su curso suele ser asintomático requieren seguimiento anual y hacen aconsejable la profilaxis de endocarditis infecciosa.

Educación sexual

Los adolescentes con síndrome de Down deben adoptar hábitos y actitudes saludables en relación a la sexualidad.

• Es prioritario continuar con la prevención del abuso sexual.

De forma individualizada se debe proporcionar información respecto a las infecciones de transmisión sexual y anticoncepción asegurando su comprensión.

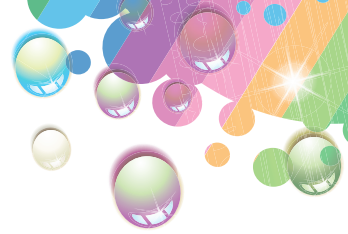
Se debe informar a los adolescentes con síndrome de Down y a sus padres de que el riesgo de transmisión del síndrome de Down a su descendencia en caso de embarazo es del 50%, si bien en general los varones no suelen ser fértiles.

En las mujeres sexualmente activas, se aconseja la realización de un examen pélvico con regularidad.

Transición al médico de familia

Antes de realizar el cambio de pediatra a médico de familia, conviene revisar los problemas médicos y contactar con él , para continuar con las recomendaciones que existen en la atención de las personas con Síndrome de Down durante la vida adulta.





RESUMEN RECOMENDACIONES POR EDAD

Periodo neonatal

1. Anamnesis y exploración física

- Realizar una historia clínica completa.
- Revisar las inquietudes de los padres.
- Evaluar cuidadosamente la alimentación asegurando una ingesta calórica adecuada.
- Buscar síntomas sugestivos de obstrucción intestinal.
- Controlar el peso, la longitud y el perímetro cefálico y trasladarlo a las gráficas específicas para personas con síndrome de Down.
- Explorar detalladamente prestando especial atención a los rasgos fenotípicos característicos, la evaluación neurológica (hipotonía reflejo de succión y deglución), la exploración cardiaca, la oftalmológica (reflejo rojo), el aparato locomotor y la exploración genital (criptorquidia, hipospadias, etc).

2. Exámenes complementarios e interconsultas

- Estudio cromosómico mediante cariotipo y en caso de dudas hibridación in situ por fluorescencia (FISH).
- Hemograma para descartar la existencia de policitemia y trastorno mieloproliferativo transitorio.
- Cribado de metabolopatías.
- Pruebas de función tiroidea según el resultado del screening neonatal de hipotiroidismo.
- Valoración cardiológica que incluya ecocardiograma para descartar la existencia de cardiopatía congénita incluso en ausencia de soplos.
- Potenciales evocados auditivos para descartar hipoacusia.
- Exploración oftalmológica para descartar catarata congénita.

3. Otras recomendaciones

- Apoyo familiar y derivación a la Fundación Síndrome de Down de Cantabria.
- Apoyo a la lactancia materna.

- Derivar a los Programas de Atención Temprana.
- Derivar al trabajador social del centro para informar de la Ley de Dependencia y de otras prestaciones.
- Consejo genético.
- Profilaxis endocarditis bacteriana si cardiopatía congénita.
- Informar sobre la mayor susceptibilidad a padecer infecciones especialmente respiratorias.
- Informar sobre la toma de precauciones en lo referente a la posición de la columna cervical para evitar extensión o flexión excesiva, especialmente ante procedimientos de cirugía, anestesia o exploraciones radiológicas.

Lactante (de 1 a 12 meses)

1. Anamnesis y exploración

- Atender a las preocupaciones de los padres.
- Realizar seguimiento de aquellas patologías que se hayan detectado.
- Revisar detenidamente la alimentación y prestar apoyo a la lactancia materna.
- Valorar el crecimiento en las tablas específicas para personas con síndrome de Down.
- Valorar la existencia de estreñimiento y, si es intenso, descartar enfermedad de Hirschsprung, hipotiroidismo o ingesta insuficiente.
- Prestar atención a las infecciones respiratorias y a la otitis serosa.
- Revisar el desarrollo psicomotor para comprobar los avances y el desarrollo de los Programas de Atención Temprana.
- Realizar un seguimiento exhaustivo de la visión y de la audición.

2. Exámenes complementarios e interconsultas

- Hemograma y perfil de hierro al año de edad.
- Pruebas de función tiroidea a los 6 y 12 meses de edad.
- Serología postvacunación hepatitis B para valorar la respuesta.
- Evaluación por Cardiología con ecocardiograma si no se realizó en el periodo neonatal.
- Potenciales evocados auditivos si no se realizaron en el periodo neonatal o resultaron dudosos.



- Valoración por Oftalmología a los 6 meses de vida.
- Valoración por Otorrinolaringología ante la sospecha de hipoacusia, otitis serosa o dificultades en la exploración del oído medio.

3. Otras recomendaciones

- Iniciar el Programa de Atención Temprana si no se hizo anteriormente.
- Seguir el calendario vacunal de nuestra comunidad autónoma que incluye para los niños con síndrome de Down la vacunación antigripal a partir de los 6 meses, la vacunación contra el neumococo a los 2-4-6 y 12 meses y la vacuna de la hepatitis A y varicela a partir de los 12 meses.
- Continuar con la profilaxis de la endocarditis bacteriana en los niños con cardiopatía congénita.
- Derivar al trabajador social del centro de salud si aún no se ha derivado.
- Informar a los padres de los siguientes aspectos:
 - Importancia que pueden tener los problemas de audición y visión en su desarrollo.
 - Toma de precauciones en lo referente a la posición de la columna cervical para evitar extensión o flexión excesiva, especialmente ante procedimientos de cirugía, anestesia o exploraciones radiológicas.
 - Síntomas sugestivos de SAOS.
 - Mayor susceptibilidad a padecer infecciones.
 - Menor sensibilidad al dolor.

Primera infancia, preescolar y escolar (de 1 a 12 años)

1. Anamnesis y exploración

- Revisar las preocupaciones de los padres.
- Realizar seguimiento de las patologías detectadas.
- Revisar detenidamente la alimentación y el ejercicio físico.
- Revisar los programas educativos (atención temprana, preescolar, escolar) y el desarrollo psicomotor.
- Prestar especial atención en detectar los problemas más frecuentes en estas edades: estreñimiento, apnea del sueño, inestabilidad atlantoaxoidea, hipoacusia, deficiencia visual y enfermedad celiaca.

- Detectar problemas de conducta.
- Valorar el peso, la talla, el perímetro cefálico y el IMC en las tablas específicas de crecimiento para niños y niñas con síndrome de Down.

2. Exámenes complementarios e interconsultas

- Determinación anual de la función tiroidea.
- Hemograma y el perfil de hierro anual.
- Exploración otológica y valoración de la audición cada 6 meses hasta los 3 años y anual a partir de los 3 años.
- Revisión oftalmológica anual.
- Revisión odontológica desde los 6 años con una periodicidad semestral.
- Exploración radiológica de la columna cervical en posición neutra y resonancia magnética nuclear en caso de aparición de síntomas o signos de inestabilidad atlantoaxoidea.
- Determinación de los anticuerpos antitransglutaminasa IgA y de los niveles de IgA entre los dos y tres años y entre los seis y siete años para descartar enfermedad celíaca y en cualquier otro momento si aparecen síntomas sugestivos.
- Estudio de los trastornos del sueño mediante estudio polisomnográfico del sueño entre los tres y cuatro años o en cualquier otro momento si se sospechan síntomas de SAOS.

3. Otras recomendaciones

- Escolarizar al niño en coordinación con los profesionales del equipo de Atención Temprana, manteniendo los apoyos necesarios para conseguir el máximo desarrollo posible.
- Controlar que se realice una dieta equilibrada teniendo en cuenta que la ingesta calórica debe ser menor que la recomendada para niños o niñas de igual talla y edad.
- Fomentar las actividades de ocio y la realización regular de ejercicio físico.
- Estimular la autonomía del niño especialmente en la alimentación y la higiene personal.
- Mantener la profilaxis para la endocarditis bacteriana en los casos necesarios.
- Continuar con la aplicación del calendario vacunal.



Adolescencia (de 13 a 20 años)

1. Anamnesis y exploración

- Revisar las inquietudes del adolescente y de sus padres. Tener en cuenta los temas relacionados con la sexualidad.
- Realizar seguimiento de las patologías detectadas.
- Prestar especial atención a la aparición de obesidad, síntomas y signos de apnea del sueño, de enfermedad celiaca, de inestabilidad atlantoaxoidea y de defectos visuales y auditivos.
- Vigilar la aparición de trastornos de conducta y otros problemas de salud mental.
- Valorar el peso, la talla e IMC en las tablas específicas para personas con síndrome de Down.

2. Exámenes complementarios e interconsultas

- Hemograma y perfil de hierro anual.
- Pruebas de función tiroidea anual.
- Evaluación oftalmológica cada dos años.
- Exploración otológica y valoración de la audición cada dos años.
- Control odontológico anual.
- Ecocardiograma para descartar valvulopatía.
- Examen ginecológico si se han iniciado relaciones sexuales.

3. Otras recomendaciones

- Realizar educación sanitaria afectivo-sexual incluyendo asesoramiento sobre la prevención del abuso sexual.
- Realizar educación sanitaria sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Insistir en la importancia de adquirir las habilidades para el autocuidado (alimentación, higiene, desplazamientos, uso del dinero, etc.).
- Promover los programas sociales, las actividades de ocio y la realización regular de ejercicio físico.

- Revisar el nivel educativo alcanzado y promover la continuación de los programas educativos a la vez que se trabaja en la incorporación al mundo laboral.
- Fomentar la autonomía incrementando de forma paulatina los niveles de independencia. Revisar los planes relacionados con el modo de vivir a largo plazo.
- Actualizar los temas legales.
- Continuar con la profilaxis para la endocarditis bacteriana en los casos indicados.
- Continuar con el calendario vacunal.





9. GUÍAS DE CONSEJOS POR EDADES

GUÍA DEL NACIMIENTO A LOS DOS MESES

En primer lugar os felicitamos por el nacimiento de vuestro hijo o hija y nos ponemos a vuestra disposición para ayudaros en su crianza.

ALIMENTACIÓN

El amamantamiento es la forma natural de alimentación de los lactantes y niños pequeños. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida asegura el óptimo crecimiento, desarrollo y salud infantil. Después, el amamantamiento junto a la adecuada alimentación complementaria sigue contribuyendo al crecimiento, desarrollo y salud del lactante y del niño pequeño.

Si has decidido amamantar a tu bebé te damos la enhorabuena. Al principio pueden surgir algunas dificultades transitorias. No te desanimes y consúltanos siempre que tengas alguna duda por teléfono o acudiendo a la consulta.

Si amamantas y vas a trabajar fuera de casa ponte en contacto con nosotros antes de la incorporación laboral para ofrecerte ayuda en los métodos de continuidad de la lactancia.

Si has optado por la lactancia artificial o la lactancia materna no ha sido posible, existen en el mercado fórmulas lácteas adaptadas a las necesidades nutricionales infantiles. Seguid estrictamente las normas de preparación del biberón.

DESARROLLO Y CONDUCTA

El lugar más adecuado para un recién nacido es el regazo de la madre (o del padre...).

Desde el nacimiento es conveniente cogerle, abrazarle, acariciarle, hablarle, cantarle... para consolarle y crear lazos afectivos.

Llanto: Es normal que un recién nacido lllore, ya que a través del llanto va a expresar todas sus necesidades. No solo llora por hambre también porque necesita cariño, está sucio, tiene frío o calor, está incómodo, no consigue dormirse... debéis confiar en vuestro sentido común y en vuestra capacidad para cuidarle. También hay que tener claro que un bebé no se “acostumbra mal” por tenerle en brazos y consolarle. Los niños cogidos en brazos en respuesta al llanto, lloran menos a partir del año de edad y muestran conductas menos agresivas a los 2 años.

Una causa frecuente de llanto entre las 2 semanas y los 4 meses de edad es el llamado **cólico del lactante**, cuadro caracterizado por crisis de llanto e irritabilidad

• inexplicables, diarios, de predominio a última hora de la tarde y principio de la noche y de unas horas de duración. El lactante encoge las piernas, se pone rojo y llora. Suele acompañarse de emisión de gases por vía rectal. El episodio cesa de repente. Entre las crisis de llanto está totalmente normal. Es un cuadro benigno que suele desaparecer hacia los 3 –4 meses.

La actitud más adecuada ante el llanto es tratar de tranquilizar al niño mediante el abrazo, el balanceo, el masaje, el paseo... No está indicado el uso rutinario de medicamentos por su dudosa eficacia y sus posibles efectos secundarios.

Tened en cuenta que nada nos pone tan nerviosos como el llanto de nuestros hijos, tenéis que evitar perder el control y para ello, si es necesario, interrumpir el contacto con él y solicitar ayuda. **Evitad a toda costa el zarandeo** por la fragilidad del recién nacido y las graves consecuencias que puede ocasionarle.

No dudéis en consultar en caso de llanto intenso, persistente o inconsolable.

PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

Lo más importante: Dormir boca arriba.

Evitad la exposición al humo del tabaco. No fuméis en casa.

La lactancia materna es un factor de protección.

Se desaconsejan los colchones blandos, los cojines, el arropamiento excesivo y el sobrecalentamiento de la habitación. Utilizad cunas con medidas de protección homologada.

El uso del chupete disminuye el riesgo.

PREVENCIÓN DE LAS DEFORMIDADES CRANEALES (PLAGIOCEFALIA POSTURAL)

Desde que los niños, para evitar el SMSL, duermen boca arriba son más frecuentes las "deformidades" craneales. Para prevenirlas se recomiendan:

- Cambios posturales. Procurad que apoye la cabeza alternando ambos lados.
- Tenerlos en brazos con frecuencia.
- Ponerlos boca bajo cuando estén despiertos. Jugar boca bajo.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Caídas: al cambiarle, hacedlo sobre superficies desde donde no pueda caerse.

Quemaduras: comprobad siempre la temperatura del agua del baño y de los biberones. Evitad manejar cualquier líquido caliente cerca del niño. No utilizéis bolsas de agua caliente para calentarlo.



Asfixia: no utilizar cadenas, collares o cordones alrededor del cuello.

No dejéis al niño solo con hermanos pequeños o animales domésticos.

Automóvil: es obligatorio llevar siempre sujeto al niño; en una sillita homologada del grupo 0 (hasta 10 kg) o del grupo 0+ (hasta los 13kg) siempre en sentido contrario a la marcha y en los asientos traseros. Los capazos se colocan en los asientos posteriores en posición transversal y con la cabeza hacia el interior.

HIGIENE

El tabaco aumenta el riesgo de muerte súbita, de infecciones respiratorias, de otitis, de asma... **Por su salud y por la vuestra evitad fumar en casa.**

El cordón umbilical puede curarse con alcohol de 70°. No debéis utilizar productos con yodo (Betadine). Consultad si hay mal olor, secreción, sangrado o enrojecimiento alrededor del ombligo.

Se aconseja el baño diario; comprobad la temperatura con un termómetro o con el codo.

Los genitales de las niñas han de limpiarse de arriba hacia abajo (de los genitales hacia el ano). No se debe forzar la retracción del prepucio de los niños.

Se desaconseja el uso de bastoncillos para la limpieza de los oídos.

Se aconseja mantener las uñas cortas y sin picos limándolas con una lima de cartón, se pueden cortar aprovechando un momento en que estén tranquilos.

Conviene sacar al niño de paseo todos los días, aprovechando las horas más templadas.

Durante los seis primeros meses de vida no deben estar expuestos al sol directo ni usar fotoprotectores. La ropa y la sombra dan la mejor protección.

Se aconseja que la ropa sea cómoda y sencilla.

CHUPETE

Puede ayudar a tranquilizar al niño y tiene cierto factor protector contra el SML.

En los niños amamantados no conviene ofrecerlo hasta que la lactancia esté bien instaurada.

El chupete se limpia con agua.

No se debe endulzar con sacarina, miel ni azúcar.

REGURGITACIONES

Se considera normal la expulsión de leche tras la alimentación o incluso algún tiempo después, sobre todo coincidiendo con la manipulación del lactante o con un eructo.

Suele ser de poca cantidad y con escasa fuerza y desaparece poco a poco al ir introduciendo la alimentación sólida.

Hay que acudir al pediatra si los vómitos son biliosos o a chorro, se acompañan de un abdomen abombado o hundido, presenta pérdida de peso o se asocian llanto o dificultades en las tomas.

También los **estornudos y el hipo** son normales a esta edad.

DEPOSICIONES

El ritmo intestinal es variable. Puede ser normal que hagan caca tras cada toma y también que pasen varios días sin hacer deposición, sin que se trate de diarrea ni de estreñimiento.

Los primeros días las deposiciones serán de color negro-verdoso y pegajosas, para pasar a un color amarillento, en ocasiones verdosas y de consistencia semilíquida.

OBSTRUCCIÓN NASAL

Puede presentarse a esta edad dificultando las tomas y el sueño.

Podéis administrar unas gotas de suero fisiológico en cada orificio nasal unos minutos antes de la toma y aspirar el moco.

FIEBRE

Cualquier lactante menor de 3 meses de edad con temperatura rectal mayor o igual a 38° (37,5° axilar) debe ser valorado por el pediatra.

VACUNAS

La vacunación ha logrado disminuir y en algunos casos erradicar enfermedades que antaño eran mortales.

A los dos meses se continuará el calendario vacunal iniciado al nacimiento.

VITAMINAS Y SUPLEMENTOS

Durante el 1º año se administrarán 400 UI de vitamina D/día.

Se recomienda que la madre lactante tome yodo mientras dure la lactancia (200 microg/día).



GUÍA DE LOS 2 A LOS 4 MESES

ALIMENTACIÓN

La lactancia materna exclusiva sigue siendo el mejor alimento para vuestro hijo.

Si estás amamantando te felicitamos y te animamos a que continúes.

Si debes incorporarte al trabajo consulta como compaginarlo con la lactancia.

Si estáis alimentándole con lactancia artificial seguid estrictamente las normas de preparación indicadas.

Desde pequeño controla su apetito. No intentéis forzarle.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Os insistimos en que la forma más adecuada de calmar el llanto infantil es tratar de tranquilizarlo mediante el abrazo, el balanceo, el paseo...

No dudéis en consultar en caso de llanto intenso, persistente o inconsolable. Recordad su fragilidad y evitad el zarandeo.

A esta edad empieza a sonreír, balbucear, escuchar lo que les decimos... Ningún juguete reemplaza al contacto físico y afectivo. Debemos cogerles (aunque no lloren), hablarles, sonreírles...

Los juguetes más adecuados son los de colores vivos, blandos y con ruidos suaves (sonajeros, ositos...).

Cuando esté despierto, podéis jugar con él poniéndole boca abajo sobre el suelo y enseñándole algún juguete para que vaya fortaleciendo la musculatura del cuello y la espalda.

Recordad que **tiene que dormir siempre boca arriba**, en un colchón duro y sin almohada, para prevenir la muerte súbita del lactante.

Continuad con los cambios posturales para prevenir la deformidad craneal.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

El accidente más frecuente a esta edad es la caída por volteo, nunca le dejéis solo en la cama o en el cambiador.

Insistimos en el uso de la silla de seguridad en el automóvil.

Controlad la temperatura del baño y de los biberones.

Evitad cualquier objeto con el que se pueda asfixiar o atragantar.

Evitad la exposición directa al sol.

HIGIENE

Como ya os comentamos el tabaco aumenta el riesgo de muerte súbita, de infecciones respiratorias, de otitis, de asma... **Por su salud y por la vuestra evitad fumar en casa.**

La irritación en la zona del pañal es frecuente y empeora con la falta de higiene y con las diarreas. Para evitarla debéis cambiar frecuentemente el pañal, tenerle con el culito al aire el mayor tiempo posible, secar bien los pliegues y usar un bálsamo protector. Si en tres o cuatro días no mejora consultad.

FIEBRE

Temperatura axilar mayor de 37,5° o rectal mayor de 38°.

Si tiene fiebre:

- le tendremos con poca ropa.
- le ofreceremos líquidos frecuentemente.
- se le pueden poner paños humedecidos con agua en la frente, axila, cuello y región inguinal o darle un baño con agua a temperatura normal que se irá enfriando sola. No utilizar paños de alcohol.
- le administraremos el antitérmico que nos hayan pautado, ajustando la dosis a los kilos de peso.

¿Cuándo debéis acudir al pediatra?

- si tiene menos de 3 meses.
- si tiene mal estado general, está irritable o muy adormilado.
- si presenta dificultad para respirar.
- si aparece una erupción en la piel.
- si la fiebre dura más de 48 horas.

VACUNAS

Hoy se administrarán las vacunas correspondientes a su edad.

Tanto estas como las vacunas de cuatro y seis meses pueden producir, con muy poca frecuencia, una reacción inflamatoria (hinchazón, dolor y calor) en el sitio de la inyección, así como fiebre entre una hora y 2-3 días tras la vacunación.

En caso de fiebre debéis dar paracetamol a la dosis que corresponda a su peso.

Si la fiebre es alta, persiste o se presenta algún síntoma distinto a los mencionados consultadnos.

Tras las vacunas se debe permanecer en el centro 20 o 30 minutos.



GUÍA DE LOS 4 A LOS 6 MESES

ALIMENTACIÓN

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses sigue siendo el mejor alimento para vuestro hijo.

Si estás dando de mamar te felicitamos y te animamos a que continúes. Consúltanos en caso de dificultades, dudas o incorporación al trabajo.

Si estáis dando lactancia artificial continuad con la leche recomendada.

En caso de que necesitase incluir en su dieta algún alimento distinto de la leche te informaremos de qué alimentos introducir y a qué edad según sus necesidades.

Desde pequeño regula su apetito, **no intentéis forzarle**.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Continuad abrazando, meciendo, hablando y cantando al niño. El mejor juego es la interacción con vosotros.

Podéis ir sentándole poco a poco en posición reclinada.

A esta edad empiezan a manipular objetos y a metérselos en la boca, usad juguetes con piezas grandes.

No dudéis en consultar en caso de llanto intenso, persistente o inconsolable. Recordad su fragilidad y evitad el zarandeo.

Tiene que continuar durmiendo siempre boca arriba, en un colchón duro y sin almohada, para prevenir la muerte súbita del lactante.

Continuad con los cambios posturales para prevenir la deformidad craneal.

Sueño: Es bueno crear una rutina para que vaya aprendiendo a dormir.

Podéis bañarle antes de la última toma y acostarle a una hora parecida todos los días.

Podéis meter en la cuna algún objeto de referencia que le acompañe (objeto transicional).

Cuando se despierte por la noche procurad que haya poca luz y pocos estímulos, así con el tiempo aprenderá que cuando se habla y se juega es durante el día.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Para evitar atragantamientos mantened fuera de su alcance cualquier objeto pequeño, pues todo se lo lleva a la boca.

• Utilizad juguetes seguros.

No le dejéis solo encima de la cama, de la mesa o del cambiador.

Para evitar quemaduras comprobad la temperatura de los alimentos que le ofrezcáis y evitad el contacto con objetos y líquidos calientes.

En el coche siempre debe ir en la sillita de seguridad, en sentido contrario a la marcha.

Evitad la exposición al sol directo. Recordad que la mejor fotoprotección la dan la sombra y la ropa.

DENTICIÓN

Puede que en estos meses le salga su primer diente o puede retrasarse hasta más allá del año.

Esto puede ocasionar alguna molestia, babeo, cambio en el aspecto de las cacas o irritación en la zona del pañal.

Podéis ofrecerle mordedores fríos. Si la molestia es muy intensa podéis usar paracetamol.

En ningún caso otros síntomas como vómitos, diarrea o fiebre alta son achacables a la dentición.

CATARROS

A esta edad son frecuentes los catarros de vías altas que cursan con mocos, estornudos y algo de tos.

Ante esto debéis retirar los mocos de la nariz con suero y usar un sacamocos.

Si aparece fiebre, decaimiento, irritabilidad, dificultad para respirar o manchas en la piel consultad.

VACUNAS

Hoy administraremos la vacuna correspondiente a su edad.

Seguid los consejos dados a los 2 meses.

RECORDAD

Evitad fumar en casa.

Continuad hasta el año con la administración de vitamina D.



GUÍA DE LOS 6 A LOS 9 MESES

ALIMENTACIÓN

Si estás amamantando te animamos a continuar.

La lactancia materna asociada a una apropiada alimentación complementaria continua siendo la alimentación ideal durante tanto tiempo como la madre y su hijo lo deseen.

Si estáis dando lactancia artificial, cambiad a una leche de continuación.

La introducción de otros alimentos (alimentación complementaria) complementa la leche; ésta sigue siendo la parte fundamental de la dieta durante el 1º año (4-5 tomas de lactancia materna o 500 ml de leche de fórmula por día).

Se os ha entregado el material informativo de la “Alimentación complementaria”, para explicaros qué alimentos podéis ir ofreciendo a vuestro hijo.

DESARROLLO Y CONDUCTA

A esta edad es normal que aparezca el miedo a los extraños y que se resista a quedarse con otras personas. Puede no ser el momento idóneo para hacer cambios en su entorno (inicio de guardería, cambio de cuidador...).

Necesita vuestra presencia; abrazadle, paseadle, habladle...

Es bueno ponerle en el suelo para que pueda explorar el entorno, voltearse, empezar a arrastrarse o gatear. El uso de andadores no facilita que aprendan a andar antes.

Ya puede permanecer sentado.

Jugad con él a esconder cosas o escondeos vosotros.

Repetidle palabras y repetid lo que él diga.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Para evitar el atragantamiento y las intoxicaciones eliminad de su alcance las medicinas, los productos tóxicos, los objetos punzantes, las piezas de pequeño tamaño que pueda meter a la boca.

No conviene usar el andador porque puede favorecer los accidentes.

Procurad evitar caídas desde alturas (cama, cambiador...).

Proteged los enchufes y el material eléctrico (protectores de plástico).

Aunque ya se mantenga sentado nunca perdáis de vista al niño en la bañera.

- **Utilizad siempre la silla de seguridad**, en sentido contrario a la marcha.

La exposición al sol debe ser prudente y progresiva, evitadla durante las horas centrales del día. Usad gorra, camiseta y protección solar.

En caso de intoxicación llamad al:

Teléfono del INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA: 91- 5620420

VACUNAS

A los seis meses se administrará la vacuna correspondiente.

Seguid los consejos dados a los dos meses.

RECORDAD

Es muy importante para la salud de vuestro hijo y para la vuestra evitar el humo del tabaco.

Seguid acostándole boca arriba.

Continuad hasta el año con la administración de vitamina D.

Iniciad la suplementación con flúor si está indicado.





GUÍA DE LOS 9 A LOS 12 MESES

ALIMENTACIÓN

Si estás amamantando, y así lo deseas, es una excelente decisión continuar el amamantamiento.

En cuanto al resto de alimentos que podéis ir introduciendo en su dieta seguid los consejos incluidos en la “**Alimentación Complementaria**”.

En estos meses, para fomentar la masticación, podéis ir ofreciendo alimentos menos triturados; un inicio más tardío puede hacer que posteriormente rechace los alimentos enteros.

No se debe introducir leche de vaca antes de los 12 meses.

Evitad el picar entre horas.

Podéis ponerle a comer en la mesa con el resto de la familia.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Habladle, cantadle canciones, contadle, jugad con él.

Podéis leerle cuentos con figuras grandes de objetos cotidianos, animales, colores; enseñadle las fotos de familiares que iréis nombrando.

Contadle lo que estáis haciendo, lo que vais viendo, así irá aprendiendo las distintas partes de su cuerpo y los nombres de las cosas. Habladle de forma clara y con frases cortas y sencillas.

Ahora les gusta jugar a meter y sacar cosas de un recipiente (las pinzas en un cesto) prestad atención a que las piezas sean de tamaño grande.

Estimulad el gateo y procurad un entorno seguro para cuando intente ponerse de pie.

Piernas: En el periodo de inicio de la marcha, durante algunos meses, es frecuente y normal el arqueamiento de las piernas que suele corregirse de forma espontánea hacia los dos años, pudiendo aparecer entonces la desviación contraria (rodillas que chocan) que desaparece entre los 4-10 años.

Pies: Hasta los 3-4 años los niños tienen el “pie plano”. A partir de esa edad el arco plantar se va formando progresivamente al desaparecer la grasa de la planta del pie y fortalecerse los músculos posteriores de la pierna.

Calzado: si no camina no tiene por qué ir con calzado; procurad que este, sea cómodo, flexible y amplio.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

A esta edad puede empezar a moverse de forma autónoma por lo que necesita de mayor vigilancia.

Debéis pensar en qué cosas de la casa pueden ser peligrosas y poner la protección pertinente. La cocina es el lugar más peligroso de la casa, extremad las precauciones en ella.

- Guardad de forma segura fármacos y sustancias tóxicas.
- Impedid el acceso a los balcones y poned protecciones en la barandilla que evite que se asomen o trepen.
- Colocad barandillas para evitar caídas por la escalera.
- Evitad que al levantarse pueda tirar de manteles donde haya recipientes pesados o muy calientes.
- No le dejéis solo en la bañera, aunque sea con poco agua.
- No debe jugar con bolsas de plástico, globos o cuerdas.
- Proteged los enchufes si aún no lo habéis hecho.

No le deis alimentos de pequeño tamaño: frutos secos, aceitunas, pasas, uvas, chicles, caramelos, etc.

Os recordamos que **el uso de sillas de seguridad en el automóvil es obligatorio**. Las del grupo 0+ sirven para niños de hasta 13 kg de peso, van en sentido contrario a la marcha y en los asientos traseros. Las del grupo 1, para niños de 9 a 18 kg, son sillas con arnés (que debe quedar bien ajustado) y van en el sentido de la marcha.

Evitad la exposición al sol en las horas centrales del día, usad gorra, camiseta y protección solar: cremas de alto factor de protección resistentes al agua.

Teléfono del INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA 91 562 04 20

VITAMINAS

Salvo que tu pediatra te indique lo contrario al cumplir el año puedes dejar de dar la vitamina D.

RECORDAD

El tabaco es la primera causa evitable de infecciones respiratorias, asma y otitis en los niños. Intentad evitarlo.

Continuad dándole flúor si el pediatra os lo ha indicado.



GUÍA DE LOS 12 A LOS 18 MESES

ALIMENTACIÓN

Si vuestro hijo sigue siendo amamantado, enhorabuena. Si mama 4-5 veces al día, no hay motivo para introducir otra leche. La materna sigue siendo mejor que cualquier otra.

Los mayores de un año pueden tomar leche de vaca entera sin diluir.

En este periodo puede ir comiendo poco a poco, lo que come el resto de la familia.

Es aconsejable que le sentéis con vosotros a comer y que vaya comiendo solo, con los dedos o con la cuchara y aprendiendo a beber del vaso.

La alimentación es fuente de nutrición, de placer y de aprendizaje. Un ambiente relajado facilita la alimentación y favorece la relación social y el desarrollo infantil. No se puede hacer de la comida “una batalla”.

Estimulad la masticación triturando menos la comida (aplastándola con un tenedor).

A esta edad disminuye mucho el ritmo de crecimiento por lo cual es normal que coma menos. Respetad su disminución de apetito.

Fomentad la alimentación variada.

El papel de los padres debe ser, **educar en la variedad y respetar el apetito.**

Una dieta variada debe incluir todos los grupos de alimentos:

- Leche y derivados (yogur, queso...) unos 500 ml al día.
- Cereales (pan, arroz, pasta, galletas...), legumbres y féculas (patata).
- Frutas y verduras.
- Carne, huevos y pescado.
- Grasas (aceite de oliva...).

Los horarios deben ser regulares sin picar entre horas.

Es un buen momento para retirar el biberón y el chupete.

Acostumbradle a tomar poca sal y poco azúcar y a beber agua (no zumos industriales ni refrescos).

DESARROLLO Y CONDUCTA

Seguid abrazando, jugando y disfrutando con vuestro hijo. **Es importante que se sienta querido.**

• Aunque diga pocas palabras entiende lo que le decís, señala las cosas y se hace entender.

Jugar a enseñarle las partes del cuerpo. Leerle cuentos, la lectura fomenta el cariño y el desarrollo del lenguaje.

En este periodo aprende a andar solo.

Debéis permitirles explorar en libertad aunque de forma segura.

Es importante **que jueguen al aire libre y que hagan ejercicio físico**: jugar a la pelota, al escondite, bailar..

Fomentad el trato con otros niños aunque, de momento, no compartan ni juegos ni juguetes.

Los juguetes recomendados a esta edad han de ser fáciles de manejar y que se puedan golpear (balones, muñecas, coches, juguetes musicales...).

Controlad y supervisad la televisión, ésta nunca debe sustituir al juego ni vuestra compañía.

Hacia los 18 meses empieza la **“edad del no”**; quiere satisfacer sus deseos, no los de los demás. Deben de estar claras las cosas que están permitidas y las que no; se aconseja apartarle del asunto prohibido haciéndole el menor caso posible al respecto.

Evitad los castigos físicos y las amenazas innecesarias y crueles: “que te van a pinchar”, “que viene el coco”, “no te voy a querer”, etc.

Sueño: Seguid con las rutinas antes de ir a dormir.

Cuando se despierte por la noche procurad mantener un contacto breve y aburrido para que vuelva a dormirse.

Si se despierta en medio de la noche asustado y llorando probablemente haya tenido una pesadilla. Los abrazos, las caricias y las palabras dulces de sus padres le devolverán la tranquilidad.

Puede que por su tamaño le debáis pasar a una cama.

Suelen dejar de hacer dos siestas diarias y hacer sólo una después de comer.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Debido a su desarrollo y al aumento de sus capacidades de movilidad, exploración, curiosidad... **“hay que tener mil ojos”** y extremar las precauciones: enchufes, ventanas, objetos pequeños, medicamentos, productos químicos....

No le deis nunca alimentos de pequeño tamaño: frutos secos, aceitunas, pasas, uvas, chicles...



Insistimos en que **el uso de sillas de seguridad en el automóvil es obligatorio**. Las del grupo 0+ sirven para niños de hasta 13 kg de peso, van en sentido contrario a la marcha y en los asientos traseros. Las del grupo 1, para niños de 9 a 18 kg, son sillas con arnés (que debe quedar bien ajustado) y van en el sentido de la marcha.

Evitad la exposición al sol en las horas centrales del día, usad gorra, camiseta y protección solar (cremas de alto factor de protección resistentes al agua).

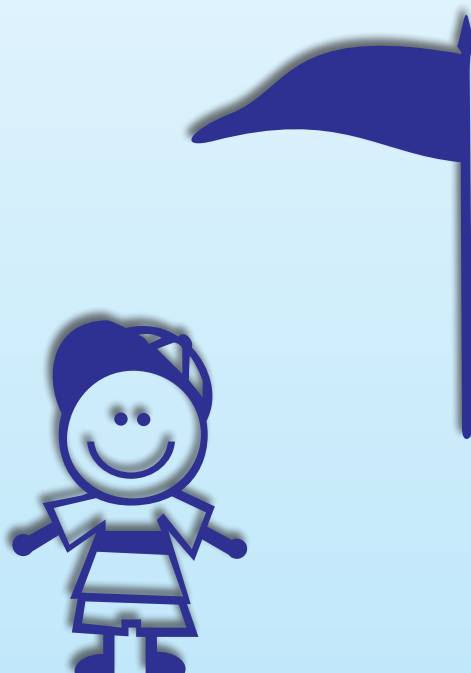
Teléfono del INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA 91 562 04 20.

VACUNAS

La vacuna **triple vírica** puede ocasionar, con poca frecuencia, fiebre, erupción y síntomas catarrales entre 5 y 14 días tras la vacunación.

RECORDAD

El tabaco es la primera causa de muerte evitable. No fuméis en casa ni delante suyo. Continúad dándole flúor si el pediatra lo ha prescrito.



GUÍA DE LOS 18 MESES A LOS 2 AÑOS

ALIMENTACIÓN

Si seguís amamantado a vuestro hijo enhorabuena. Si mama 4-5 veces al día, no es necesario introducir otra leche.

Los mayores de un año pueden tomar leche de vaca entera sin diluir. Si aún toma biberón, debéis ir retirándolo.

En este periodo, debe ir comiendo poco a poco lo que come el resto de la familia, siempre y cuando la alimentación sea variada y equilibrada.

Una **dieta variada** debe incluir todos los grupos de alimentos:

- Leche y derivados (yogur, queso...) unos 500 ml al día.
- Cereales (pan, arroz, pasta, galletas...), legumbres y patatas.
- Frutas y verduras.
- Carne, huevos y pescado.
- Grasas (aceite de oliva...).

Es aconsejable que le sentéis con vosotros a comer y que vaya comiendo solo, utilizando cubiertos y bebiendo de un vaso.

La alimentación es fuente de nutrición, de placer y de aprendizaje. Recordad, no hagáis de la comida “una batalla” y no le forcéis a comer; **respetad su apetito**.

Estimulad la masticación triturando menos la comida.

Acostumbradle a tomar poca sal y poco azúcar, a beber agua (no zumos industriales ni refrescos) y a no picar entre horas.

Las chucherías pueden ser dulces (golosinas) o saladas (aperitivos). Tienen en común su elevado contenido energético y son pobres en nutrientes, por eso decimos que son “calorías vacías” pues ayudan a ganar peso pero no a crecer. Hacen disminuir el apetito a la hora de las comidas y su contenido en azúcares contribuye a la formación de caries por lo que después de comerlas deben lavarse los dientes. Deben consumirse ocasionalmente y no usarlas como premio.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Es importante que nuestros niños se sientan queridos.

Leedle cuentos de forma regular para enriquecer su vocabulario, mejorar su comprensión y aficionarle a la lectura.



Dejad que explore lo que le rodea para buscar nuevas experiencias (vigilando siempre su seguridad). Fomentad el juego y todas las actividades que contribuyan al desarrollo de su imaginación. Utilizad juguetes resistentes, con piezas grandes para montar y desmontar.

No os preocupéis si se niega a compartir sus juguetes; es normal, a esta edad el juego es todavía individual. Tampoco necesitan para su desarrollo escolarizarse, aunque debéis fomentar el trato con otros niños.

El **sentimiento de autonomía e independencia contribuye al desarrollo de su personalidad**. Dejad que haga elecciones y fomentad que haga cosas de forma autónoma, como lavarse y secarse las manos. Debéis elogiar sus iniciativas.

Procurad marcar límites claros, mediante prohibiciones verbales acompañadas, si es necesario, de un gesto o refuerzo (cogerle del brazo, retirarle de la situación peligrosa). Evitad los castigos. Son más eficaces los refuerzos positivos.

A esta edad son frecuentes **las rabietas y los espasmos del sollozo**. Es importante que controléis vuestra agresividad e intentéis ofrecerle una alternativa. Si esto no funciona, es preferible ignorar la rabieta brevemente mientras dure.

Recordad la importancia de que **jueguen al aire libre** y de que hagan actividad física: bailar, andar, correr, jugar al escondite, a la pelota....

Controlad la televisión, ésta nunca debe sustituir al juego ni a la compañía de sus padres.

Sueño. Conviene que el momento previo a acostarse sea tranquilo, sin juegos violentos. No esperéis a que se duerma para salir de la habitación. Evitad que se duerma viendo la televisión.

Cuando se despierte por la noche hay que atenderle, pero procurando mantener un contacto breve y monótono sin encender la luz ni sacarle de la cama.

Puede seguir durmiendo una siesta después de comer.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Probablemente ya ande y corra. Va teniendo autonomía pero no es consciente del peligro. Hay que extremar las precauciones tanto en casa como en la calle. No le dejéis nunca solo en casa ni en el coche.

Tened especial cuidado en la cocina, en la bañera, con los enchufes, con las quemaduras y con las caídas (pueden utilizar sillas y muebles para trepar hasta las ventanas).

No le deis nunca alimentos de pequeño tamaño: frutos secos, aceitunas, pasas, uvas, chicles, etc., con los que se pueda atragantar.

Guardad de forma segura fármacos y sustancias tóxicas.

- No le dejéis jugar con bolsas de plástico, globos o cuerdas.

Os recordamos que **el uso de sillas de seguridad en el automóvil es obligatorio**. Las del grupo 0+ sirven para niños de hasta 13 kg de peso, van en sentido contrario a la marcha y en los asientos traseros. Las del grupo 1, para niños de 9 a 18 kg, son sillas con arnés (que debe quedar bien ajustado) y van en el sentido de la marcha.

Evitad la exposición al sol en las horas centrales del día, usad gorra, camiseta y protección solar (cremas de alto factor de protección resistentes al agua).

Teléfono del INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA 91 562 04 20.

HIGIENE

Continuad con el baño diario.

Comenzad a cepillar sus dientes, al principio con agua y sin pasta dentífrica.

Si usa aún chupete, ir retirándolo.

Se puede iniciar la **educación del control de esfínteres** si creéis que tiene la suficiente preparación. La mayoría aprenden entre los 2 y los 3 años. Comenzad por enseñar las palabras caca, pis, orinal; adiestrar en bajarse y subirse la ropa, quitarse el pañal y habituarles al orinal o al inodoro.

Antes de comenzar la retirada del pañal, conviene que tenga adquiridas las siguientes habilidades:

- Orina bastante cantidad de una vez.
- Permanece seco durante periodos prolongados (3-4 horas).
- Se da cuenta de sus necesidades.
- Se baja y se sube la ropa y se retira el pañal.
- Anda sin dificultad.
- Aguanta sentado y quieto durante al menos 5 minutos.
- Obedece instrucciones.

Reforzad sus logros y no os enfadéis si no lo consigue. Si ofrece resistencia repetida, posponed el aprendizaje unos meses.

RECORDAD

El tabaco es la primera causa evitable de infecciones respiratorias, asma y otitis en los niños. Intentad evitarlo.

Continuad dándole flúor si el pediatra lo ha prescrito.



GUÍA DE LOS 2 AÑOS

ALIMENTACIÓN

La **alimentación debe ser completa y variada**, igual a la del resto de la familia. Es aconsejable que la dieta diaria incluya los siguientes grupos de alimentos:

- Leche entera y derivados. Debe tomar al menos 500 cc. (leche, yogur, queso y otros lácteos).
- Cereales (pan, pasta, arroz, galletas sencillas...), legumbres y patatas. Se deben consumir varias veces al día.
Para desayunar es saludable tomar cereales sin añadidos de chocolate o miel, pan, tostadas o galletas sencillas.
Los productos de bollería y los panes de molde suelen tener grasas añadidas, que no contiene el pan.
- Verduras, ensaladas (como ingrediente de los primeros platos o acompañamiento de los segundos) y frutas. Se deben ingerir 5 raciones al día.
- Carnes, pescados y huevos. Debemos tomar al menos alguno de estos tres alimentos todos los días.
- Grasas (de cocción y aliños): preferiblemente aceite de oliva.

La responsabilidad de elegir menú y comprar los alimentos os corresponde a vosotros. Dadle a elegir entre dos o tres alimentos que ya estén previstos, pero siempre dentro de las opciones más saludables. Si come en la guardería, debéis conocer los menús con el fin de completar y equilibrar la dieta en casa.

Evitad las bebidas refrescantes azucaradas (con extracto de cola, sabor limón o naranja, etc.). La bebida ideal es el agua.

En ocasiones, se sustituye la fruta natural por zumos comerciales envasados o por productos lácteos. La fruta contiene azúcares naturales, fibra, minerales y vitaminas. Los zumos envasados suelen carecer de fibra, alguna de las vitaminas de la fruta y tienen demasiadas calorías por los azúcares añadidos. Es recomendable comer fruta natural. Si le dais zumos industriales hacedlo sólo ocasionalmente.

Evitad que consuma demasiados dulces y golosinas. También conviene no excederse en el consumo de sal y de alimentos picantes y que la sal que se consuma sea yodada.

Es preferible ofrecer alimentos de consistencia dura, que favorecen la masticación y fortalecen los dientes y reducir los alimentos demasiado blandos.

- No es recomendable comer con la televisión encendida. Tampoco debéis forzar a los niños a comer más. Es mejor comer en familia, respetar su apetito, mantener horarios regulares y no ofrecerle alimentos entre horas.

ACTIVIDAD FÍSICA

Salir a diario a pasear y fomentar el juego activo y las tareas cotidianas que impliquen movimiento corporal.

Fomentad que los niños caminen y procurad limitar el uso de la silla de paseo.

El tiempo dedicado a ver la televisión debe ser limitado y supervisado. La televisión no debe sustituir al juego, a la lectura y a otras formas de ocio.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Para un adecuado desarrollo es importante el cariño y el juego.

Bajo supervisión permitid que trepe, salte, suba y baje escaleras. Ofreced juguetes con piezas grandes. Utilizad materiales adecuados para dibujar. Dadle la posibilidad de que disfrute de la música y procurad leerle cuentos a diario.

Estimuladle para que aumente su autonomía. Dejad que coma solo y que colabore en vestirse, lavarse los dientes....

Habladle de forma clara, con términos sencillos.

Es aconsejable marcar límites y establecer reglas de forma clara. Las normas deben ser firmes y no contradictorias y es bueno explicarlas. No debéis olvidaros de elogiar la buena conducta.

A los 2 años muchos niños aún tienen rabietas. El objetivo principal de la mayoría de las rabietas es llamar la atención. Por ello, la forma más rápida de evitar esta conducta es ignorarla. Así aprenderá la ineficacia de dicha conducta y la utilizará con menor frecuencia.

Si acude por primera vez al colegio, puede resistirse a separarse de vosotros. Debéis infundirle confianza. Normalmente, este problema desaparece en poco tiempo. Si no se produce esta adaptación, debéis consultarnos.

Sueño. La hora de acostarse debe ser siempre la misma (entre las 8 y las 10 de la noche). Conviene que el momento de irse a la cama sea tranquilo; debe dormirse en su habitación sin estímulos a su alrededor.

Pueden aparecer pesadillas que debéis atender, aportando seguridad y tranquilidad.



PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Conforme va creciendo y adquiriendo habilidades en el desarrollo psicomotor va enfrentándose a nuevos riesgos de accidentes que conviene prevenir. **Los niños de 2 años no son conscientes del peligro.** Debéis evitar que se queden solos.

Desde los 2 a los 7 años debéis tener especial cuidado en los siguientes aspectos:

- **Seguridad en el automóvil y educación vial.** Es obligatoria la utilización de sillas homologadas del grupo 1, colocada en el asiento trasero y orientada en el sentido de la marcha. Se recomienda, la utilización de casco para montar en bicicleta, patines y monopatín.
- **Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.** Se deben guardar los productos de limpieza, cosméticos y medicamentos en un lugar seguro, dentro de armarios altos, nunca mezclados con alimentos y, si es posible, cerrados con llave. Los productos tóxicos y peligrosos (productos de limpieza, gasolina, venenos, pinturas, etc.) nunca se deben guardar en envases de alimentos o bebidas. No se deben administrar medicamentos como si fueran golosinas, ni tomar medicamentos delante de los niños.
- En caso de ingestión o inhalación de un producto tóxico recomendamos ponerse en contacto, lo antes posible, con el **INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA (91-5620420)** o con **EMERGENCIAS MÉDICAS (061)**.
- **Seguridad en el hogar.** En la cocina debéis evitar que los niños jueguen mientras se está cocinando. Utilizad los fuegos interiores y evitad que sobresalgan los mangos de los utensilios. Hay que evitar que se acerque al horno encendido y extremar el cuidado con los líquidos calientes. No dejéis la plancha ni estufas eléctricas a su alcance. Utilizad sistemas de protección de enchufes e impedid que se acerquen a máquinas en funcionamiento, herramientas, aparatos eléctricos, cortacéspedes, etc. También debéis guardar bien los cuchillos, las tijeras, las cuchillas de afeitado, las pilas de botón, las cerillas y los encendedores y evitar que se acerquen y manipulen las llaves de gas. Para prevenir las caídas hay que ayudarles cuando suban o bajen escaleras, evitar que tengan a su alcance sillas o utensilios con los que puedan trepar a lugares altos y proteger ventanas y escaleras.
- **Seguridad en las piscinas y en la bañera.** Los niños pequeños se pueden ahogar en cantidades muy pequeñas de agua. Por este motivo, no debéis dejar al niño solo en la bañera. Se recomienda cercar o cubrir las piscinas particulares y enseñarles a nadar lo antes posible. Debéis vigilarlos en los parques, piscinas y lugares públicos. Además, se deben desenchufar los electrodomésticos del baño mientras se bañan.

- **Prevención de la aspiración de un cuerpo extraño.** Debéis evitar que coman alimentos que se pueden aspirar como caramelos, aceitunas, frutos secos y frutas con pepitas.
- **Protección frente a la radiación solar.** La exposición solar debe ser progresiva. Es conveniente utilizar gorra, camiseta y protección solar.

HIGIENE

Es importante el lavado frecuente de las manos, muy especialmente antes de las comidas. Se recomienda seguir con el baño diario.

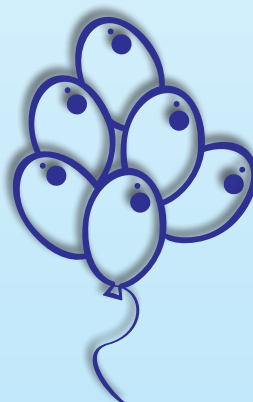
Podéis comenzar a retraer suavemente la piel del prepucio, siempre sin forzar.

Si continúa con biberón o chupete, debéis retirarlo.

Si no habéis iniciado el cepillado dental hacedlo ahora. Al principio debe ser realizado por los padres, con agua y sin pasta dentífrica hasta que veáis que no se la traga. Continuar dando flúor si el pediatra lo ha recomendado.

Debéis iniciar la educación para el control de esfínteres tal como explicamos en el control de los 18 meses. Se puede retirar el pañal diurno, manteniendo el de la noche y el de las siestas, salvo que salga seco.

Si fumáis os recomendamos que dejéis de fumar. Si no es posible, evitad la exposición de vuestro hijo al humo del tabaco.





GUÍA DE LOS 3 y 4 AÑOS

ALIMENTACIÓN

La alimentación de la familia es el elemento fundamental en la adquisición de los hábitos alimenticios del niño. Debéis darle ejemplo y enseñarle a comer de una manera sana.

Procurad que las comidas sean en familia y que coma sin ayuda. No se debe comer con la televisión encendida.

Los horarios de las comidas deben ser regulares. Debéis evitar que coma entre horas.

Los alimentos no deben estar sistemáticamente triturados.

La dieta debe incluir todos los grupos de alimentos:

- Leche y derivados (yogur, queso...) unos 500 ml al día.
- Cereales (pan, arroz, pasta, galletas...), legumbres y patatas.
- Frutas y verduras.
- Carne, huevos y pescado.
- Grasas (aceite de oliva...).

Dadle la importancia que merece al desayuno. Un ejemplo de desayuno completo incluye:

- Lácteo: leche, yogur, queso, cuajada.
- Cereal: pan, cereales, galletas.
- Fruta: entera o en zumo.
- Aceite o mantequilla.

Es importante no abusar de la bollería, reduciendo su consumo a, como máximo, una vez por semana.

La responsabilidad de elegir menú y comprar los alimentos os corresponde a vosotros. Se puede ofrecer la posibilidad de que elija entre dos o tres alimentos que ya estén previstos, respetando sus gustos, pero siempre dentro de las opciones más saludables. Si come en el colegio, debéis conocer el menú con el fin de completar y equilibrar la dieta con las comidas en casa.

Evitad las bebidas refrescantes azucaradas (con extracto de cola, sabor limón o naranja, etc.). La bebida ideal es el agua.

Se debe comer fruta a diario y no sustituirla por lácteos o zumos industriales.

- Evitad que consuman demasiados dulces y golosinas, el exceso de sal, los alimentos picantes y la comida precocinada.

ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es muy beneficiosa para la salud.

Conviene pasear todos los días. Si es posible ir caminando al colegio. A esta edad ya no debe utilizarse la silla de paseo.

Fomentad el juego activo y las tareas cotidianas que impliquen movimiento corporal.

El tiempo dedicado a la televisión debe ser limitado. Además, debéis supervisar los programas que ve.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Debéis mostrarle vuestro afecto.

Los elogios son un buen refuerzo del buen comportamiento. No los escatiméis.

Es importante marcar límites y establecer reglas claras, firmes y no contradictorias.

Puede continuar teniendo algunas rabietas. El objetivo principal de la mayoría de ellas es llamar la atención. Por ello, la forma más rápida de evitarlas es ignorarla. Así aprenderá la ineficacia de dicha conducta y la utilizará con menor frecuencia.

Puede aparecer la tartamudez transitoria, en ocasiones coincidiendo con la escolarización. Hay que dejar que se exprese, no burlarse ni acabar sus frases.

Si acude por primera vez al colegio, puede resistirse a separarse de vosotros. Debéis infundirle confianza. Normalmente, este problema desaparece en poco tiempo. Si no se produce esta adaptación, debéis consultarnos.

Sueño. A esta edad son frecuentes las pesadillas y los terrores nocturnos. Cuando se produzcan, hay que tranquilizarle y darle seguridad. Algunos niños necesitan una luz tenue para dormir.

Es importante que se acueste a una hora fija. También ayudan los rituales.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

A estas edades necesitan aún control continuo, incluso cuando juegan.

Recordad los consejos para la prevención de accidentes del control de dos años, pues no hay ningún cambio a este respecto:

Desde los 2 a los 7 años debéis tener especial cuidado en los siguientes aspectos:



- **Seguridad en el automóvil y educación vial.** Es obligatoria la utilización de sillas homologadas del grupo 1, colocada en el asiento trasero y orientada en el sentido de la marcha. Se recomienda la utilización de casco para montar en bicicleta, patines y monopatín.
- **Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.** Se deben guardar los productos de limpieza, cosméticos y medicamentos en un lugar seguro, dentro de armarios altos, nunca mezclados con alimentos y, si es posible, cerrados con llave. Los productos tóxicos y peligrosos (productos de limpieza, gasolina, venenos, pinturas, etc.) nunca se deben guardar en envases de alimentos o bebidas. No se deben administrar medicamentos como si fueran golosinas, ni tomar medicamentos delante de los niños.
En caso de ingestión o inhalación de un producto tóxico recomendamos ponerse en contacto, lo antes posible, con el **INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA (91-5620420)** o con **EMERGENCIAS MÉDICAS (061)**.
- **Seguridad en el hogar.** En la cocina debéis evitar que los niños jueguen mientras se está cocinando. Utilizad los fuegos interiores y evitad que sobresalgan los mangos de los utensilios. Hay que evitar que se acerque al horno encendido y extremar el cuidado con los líquidos calientes. No dejéis la plancha ni estufas eléctricas a su alcance. Utilizad sistemas de protección de enchufes e impedid que se acerquen a máquinas en funcionamiento, herramientas, aparatos eléctricos, cortacéspedes, etc. También debéis guardar bien los cuchillos, las tijeras, las cuchillas de afeitar, las pilas de botón, las cerillas y los encendedores y evitar que se acerquen y manipulen las llaves de gas. Para prevenir las caídas hay que ayudarles cuando suban o bajen escaleras, evitar que tengan a su alcance sillas o utensilios con los que puedan trepar a lugares altos y proteger ventanas y escaleras.
- **Seguridad en la bañera y en las piscinas.** Los niños pequeños se pueden ahogar en cantidades muy pequeñas de agua. Por este motivo, no debéis dejar al niño solo en la bañera; además, se deben desenchufar los aparatos eléctricos del baño mientras se bañan. Se recomienda cercar o cubrir las piscinas particulares y enseñarles a nadar lo antes posible. Debéis vigilarlos en los parques, piscinas y lugares públicos.
- **Prevención de la aspiración de un cuerpo extraño.** Debéis evitar que coman alimentos que se pueden aspirar como caramelos, aceitunas, frutos secos y frutas con pepitas.
- **Protección frente a la radiación solar.** La exposición solar debe ser progresiva. Es conveniente utilizar gorra, camiseta y protección solar.

HIGIENE

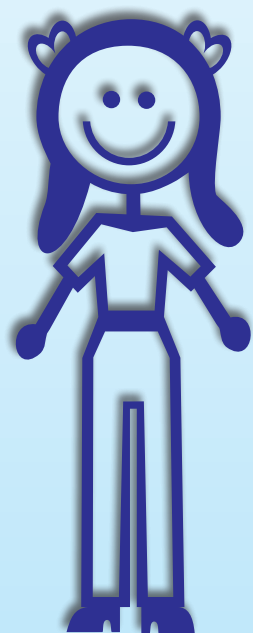
Debéis insistir en el lavado frecuente de manos y muy especialmente antes de las comidas. Se recomienda seguir bañando al niño diariamente.

Continuad retrayendo suavemente la piel del prepucio, siempre sin forzar.

Debe comenzar a vestirse de forma autónoma.

Es recomendable el cepillado dental después de las comidas y muy especialmente después de la cena utilizando pasta adaptada a su edad. Continuad con la administración de flúor si os ha sido prescrito.

Si fumáis, os recomendamos que dejéis de fumar. Si no es posible, evitad la exposición de vuestro hijo al humo del tabaco.





GUÍA DE LOS 6 AÑOS

ALIMENTACIÓN

La alimentación de la familia es el elemento fundamental en la adquisición de los hábitos alimenticios infantiles. Debéis darle ejemplo y enseñarle a comer de una manera sana.

Procurad comer en familia, sin la televisión encendida y que coma sólo con cubiertos y sin ayuda.

No le forcéis a comer y dedicad un tiempo razonable.

Es importante realizar 5 comidas al día: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.

En el desayuno debe tomar algún producto lácteo (leche o yogurt), cereales y fruta.

En la comida o en la cena, debe tomar una ración de carne, pescado o huevo.

En la merienda y almuerzo dadle lácteos, fruta o bocadillo (queso, jamón, lomo, pavo etc.), sin abusar de los embutidos. Tampoco debéis abusar del chocolate y de la bollería industrial.

Procurad que todos los días tome frutas, verduras y hortalizas (5 raciones al día) y medio litro de leche o derivados. No reemplaces las frutas por zumos industriales o bebidas azucaradas.

La mejor bebida es el agua. **Quítale la sed con agua.**

No conviene abusar de la sal y que ésta sea yodada. **Dejad la sal en el salero.**

No debéis utilizar los alimentos y las chucherías como premios.

Evitad el picoteo y las golosinas entre horas.

Si come en el comedor escolar, debéis conocer los menús para complementarlos y no repetirlos en la cena.

ACTIVIDAD FÍSICA Y OCIO

La actividad física es esencial para el mantenimiento y mejora de la salud y para la prevención de enfermedades.

Se deben realizar al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa. Esto incluye el juego (saltar a la comba, jugar al escondite, al pañuelo...), que es la actividad física más común de los niños, el ejercicio físico al aire libre (pasear, correr, patinar, montar en bicicleta...) y el deporte reglado (futbol, baloncesto, atletismo, natación, baile, gimnasia...).

- Los entretenimientos *sedentarios* no deben sobrepasar dos horas al día. No permitáis que abuse de la televisión, videojuegos, consolas, etc. **El televisor nunca debe estar en su habitación.** Tenéis que controlar que ve programas adecuados para su edad. La televisión y los videojuegos nunca deben quitarle horas de sueño.

Fomentad la lectura. Para ello, procurad leer todos los días un rato en su compañía y que os lea en voz alta.

Contribuid a desarrollar diferentes formas de expresión artística (pintura, música, teatro, baile).

Evitad la sobrecarga de actividades extraescolares.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Mantened una relación cercana y cariñosa con vuestro hijo.

Interesaos por las cosas del colegio y por sus preocupaciones.

Es importante que tome sus propias decisiones, aunque se equivoque. Esto contribuirá a desarrollar su personalidad. Mostradle vuestra satisfacción cuando intente hacer las cosas bien aunque no lo consiga. El mejor premio es mostrarle vuestro cariño y dedicarle tiempo. No le premiéis siempre con cosas materiales. Cuando se equivoque, debe asumir las consecuencias de sus actos.

Enseñadle a controlar sus sentimientos negativos de manera apropiada, a relacionarse con los niños de su edad y a que resuelva de forma autónoma los pequeños problemas que surjan.

Las normas fundamentales de disciplina deben ser claras y debéis exigir que se cumplan.

Enseñadle a decir no y a manejar situaciones incómodas, incluso con personas conocidas.

Sueño. Es importante que duerma un número suficiente de horas (10-12 horas) y que tenga un horario fijo para acostarse.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

En el automóvil es obligatorio que vaya en el asiento trasero, siempre con cinturón de seguridad y con asientos o cojines elevadores homologados. Grupo 2 de 15 hasta 25 Kg y grupo 3 de 22 hasta 36 Kg.

Además, hay que enseñarle a respetar los semáforos y pasos de cebra, a caminar por la parte interna de la acera y a no jugar en la calzada.



Acostumbradle a utilizar protecciones (casco, coderas, rodilleras) cuando monte en bicicleta, o utilice patines, monopatín, etc.

Si aún no sabe nadar, debe aprender. Aunque sepa, es necesario mantener la vigilancia en la piscina y en la playa.

No descuidéis la protección solar. A esta edad los niños deben seguir usando cremas solares de alto factor de protección resistentes al agua, gafas de sol, gorra y camiseta en la playa. Se debe limitar la exposición al sol durante las horas centrales del día.

Enseñadle a utilizar correctamente algunas herramientas peligrosas: tijeras, cuchillos, etc.

Evitad que jueguen con cerillas, mecheros, petardos, productos inflamables...

HIGIENE

Debéis enseñarle hábitos saludables a través del ejemplo y fomentar la autonomía.

La ducha o baño diario sigue siendo aconsejable. Debe lavarse las manos antes de las comidas y después de ir al baño.

Aseguraos de que se cepilla los dientes correctamente después de cada comida. Es particularmente importante el cepillado después de la cena. Debéis pedir **cita con el dentista** para iniciar las revisiones periódicas.

No debéis fumar en su presencia, para evitar conductas inadecuadas que puedan ser imitadas y prevenir patologías respiratorias y otitis.

Si tu hijo se orina en la cama, consúltanos.

GUÍA DE LOS 9 AÑOS

ALIMENTACIÓN

La alimentación de la familia es el elemento fundamental en la adquisición de los hábitos alimenticios infantiles.

Debéis dar ejemplo y enseñarle a comer de una manera sana.

A esta edad está creciendo muy rápido y debe comer los alimentos necesarios para que su desarrollo sea el adecuado: leche, fruta, verdura, pasta, arroz, legumbres, carne, pescado, huevos.

Es importante que realice 5 comidas al día: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.

Debe tomar un buen desayuno; la mañana es larga y tiene muchas actividades. Debe incluir:

- Lácteos: leche, queso, yogur o cuajada..
- Cereales: pan, cereales, galletas.
- Frutas: entera o en zumo.
- Aceite o mantequilla.

En el almuerzo y merienda puede tomar algún producto lácteo, fruta o bocadillo (pan normal con queso, jamón o lomo, sin abusar de los embutidos).

En la comida o en la cena, debe tomar una ración de carne, pescado o huevo.

No debe picotear entre horas y menos después de la merienda, puesto que el día se está acabando y no necesita tanta energía a esas horas.

No es bueno abusar de bollería industrial, comida basura, comida rápida, chocolates, golosinas, etc., ya que producen caries y favorecen la obesidad.

La mejor bebida es el agua. No se debe remplazar el agua ni la fruta por bebidas azucaradas o zumos industriales.

ACTIVIDAD FÍSICA Y OCIO

La actividad física mejora el rendimiento escolar, la relación con la familia y los amigos y la salud.

Se recomienda actividad física moderada al menos una hora al día (parque, bici, pasear a la mascota, etc.) y actividades deportivas regladas (natación, judo, fútbol, baloncesto, atletismo, ciclismo, baile, patinaje, etc.) 2-3 veces a la semana.

Es recomendable que realicéis ejercicio en familia.



Los entretenimientos *sedentarios* no deben sobrepasar 2 horas al día. No permitáis que abuse de la televisión, videojuegos, consolas, etc. El televisor nunca debe estar en su habitación. Tenéis que controlar que ve programas adecuados para su edad. La televisión y los videojuegos no deben quitarle horas de sueño.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Debéis mantener una adecuada comunicación y relación con vuestro hijo (escuchar y respetar sus ideas, conocer a sus amigos, acompañarlos en el aprendizaje escolar etc.).

Fomentad la lectura.

Las normas de disciplina deben ser claras y debéis exigir que se cumplan.

Promoved la autonomía y la responsabilidad y fomentad la autoestima y la participación social.

Debéis informar, de los cambios que se van a producir en su cuerpo debido a la aparición de los caracteres sexuales secundarios y de la futura aparición de la regla en las niñas.

Responded de manera sencilla y sincera a las preguntas sobre sexualidad.

Habladle de los peligros del consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Enseñadle a decir “no” y a manejar situaciones incómodas, incluso con personas conocidas.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

En el automóvil es obligatorio que vaya en el asiento trasero, siempre con cinturón de seguridad y con alza o cojín elevador homologados (grupo 3) hasta que cumpla los 12 años o mida más de 135 cm; aunque es recomendable que utilicen los dispositivos de seguridad homologados hasta que midan 150cm.

Debe aprender a respetar las normas viales (semáforos, pasos de peatones).

Enseñadle a practicar juegos y deportes con seguridad (usando casco en bicicleta, monopatín, patines, etc.).

No le dejéis jugar con productos tóxicos, líquidos inflamables, petardos, mecheros, etc.

Estad alerta cuando maneje objetos cortantes y herramientas que puedan resultar peligrosas.

Mantened la vigilancia en playas y piscinas aunque sepa nadar y no dejéis que se zambulla de cabeza en el agua sin haber comprobado antes la profundidad para evitar el riesgo de una lesión medular.

- Continuar con la protección solar: cremas solares de alto factor de protección resistentes al agua, gafas, gorras y evitar el sol durante las horas centrales del día.

HIGIENE

La ducha o baño diario sigue siendo aconsejable. Debe lavarse las manos antes de las comidas y después de ir al baño.

Debéis continuar con las revisiones en el dentista. Aseguraos, de que se cepilla correctamente los dientes después de cada comida con pasta fluorada.

Deben dormir entre 9 y 12 horas al día.

Si fumáis, os recomendamos que dejéis de fumar. Si no es posible, evitad la exposición de vuestro hijo al humo del tabaco. Evitad los malos ejemplos.





GUÍA DE LOS 12 AÑOS

Estas cambiando. Creces deprisa y la forma de tu cuerpo cambia. Tus pensamientos y tus sentimientos se están transformando. A veces puede resultarte difícil entender lo que pasa. Recuerda que siempre hay alguien cerca de ti que te quiere, confía en ti y te echará una mano si lo necesitas.

Puedes consultar con nosotros siempre que lo desees.

ALIMENTACIÓN

Planifica tu alimentación tomando diariamente 5 comidas al día que incluyan alimentos de todos los grupos:

- Hidratos de carbono: legumbres, cereales y patatas.
- Proteínas: lácteos, carne, pescado y huevo.
- Vitaminas y minerales: frutas y verduras; cinco raciones al día.
- Fibra alimentaria.
- Grasas: aceite de oliva.

Es importante que tomes un buen desayuno, la mañana es larga y tienes muchas actividades que realizar. Debes incluir:

- Lácteos: leche, queso, yogur o cuajada.
- Cereales: pan, cereales o galletas.
- Fruta entera o en zumo natural.
- Aceite de oliva o mantequilla.

No abuses de bollería industrial, golosinas, helados, galletas, aperitivos dulces y salados, ya que contienen grasas trans que son aceites vegetales modificados por la industria (“hidrogenadas”) para cambiar sus características físicas y aumentar la vida útil del producto. El consumo continuado de grasas trans aumenta el nivel de colesterol “malo” (LDL) y disminuye el colesterol “bueno” (HDL). Está demostrado que el colesterol elevado aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

No picotees entre comidas y menos después de la merienda, puesto que el día acaba y no necesitas tanta energía a esas horas.

La mejor bebida es el agua. Los zumos industriales y las bebidas azucaradas debes consumirlas ocasionalmente, producen caries y obesidad.

Para no engordar, no debes nunca dejar de comer, puedes poner en peligro tu crecimiento y tu salud.

- Disfruta de la comida, no pienses que es algo malo. No comas para calmar los nervios o cuando te aburres.

ACTIVIDAD FÍSICA Y OCIO

La actividad física tiene muchos efectos beneficiosos: previene la obesidad, mejora las condiciones físicas (fuerza, flexibilidad, resistencia, agilidad, etc.), contribuye a la mejora del rendimiento académico, facilita las relaciones sociales y previene enfermedades.

Se recomienda realizar actividad física al menos una hora al día (parque, bici, pasear a la mascota, etc.) y actividades deportivas (natación, judo, fútbol, baloncesto, atletismo, ciclismo, baile, patinaje, etc.) 2-3 veces a la semana.

La televisión no debe quitarte horas de sueño o estudio. No abuses de la consola y los videojuegos.

Procura leer.

Participa en actividades recreativas como actividades culturales, sociales, etc.

DESARROLLO Y CONDUCTA

Los amigos

Son una parte muy importante de la vida. Van a ser una fuente de afecto y ayuda. Tú los has elegido y compartes con ellos muchas cosas. A menudo tienes la impresión de que son los únicos que te comprenden y vas a sentir la necesidad de que te acepten, por eso tu forma de actuar se va a adaptar muchas veces a la de ellos.

Debes saber decir no, a las actitudes que no te parezcan correctas.

Salud afectivo-sexual

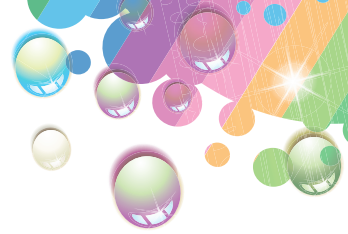
A tu edad, el cuerpo madura y se producen cambios generales, diferentes en el chico y la chica, que aparecen con rapidez y pueden producirte confusión. Cuando esto ocurre, es aconsejable que preguntes las dudas sobre la sexualidad que te puedan surgir.

Cuenta con tus padres, profesores o personal sanitario de tu Centro de Salud, ellos te orientarán y te darán la información que necesites.

Prevención de abuso sexual

Tienes derecho a decir “no” ante propuestas de cualquier persona ya sea conocida o extraña, para realizar actos que te parezcan impropios, inadecuados o incómodos.

Nadie tiene derecho a tocar ninguna parte de tu cuerpo sin tu consentimiento.



TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Tabaco

A corto plazo produce oscurecimiento de los dientes, mal aliento, deteriora el aspecto de la piel, del pelo y además disminuye el rendimiento deportivo y produce adicción.

A largo plazo produce enfermedades de corazón y pulmón y aumenta el riesgo de cáncer.

Alcohol y otras drogas

Afectan a los sentidos, se pierde la coordinación motora y la mente se vuelve confusa, aumentando mucho el riesgo de accidentes, conductas violentas y abusos sexuales. Puede que hagas y digas cosas inapropiadas de las que luego te avergüences y te arrepientas.

Hay que saber decir no al tabaco, alcohol y otras drogas.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Respetar las normas viales (semáforos, pasos de cebra, etc.) y utilizar siempre el cinturón de seguridad en el coche.

Usa casco protector al ir en bici, monopatín...

Evita la práctica incontrolada de deportes de alto riesgo.

Nunca te zambullas de cabeza sin saber la profundidad para evitar una lesión medular.

No juegues con productos tóxicos, líquidos inflamables, petardos, mecheros...

Cuando utilices herramientas, hazlo conociendo lo que manejas.

Evita la exposición al sol durante las horas centrales del día. Utiliza cremas protectoras solares y gafas.

Evita cualquier tipo de agresividad con otras personas.

HIGIENE

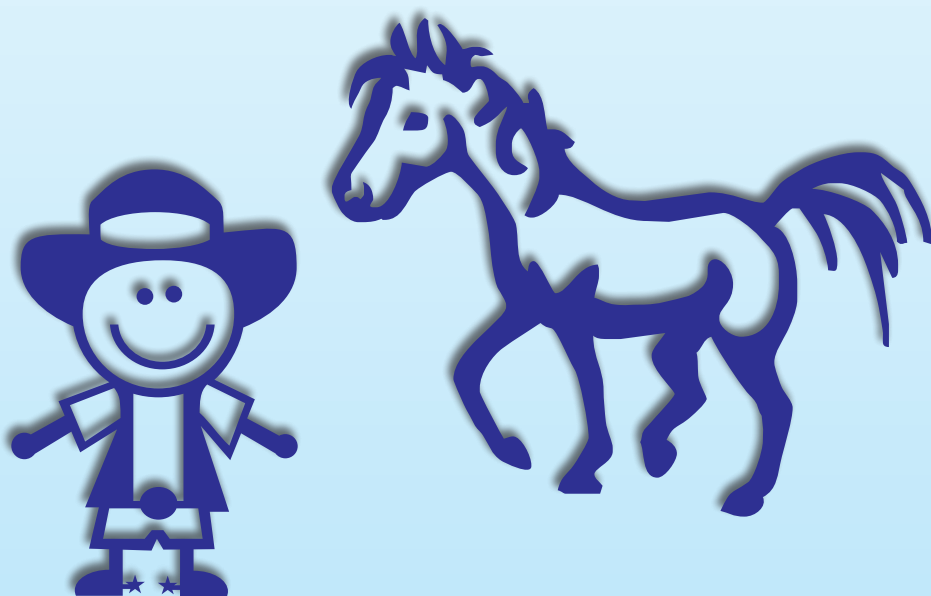
Dúchate todos los días, lávate las manos antes de comer y después de ir al baño.

Cepíllate los dientes después de cada comida y utiliza seda dental. Acude al dentista al menos una vez al año.

Te pueden aparecer granitos y espinillas (acné). Limpia la piel, no los toques, déjalos en contacto con el aire y si se ponen "feos" pide consejo a tu pediatra.

• Cuando tengas la regla cuida tu higiene, puedes bañarte. No uses desodorantes íntimos. Puedes usar tampones si lo deseas. La regla no debe modificar tu vida diaria. Los primeros ciclos suelen ser irregulares. Si tienes problemas consúltanos.

Duerme lo suficiente (aproximadamente 10 horas al día).





GUÍA DE LOS 14 AÑOS

ALIMENTACIÓN

Procura realizar cinco comidas al día (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena) y evita comer entre horas.

Una dieta variada que incluya alimentos de todos los grupos te asegura tanto el aporte de micronutrientes como de la energía que necesitas:

- Hidratos de carbono: legumbres, cereales y patatas.
- Proteínas: lácteos, carne, pescado, huevo.
- Grasas: aceite de oliva.
- Vitaminas y minerales: frutas y verduras.
- Fibra alimentaria.

El desayuno es muy importante puesto que la mayor parte de actividades que realizas son por la mañana. Debe incluir:

- Lácteos: leche, queso, yogur o cuajada.
- Cereales: pan, cereales o galletas.
- Frutas enteras o en zumo natural.
- Aceite de oliva o mantequilla.

Procura tomar alimentos naturales, evita los precocinados y la comida rápida. No abuses de bollería industrial, sal y azúcares.

La mejor bebida es el agua; evita bebidas que contengan cafeína, alcohol y azúcares.

Si necesitas hacer un ajuste en tu alimentación por sobrepeso, obesidad o delgadez excesiva consulta a tu médico para que te oriente; evita dietas que pueden poner en peligro tu salud.

Comer bien afecta positivamente a tu salud.

ACTIVIDAD FÍSICA Y OCIO

Hacer ejercicio y practicar deporte son formas de divertirte, hacer amigos y cuidar tu salud, (previene la obesidad y mejora las condiciones físicas).

Se recomiendan 60 minutos diarios de actividad física moderada, como subir escaleras, ir caminando al instituto, sacar a pasear a tu perro, etc. y varios días a la semana algún deporte como natación, tenis, atletismo o cualquier deporte de equipo.

- Disminuye el tiempo de actividades sedentarias como ver la televisión, hablar por teléfono, ordenador, tumbarse en el sofá, etc.

Procura leer.

TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Tabaco.

A corto plazo produce oscurecimiento de los dientes, mal aliento, deteriora el aspecto de la piel y del pelo y además disminuye el rendimiento deportivo y académico. Produce adicción.

A largo plazo, aumenta la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares como el infarto, pulmonares como bronquitis crónica y enfisema pulmonar (es irreversible), y aumenta el riesgo de padecer cáncer.

Si fumas intenta dejarlo, y si necesitas ayuda acude a tu pediatra.

Alcohol y otras drogas.

Afectan a los sentidos, se pierde coordinación motora y la mente se vuelve confusa. La euforia que producen hace que no midas bien los peligros, lo que aumenta mucho el riesgo de accidentes, conductas violentas, relaciones sexuales sin protección y abuso sexual.

Puede que hagas y digas cosas inapropiadas que luego te avergüencen y de las que te arrepientas.

El consumo de alcohol puede provocar impotencia en los varones y alteraciones menstruales en las mujeres.

Evita tomar sustancias y medicamentos cuyos efectos desconozcas.

RELACIONES DE PAREJA

En una relación sana de pareja ninguno de los dos manda sobre el otro y los dos se muestran cariño, apoyo y respeto.

Recordad que, a veces, los celos se confunden con el amor.

Si alguna vez sufrís alguno de estos problemas en la relación con vuestra pareja, contádselo a alguien (amigos, padres, profesores...).

Una adecuada educación sexual nos prepara para tener relaciones sexuales seguras y placenteras.

Tú eres quien debe decidir cuándo, cómo, dónde, con quién y a qué edad, comenzar a mantenerlas. Nunca debes permitir que decidan por ti.



Antes de empezar a tener relaciones sexuales debes tener conocimientos para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, cómo SIDA o hepatitis C (enfermedades muy graves para las cuales no existe vacuna).

Es fundamental el conocimiento de una anticoncepción eficaz, segura y reversible.

Si mantienes relaciones sexuales esporádicas no olvides utilizar el preservativo, si las vas a mantener habitualmente utiliza la doble protección (preservativos y anticoncepción hormonal).

En caso de rotura del preservativo existe la anticoncepción de urgencia.

Recuerda que, ante cualquier duda que te surja, o cualquier información adicional que desees, puedes acudir a consultarnos en el Centro de Salud, donde encontrarás a un profesional que te orientará y aclarará tus dudas, garantizándote la confidencialidad de los temas que allí tratéis.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

No bebas alcohol ni tomes estimulantes, aumenta el riesgo de accidentes. Utiliza siempre el cinturón de seguridad. Cumple las normas de circulación. Usa el casco protector al montar en bici, monopatín.

Evita la práctica incontrolada de deportes de alto riesgo.

Evita las peleas.

Si decides ponerte tatuajes o piercings, asegúrate de que lo haces en un lugar donde se cumplan todas las normas de seguridad e higiene necesarias para realizar estas técnicas de forma segura.

Evita la exposición al sol en las horas centrales del día, utiliza cremas y gafas protectoras solares.

En el mar y en la piscina nunca te tires de cabeza sin saber la profundidad, pues te expones a graves lesiones medulares.

HIGIENE

El arreglo personal incluye ducharse diariamente, lavarse el pelo y cepillarse los dientes después de cada comida, utilizando seda dental.

Si tienes acné, debes limpiarte bien la cara, no te toques los granos. Si te preocupa consulta con tu pediatra.

Cuando tengas la regla cuida tu higiene, puedes bañarte. No uses desodorantes íntimos. Puedes usar tampones si lo deseas. La regla no debe modificar tu vida diaria. Los primeros ciclos suelen ser irregulares. Si tienes problemas consúltanos.

Sigue siendo recomendable que duermas de ocho a diez horas al día.





10. ANEXOS TÉCNICOS

Anexo I. Signos de adecuada postura y agarre y de eficaz/ineficaz amamantamiento.

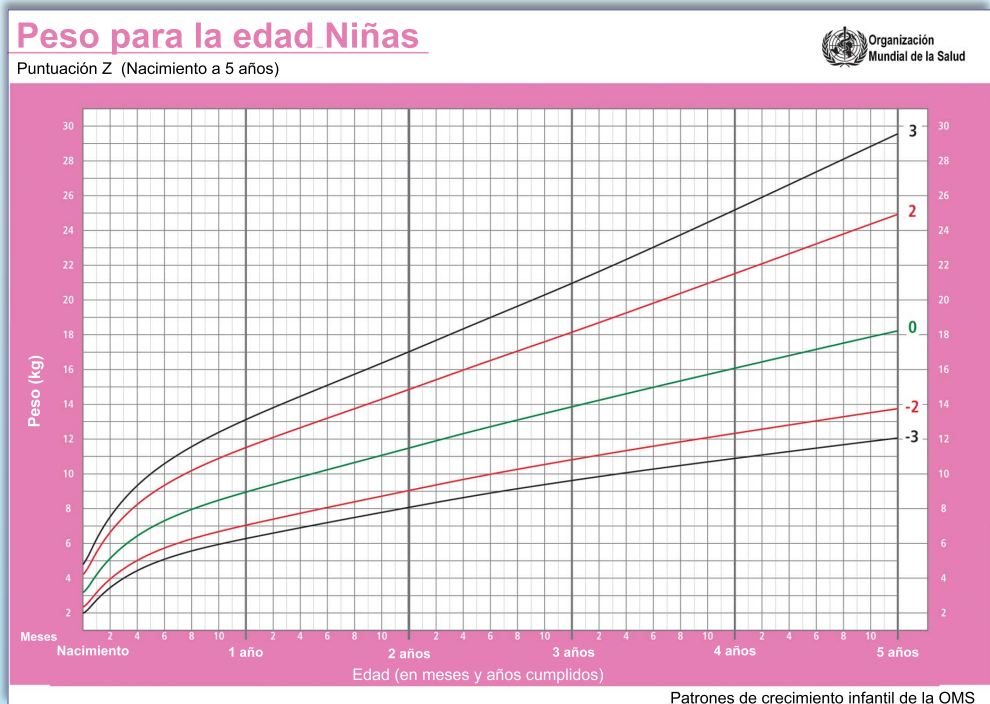
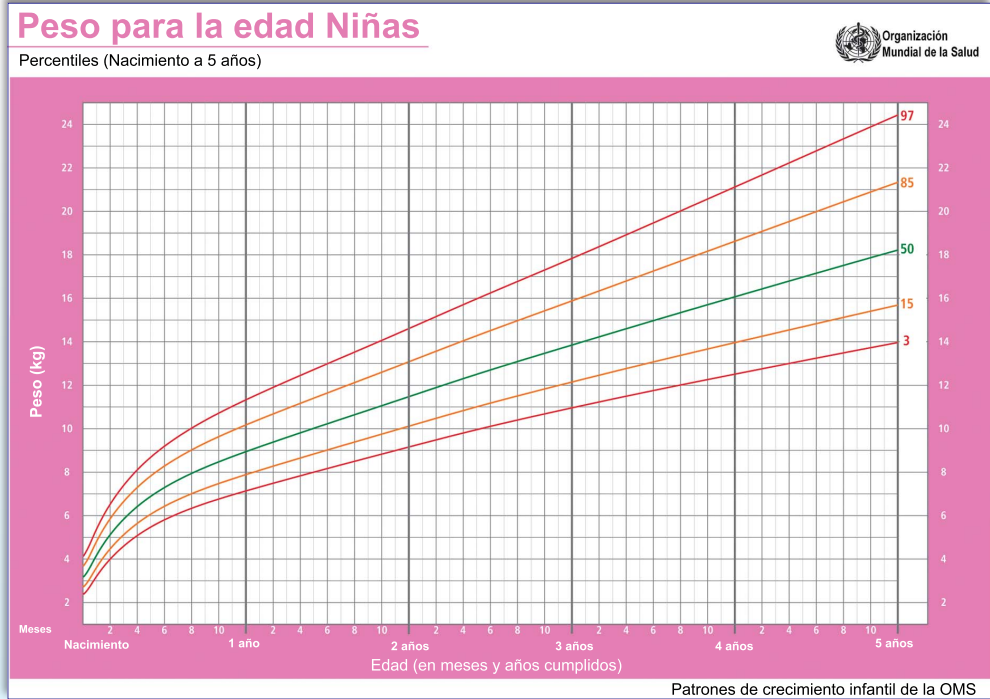
Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del hijo	
<input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Niño sostenido en estrecho contacto con la madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del niño alineados, frente al pecho <input type="checkbox"/> Barbilla del niño tocando el pecho <input type="checkbox"/> Cuerpo del niño completamente sostenido <input type="checkbox"/> Niño acercado al pecho nariz - pezón <input type="checkbox"/> Contacto visual entre la madre y el niño	<input type="checkbox"/> Hombros tensos, inclinados sobre el niño <input type="checkbox"/> Niño sostenido lejos del cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> La cabeza y el cuello del niño retorcidos para mamar <input type="checkbox"/> La barbilla del niño no toca el pecho <input type="checkbox"/> Sostenido solamente por cabeza y cuello <input type="checkbox"/> Niño acercado bajo, labio/barbilla - pezón <input type="checkbox"/> No hay contacto visual madre - hijo
Lactante	
<input type="checkbox"/> Boca del niño bien abierta <input type="checkbox"/> Labios superior e inferior evertidos <input type="checkbox"/> Lengua alrededor del pezón y la areola(*) <input type="checkbox"/> Mejillas llenas y redondas mientras mama <input type="checkbox"/> Más areola por encima del labio superior <input type="checkbox"/> Mamadas lentas y profundas, con pausas <input type="checkbox"/> Puede verse u oírse tragar	<input type="checkbox"/> Boca no bien abierta <input type="checkbox"/> Labios apretados o invertidos <input type="checkbox"/> No se observa la lengua(*) <input type="checkbox"/> Mejillas hundidas mientras mama <input type="checkbox"/> Más areola por debajo del labio inferior <input type="checkbox"/> Mamadas superficiales y rápidas <input type="checkbox"/> Ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
<input type="checkbox"/> Humedad alrededor de la boca del niño <input type="checkbox"/> El niño relaja progresivamente brazos y piernas <input type="checkbox"/> A medida que el niño mama el pecho se va ablandando <input type="checkbox"/> Sale leche del otro pecho <input type="checkbox"/> La madre nota signos del reflejo de eyección(**) <input type="checkbox"/> El niño suelta el pecho por sí mismo cuando acaba	<input type="checkbox"/> Niño intranquilo o exigente, coge y deja el pecho <input type="checkbox"/> La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón <input type="checkbox"/> El pecho está rojo, hinchado o dolorido <input type="checkbox"/> La madre no refiere signos del reflejo de eyección(**) <input type="checkbox"/> La madre ha de quitar al niño del pecho

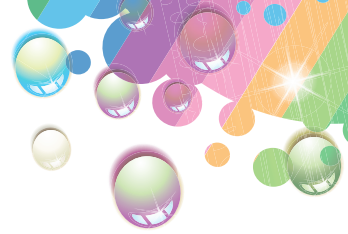
(*) Este signo puede no observarse durante la succión y solo ser visto durante la búsqueda y el agarre.

(**) La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuetos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

Comisión europea de Salud Pública/ OMS (2006)

Anexo II. Curvas de crecimiento: OMS (Nacimiento a 5 años).

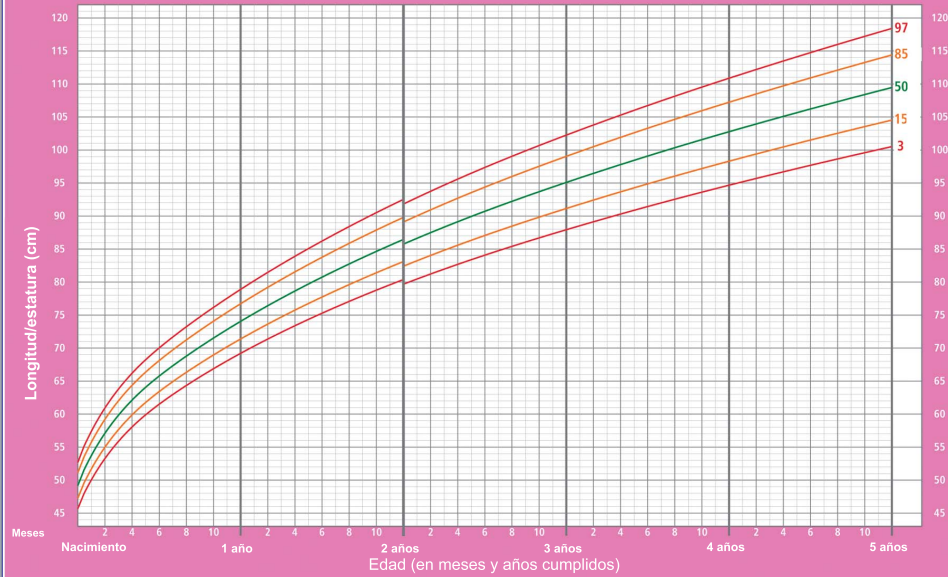




Longitud/estatura para la edad Niñas



Percentiles (Nacimiento a 5 años)

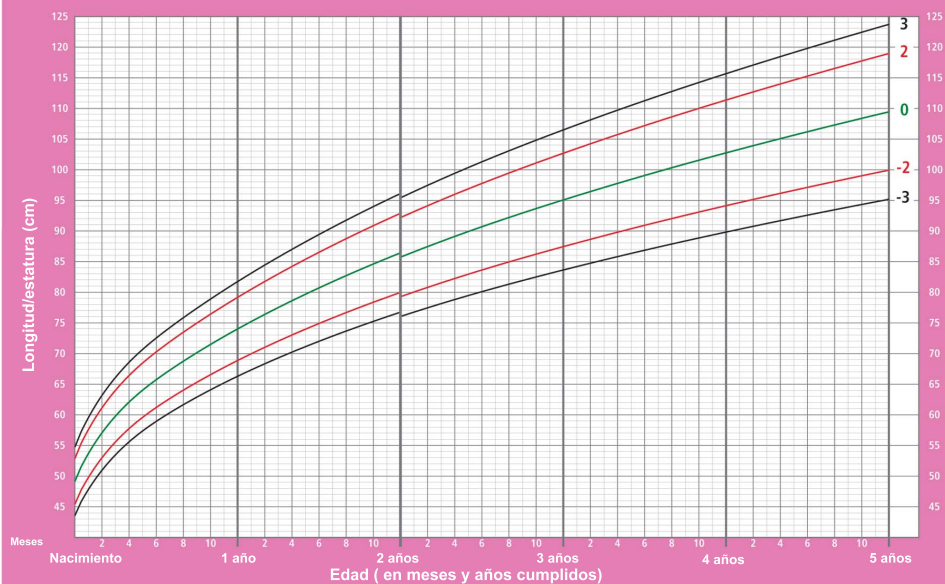


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

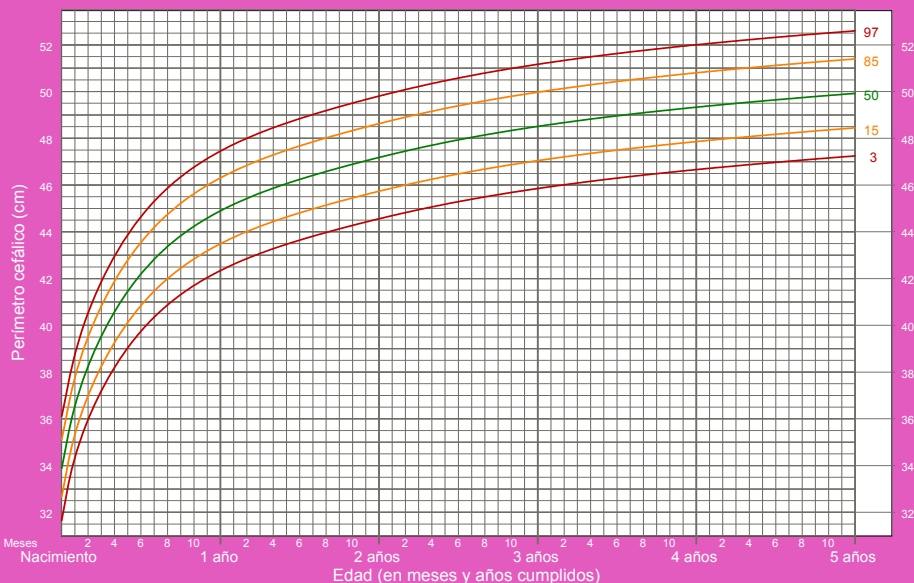


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niñas



Percentiles (Nacimiento a 5 años)

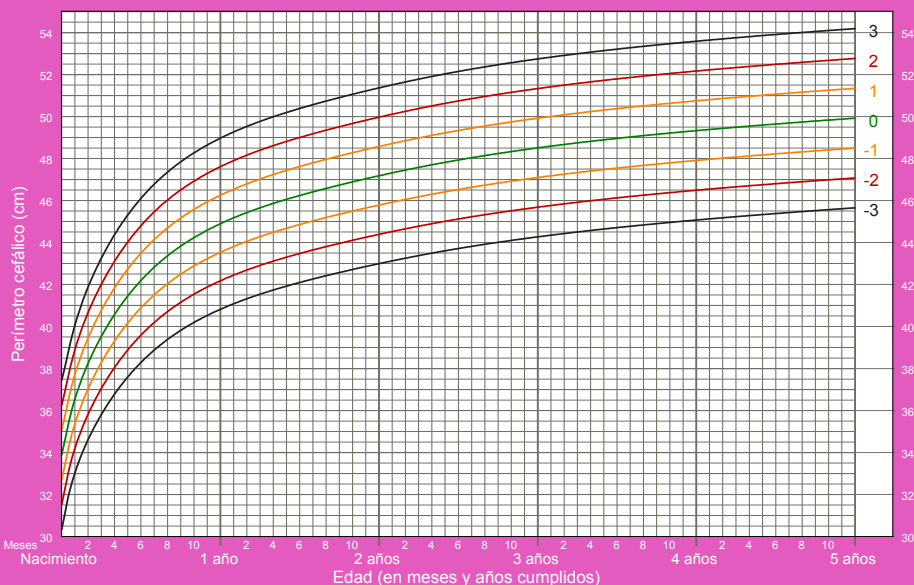


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



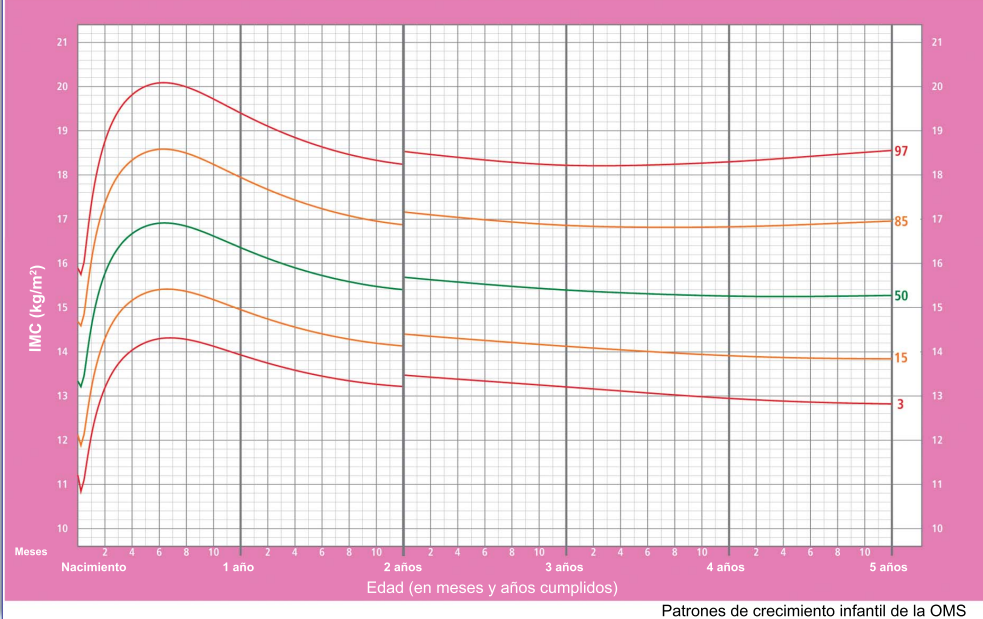
Patrones de crecimiento infantil de la OMS



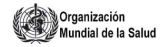
IMC para la edad Niñas



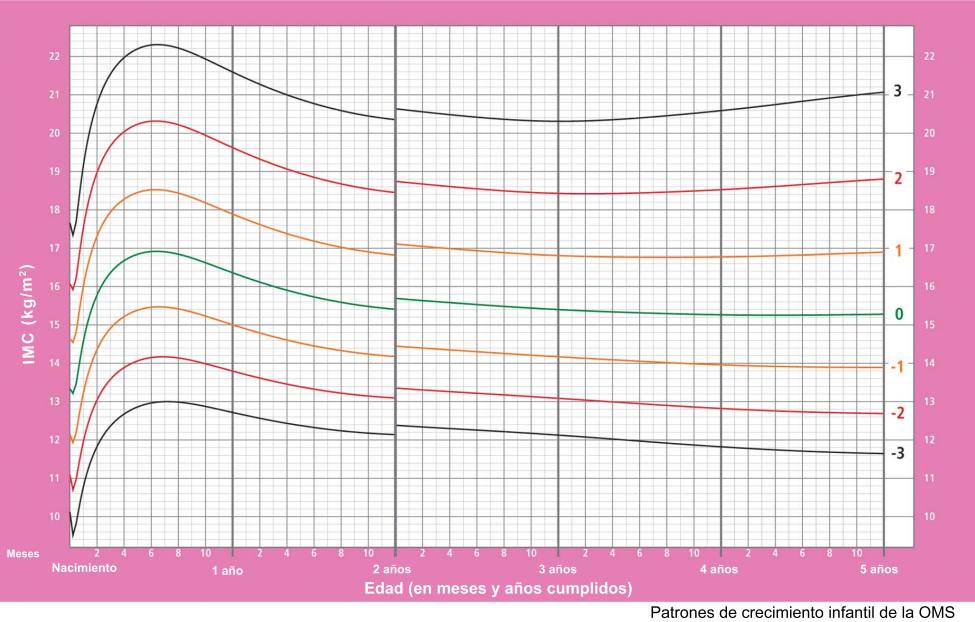
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



IMC para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Peso para la longitud Niñas

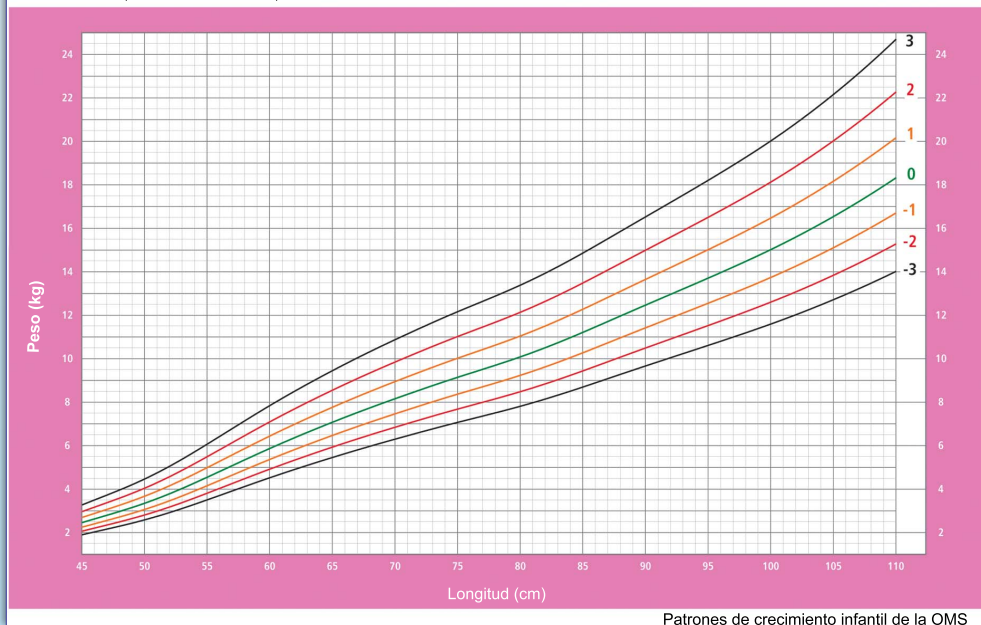
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Peso para la estatura Niñas



Percentiles (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niñas



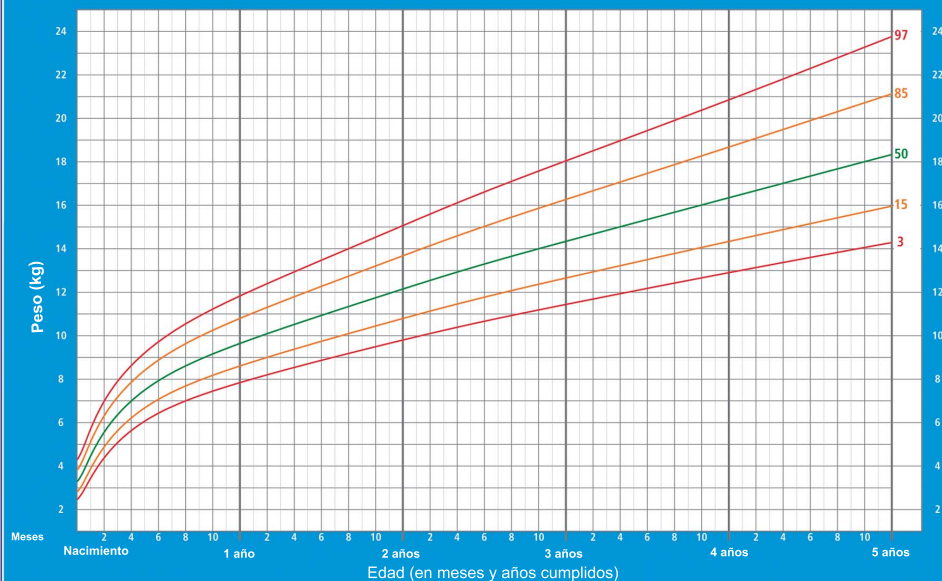
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

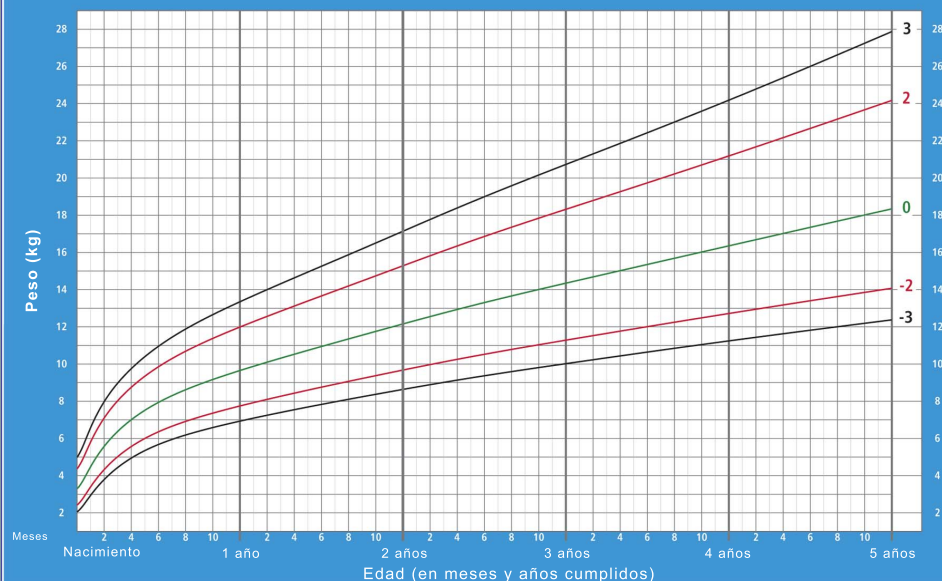
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

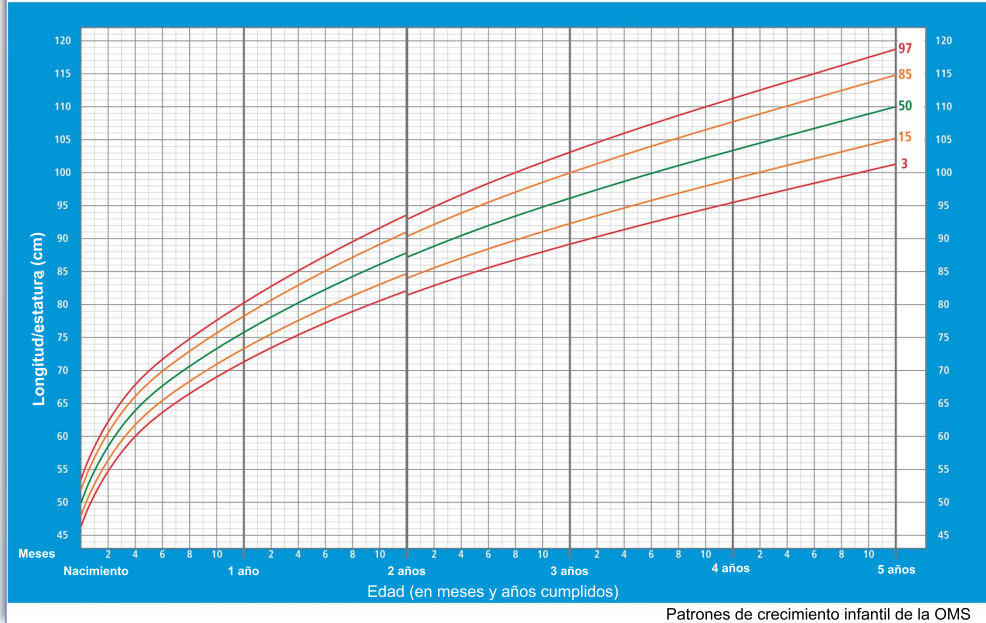


Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Longitud/estatura para la edad Niños

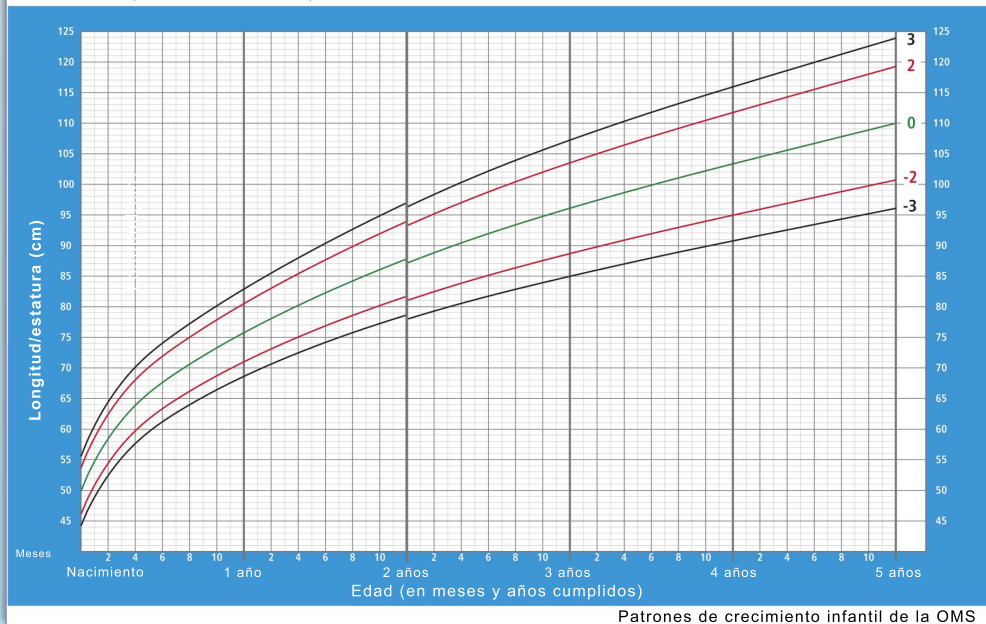
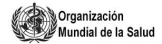
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

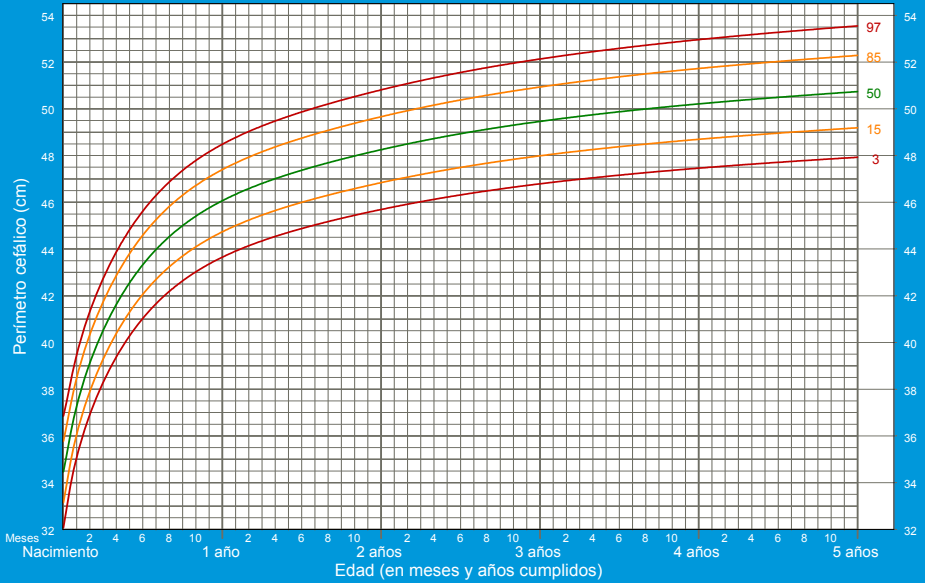


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niños



Percentiles (Nacimiento a 5 años)

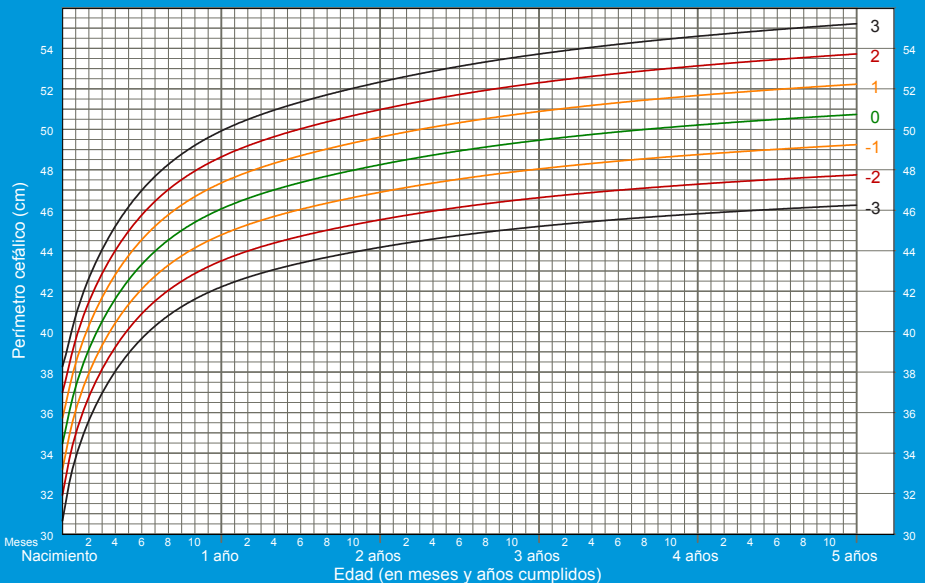


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

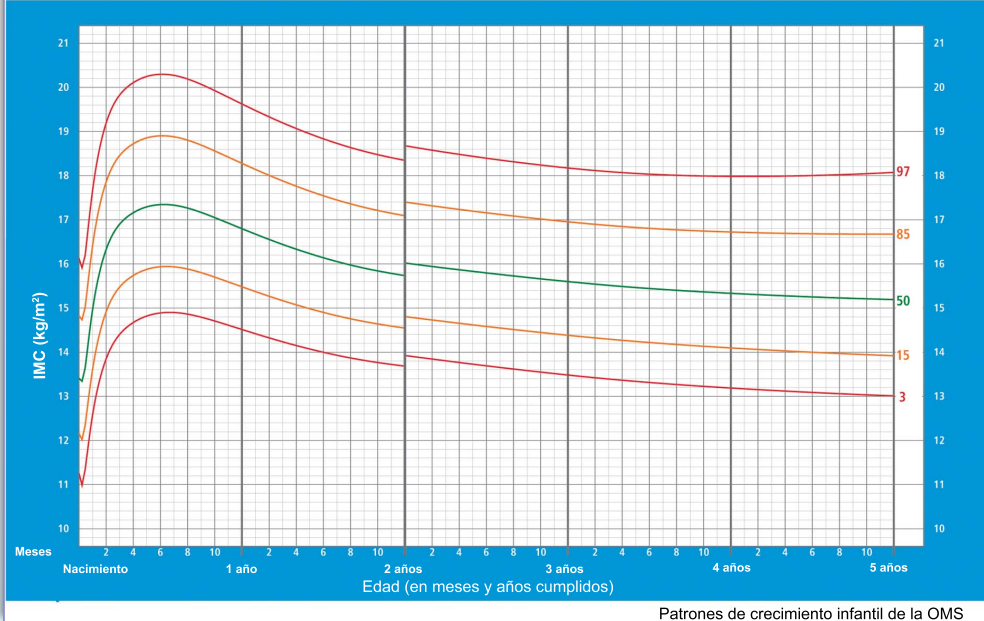


Patrones de crecimiento infantil de la OMS



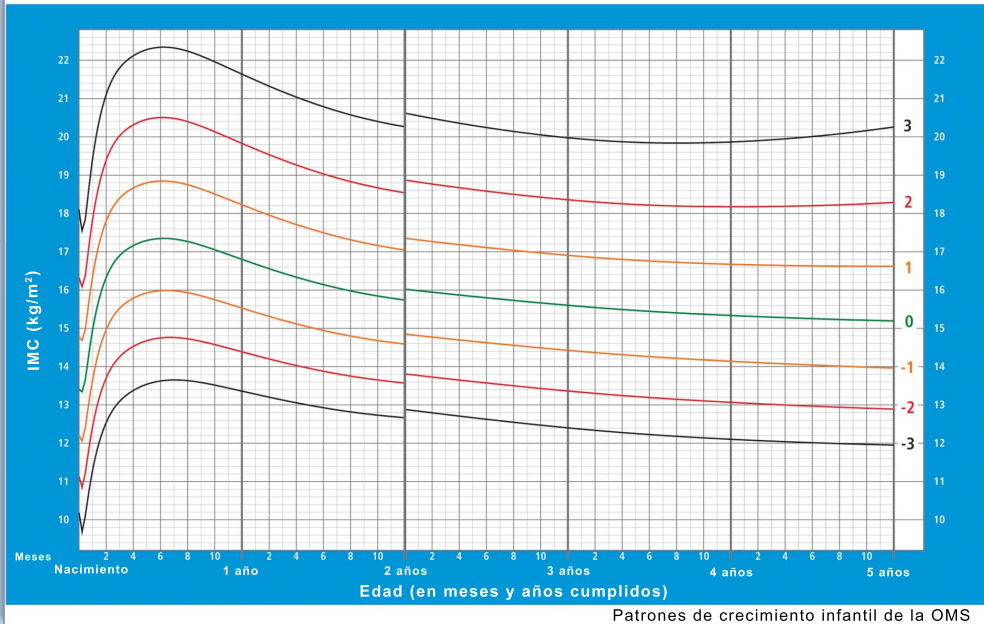
IMC para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



IMC para la edad Niños

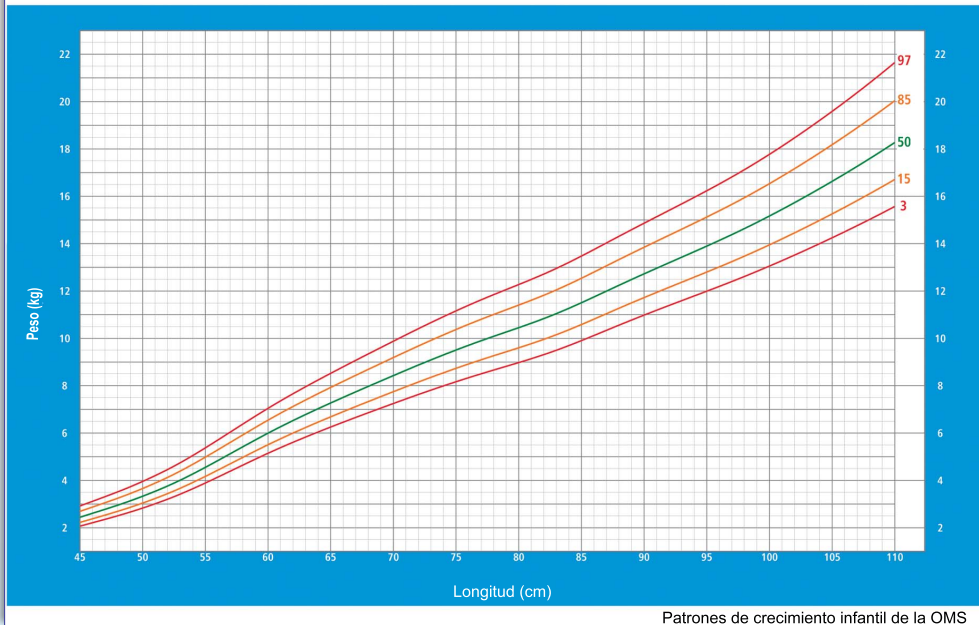
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Peso para la longitud Niños



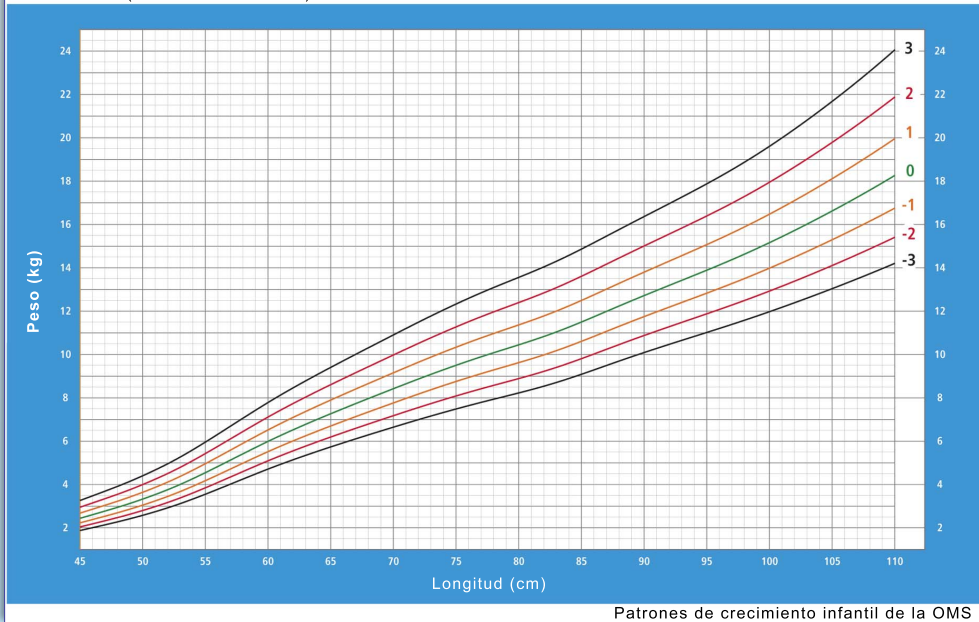
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Peso para la longitud Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

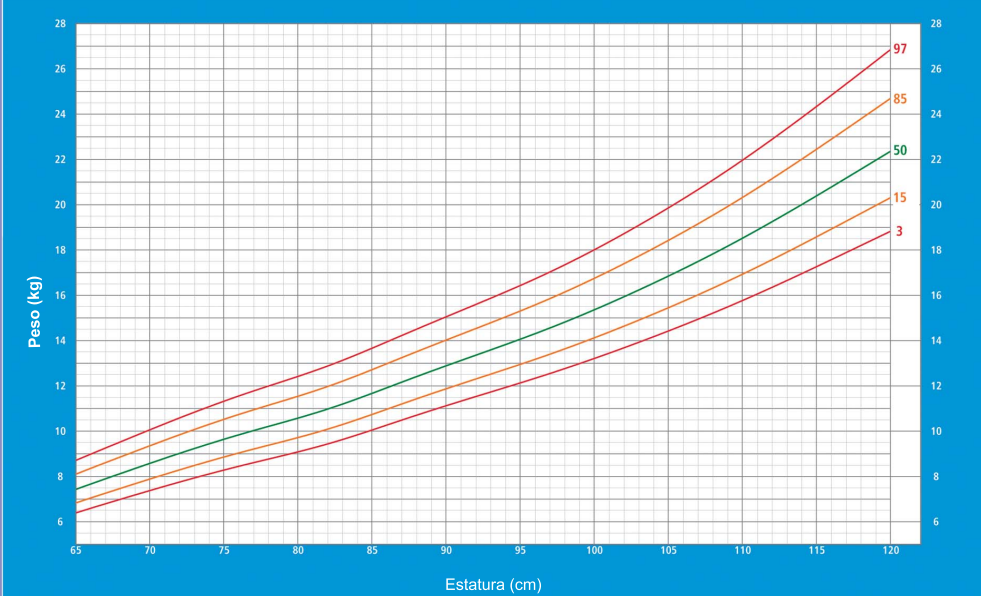




Peso para la estatura Niños



Percentiles (2 a 5 años)

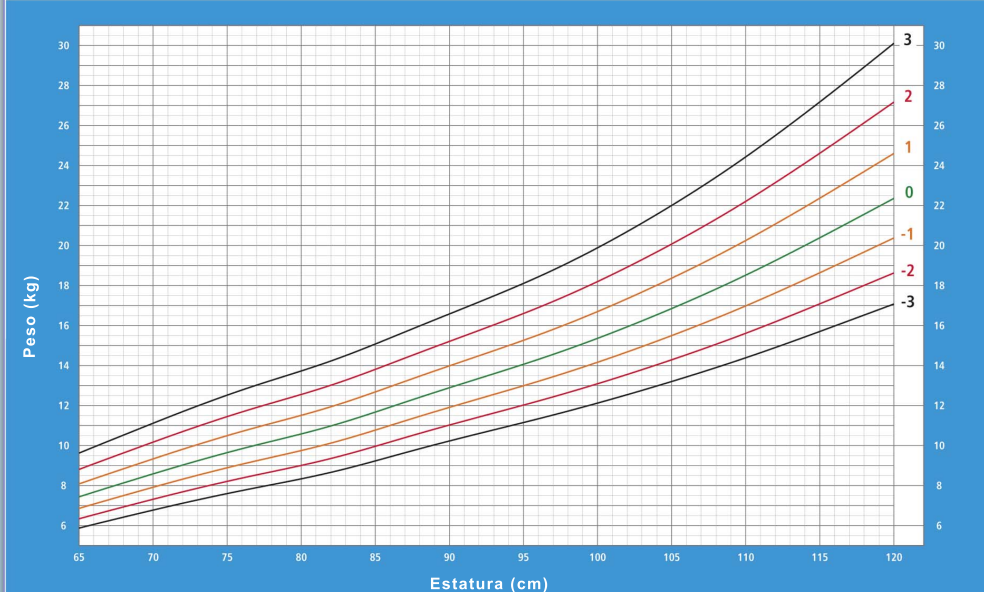


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niños

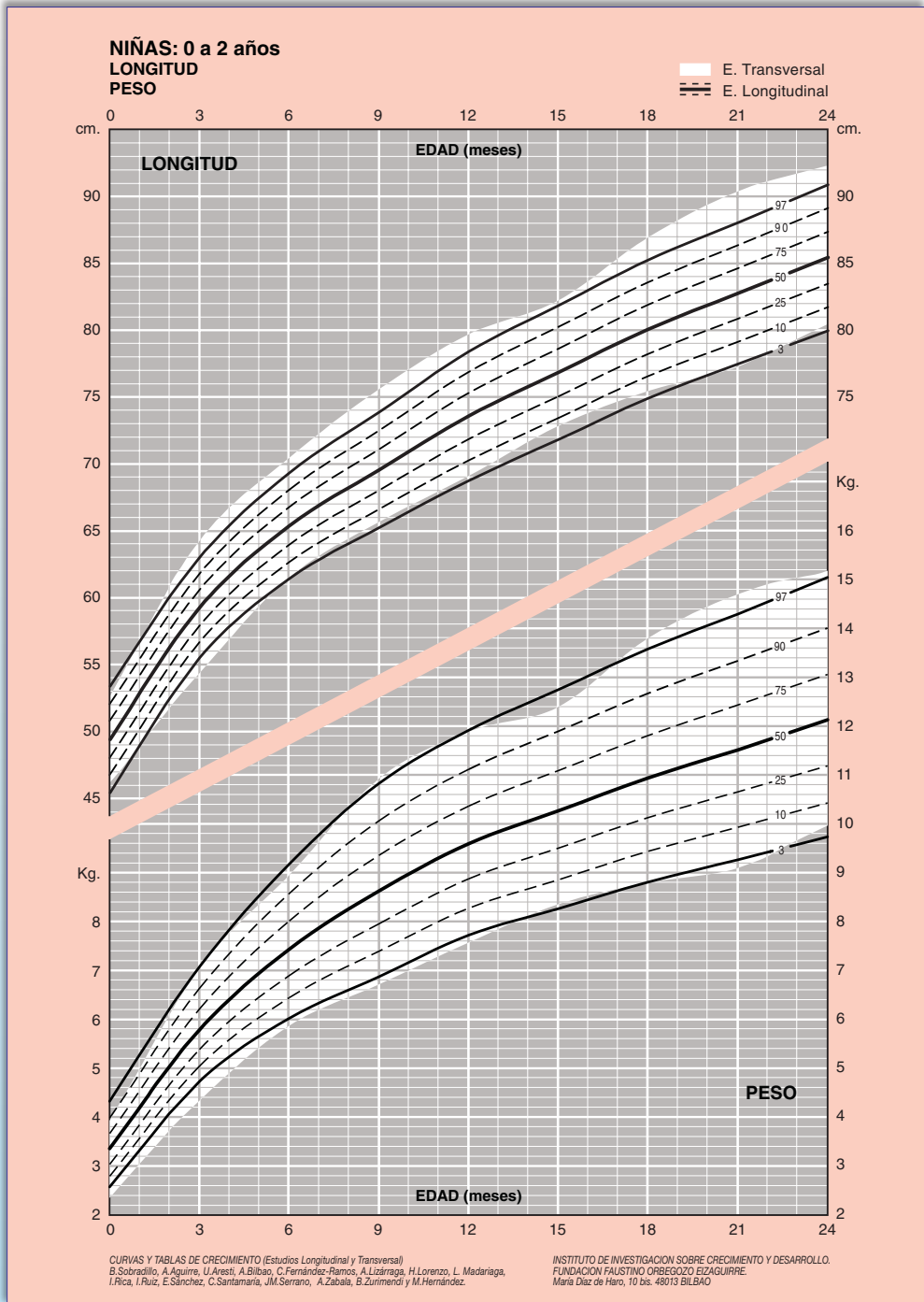


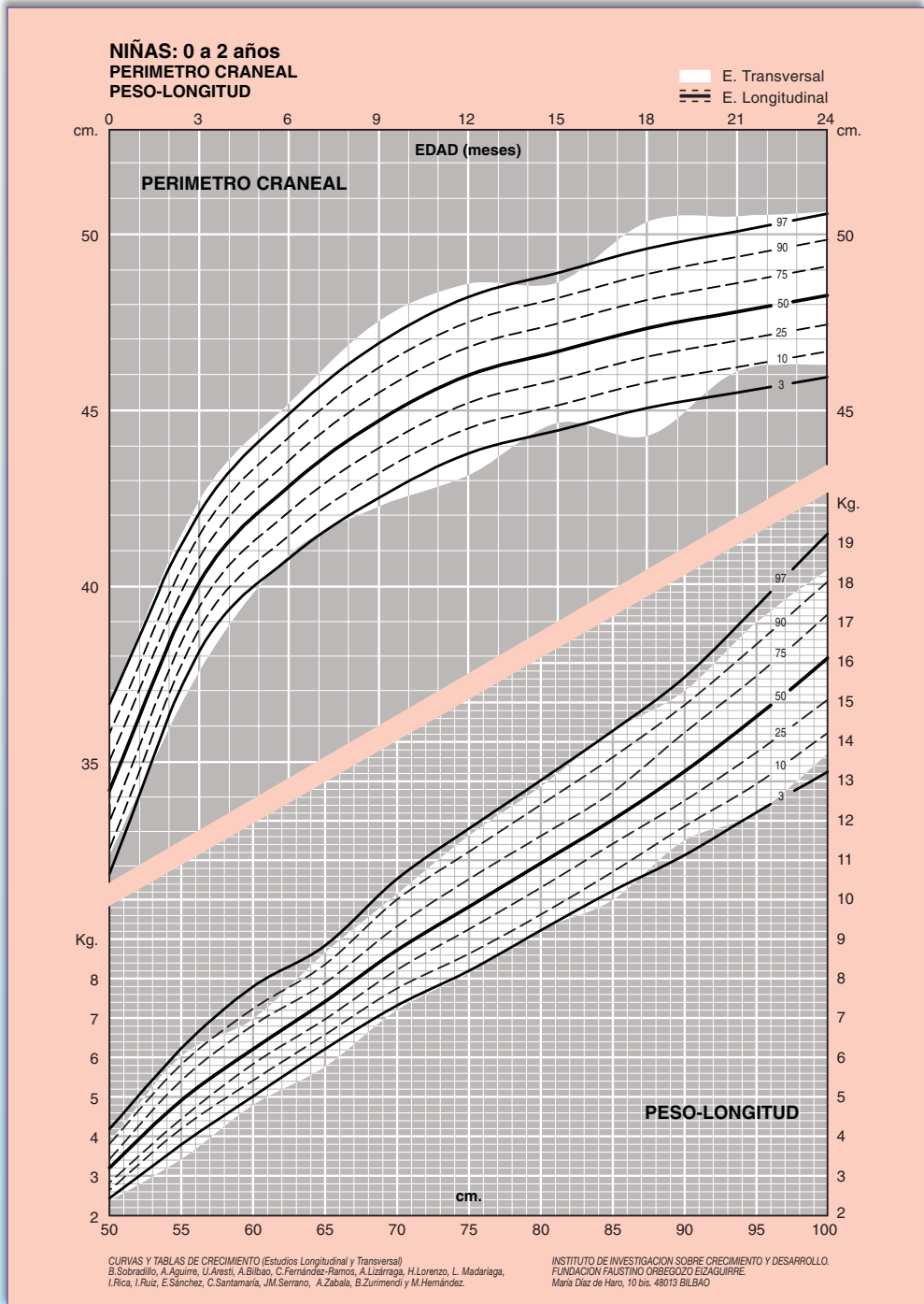
Puntuación Z (2 a 5 años)

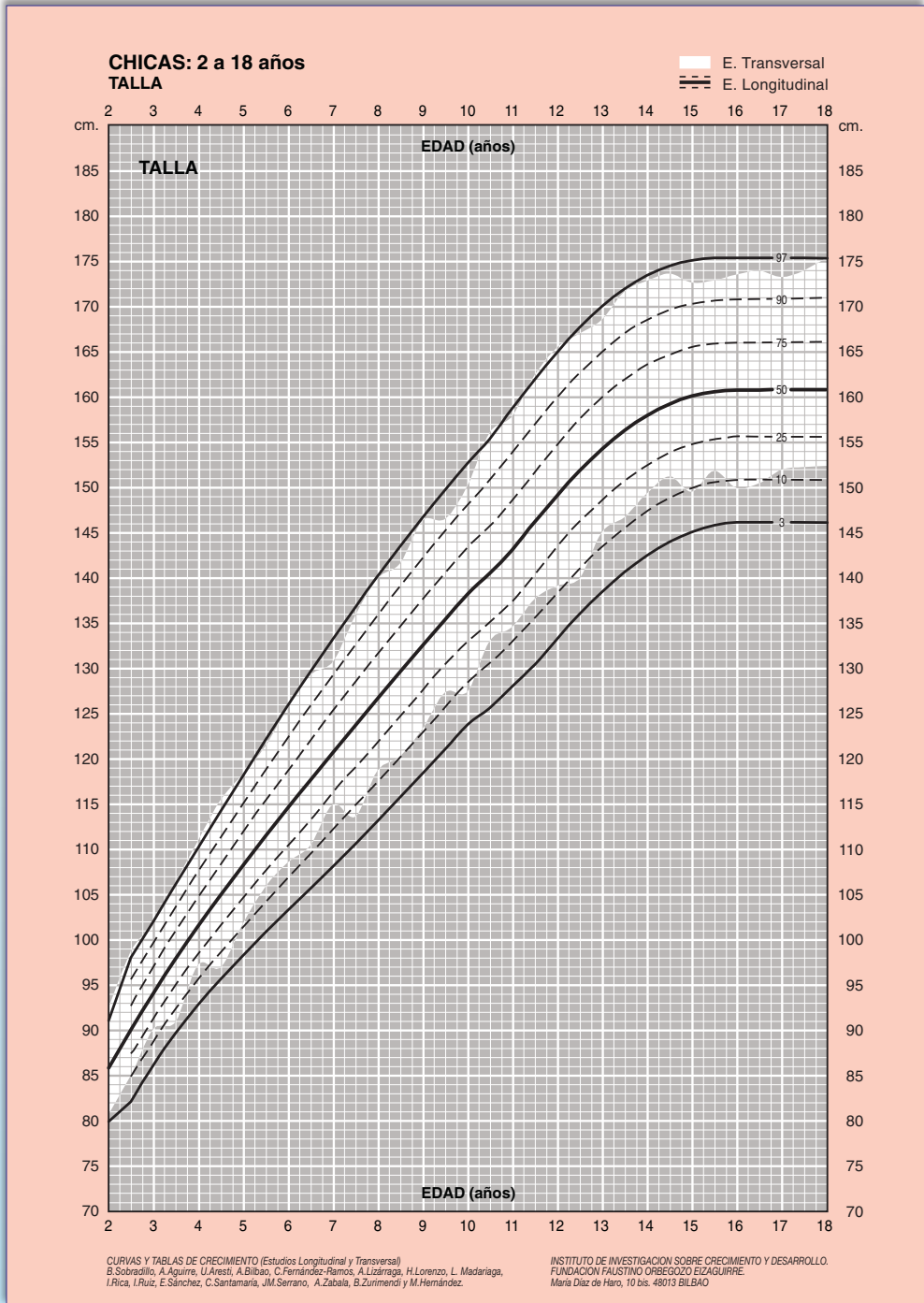


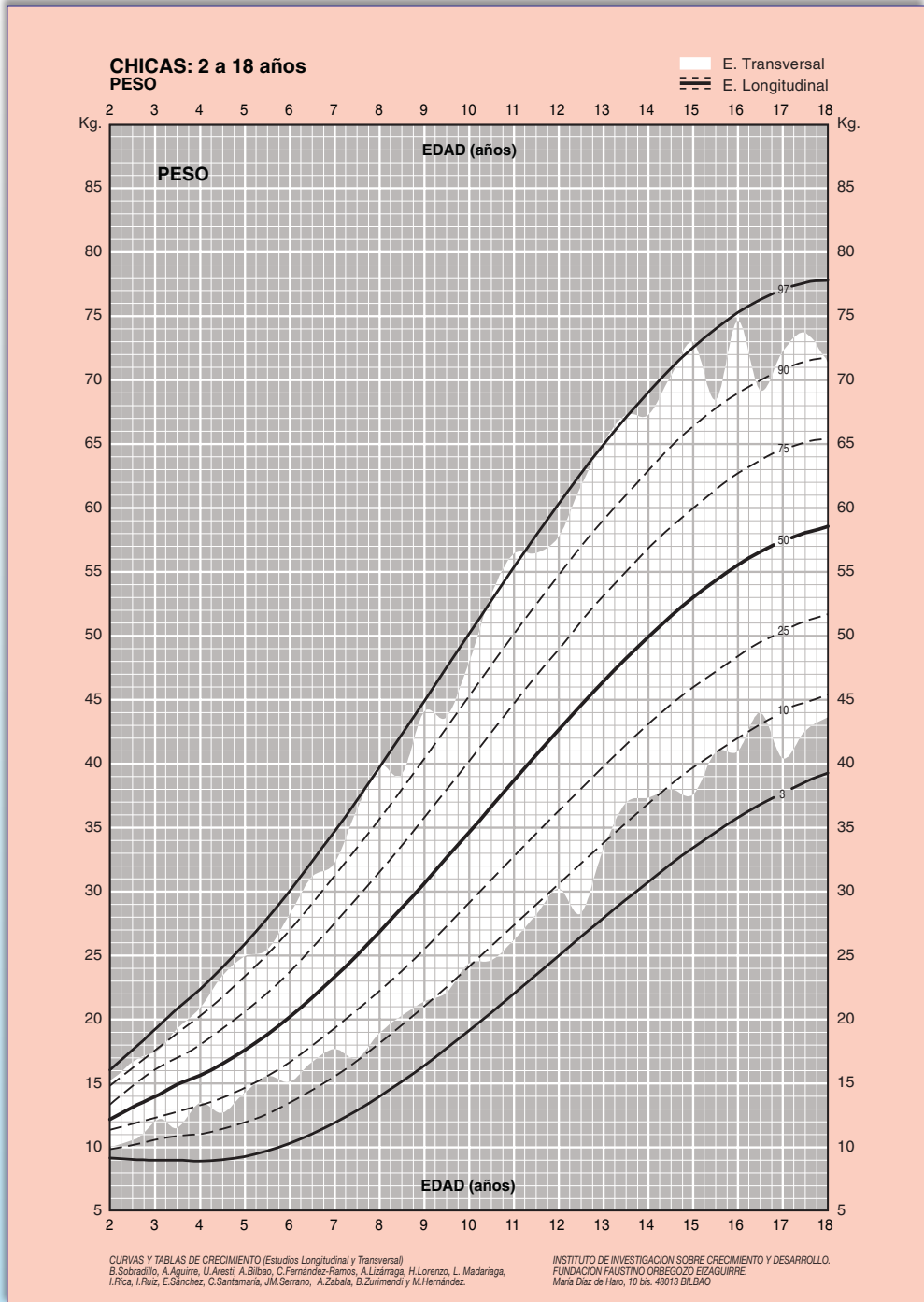
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

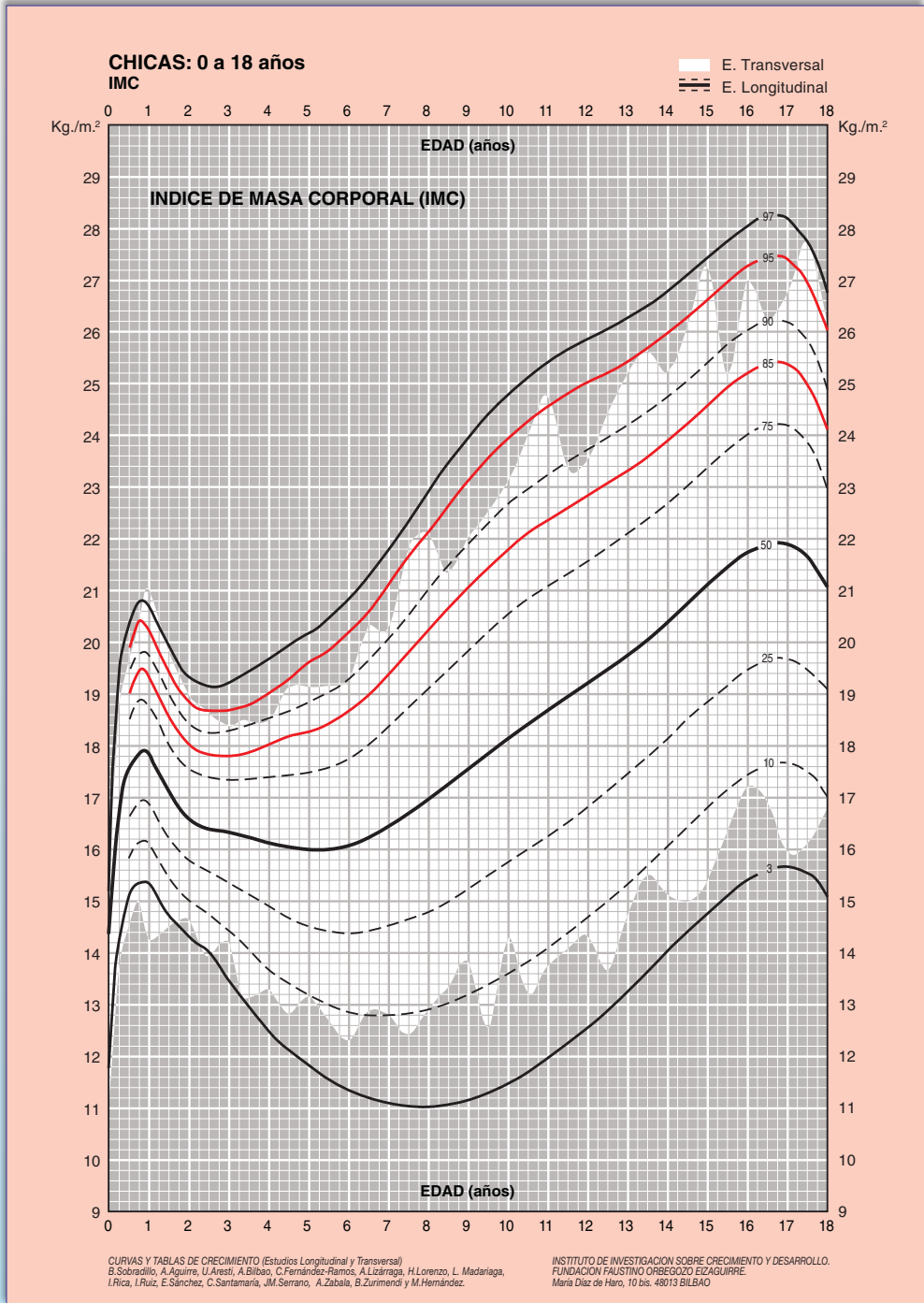
Curvas de crecimiento de Orbeozo 2004







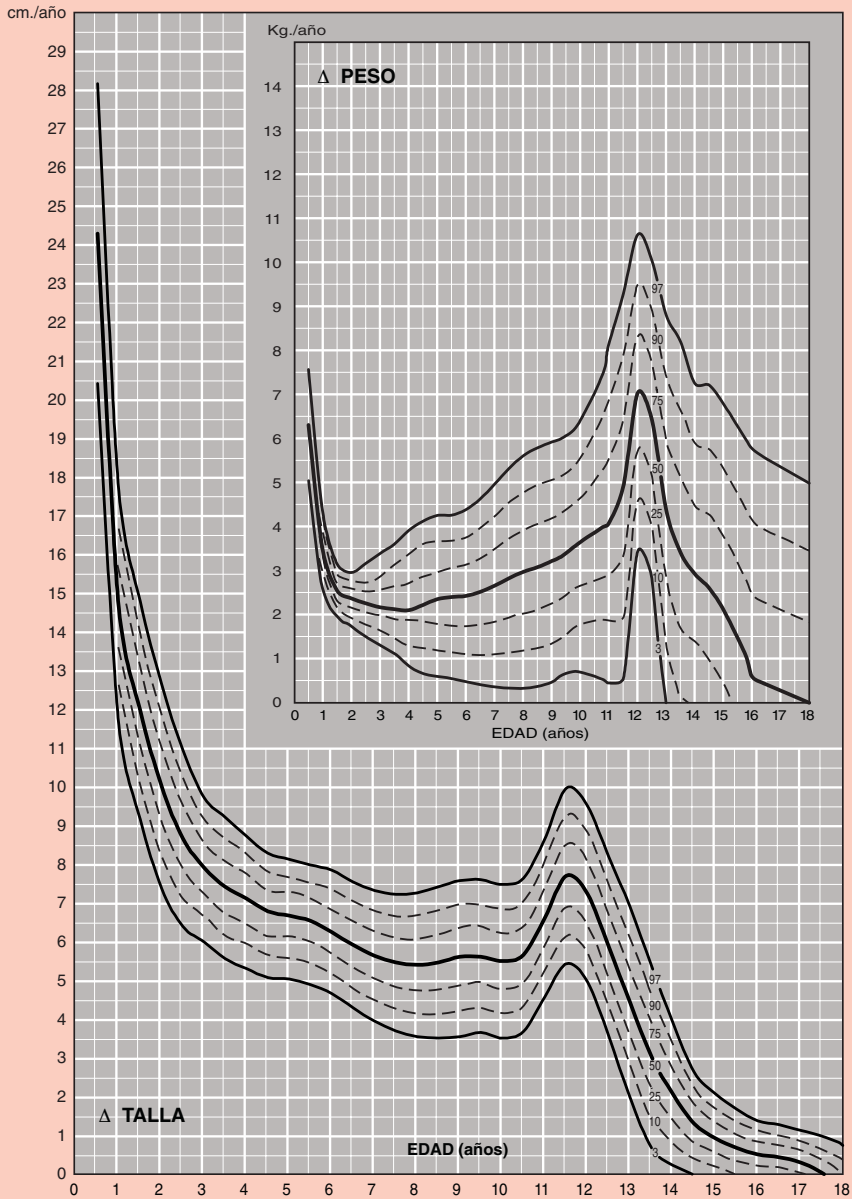






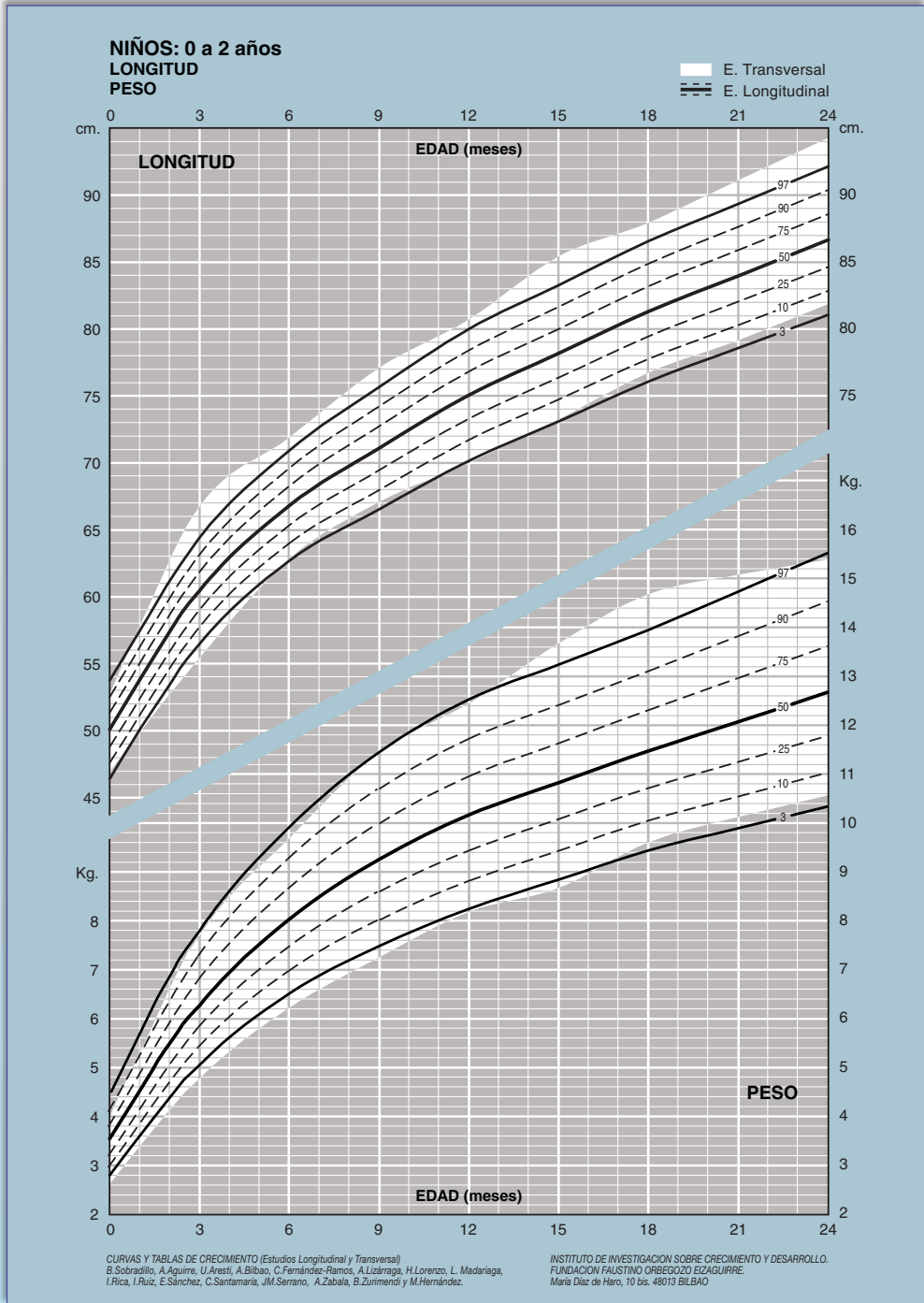
CHICAS: 0 a 18 años
VELOCIDAD DE CRECIMIENTO EN PESO
VELOCIDAD DE CRECIMIENTO EN TALLA

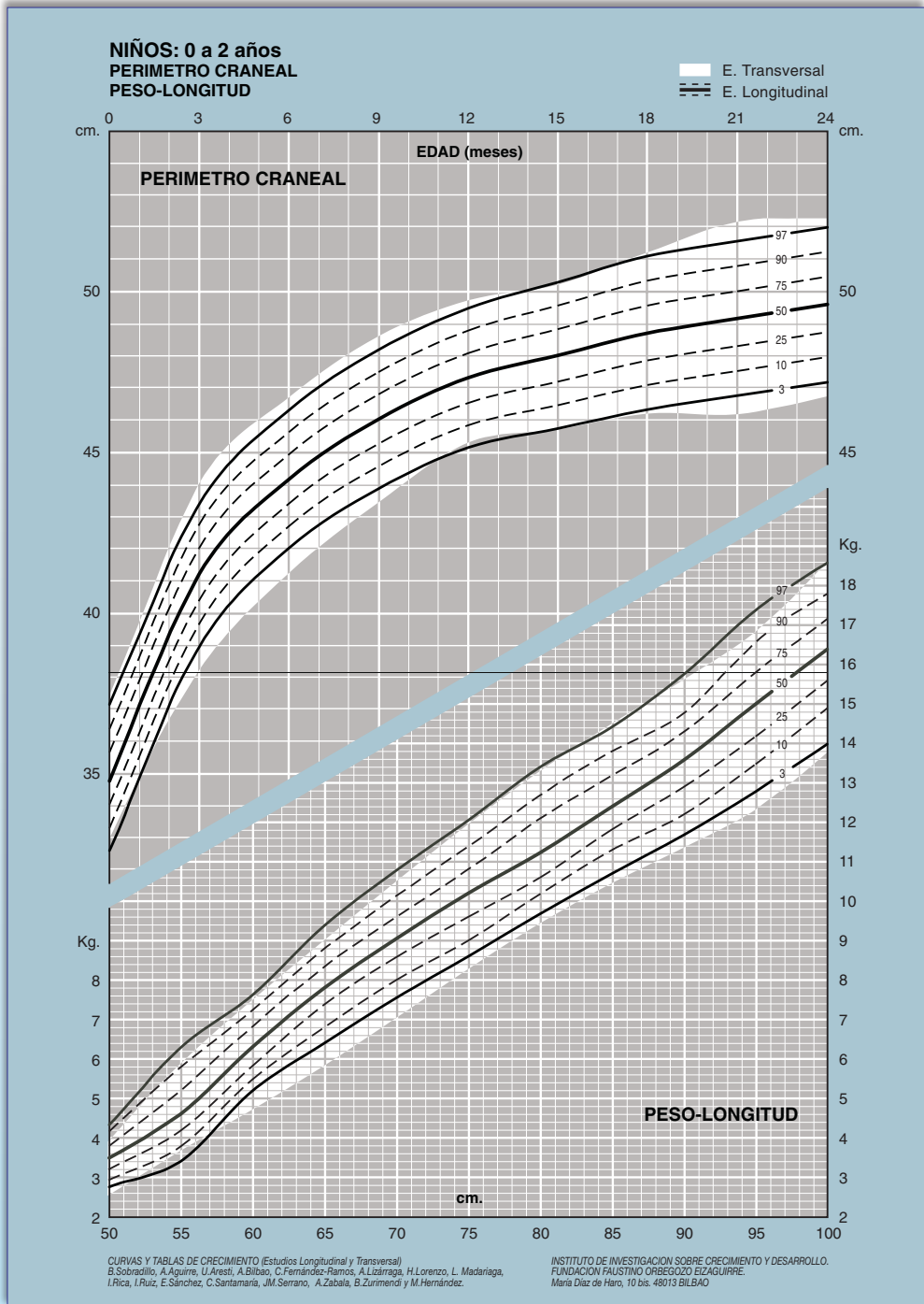
— E. Longitudinal



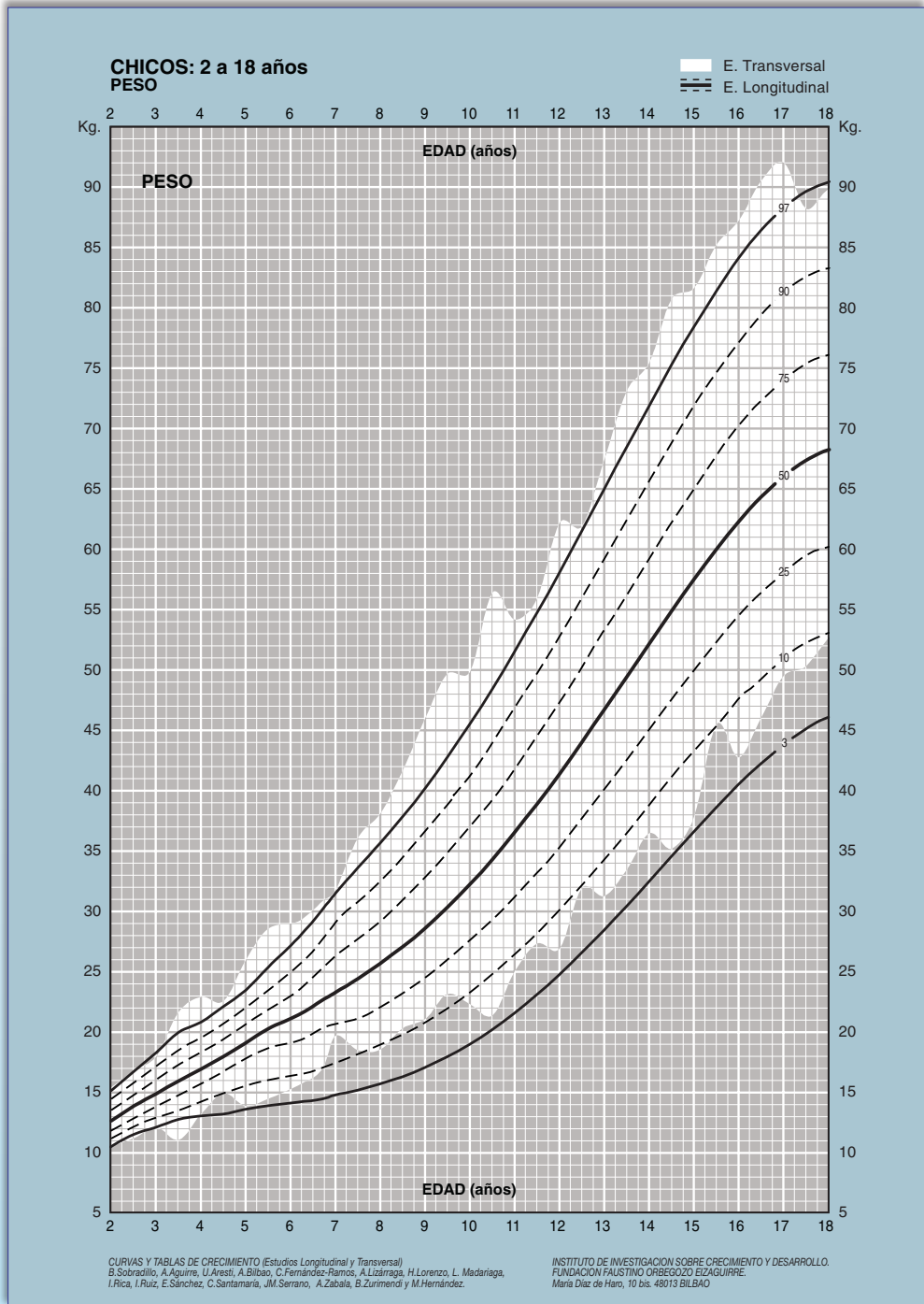
CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
 B.Sobradillo, A.Aguirre, U.Aresti, A.Bilbao, C.Fernández-Ramos, A.Lizárraga, H.Lorenzo, L. Madariaga,
 I.Rica, I.Ruiz, E.Sánchez, C.Santamaría, JM.Serrano, A.Zabala, B.Zurimendi y M.Hernández.

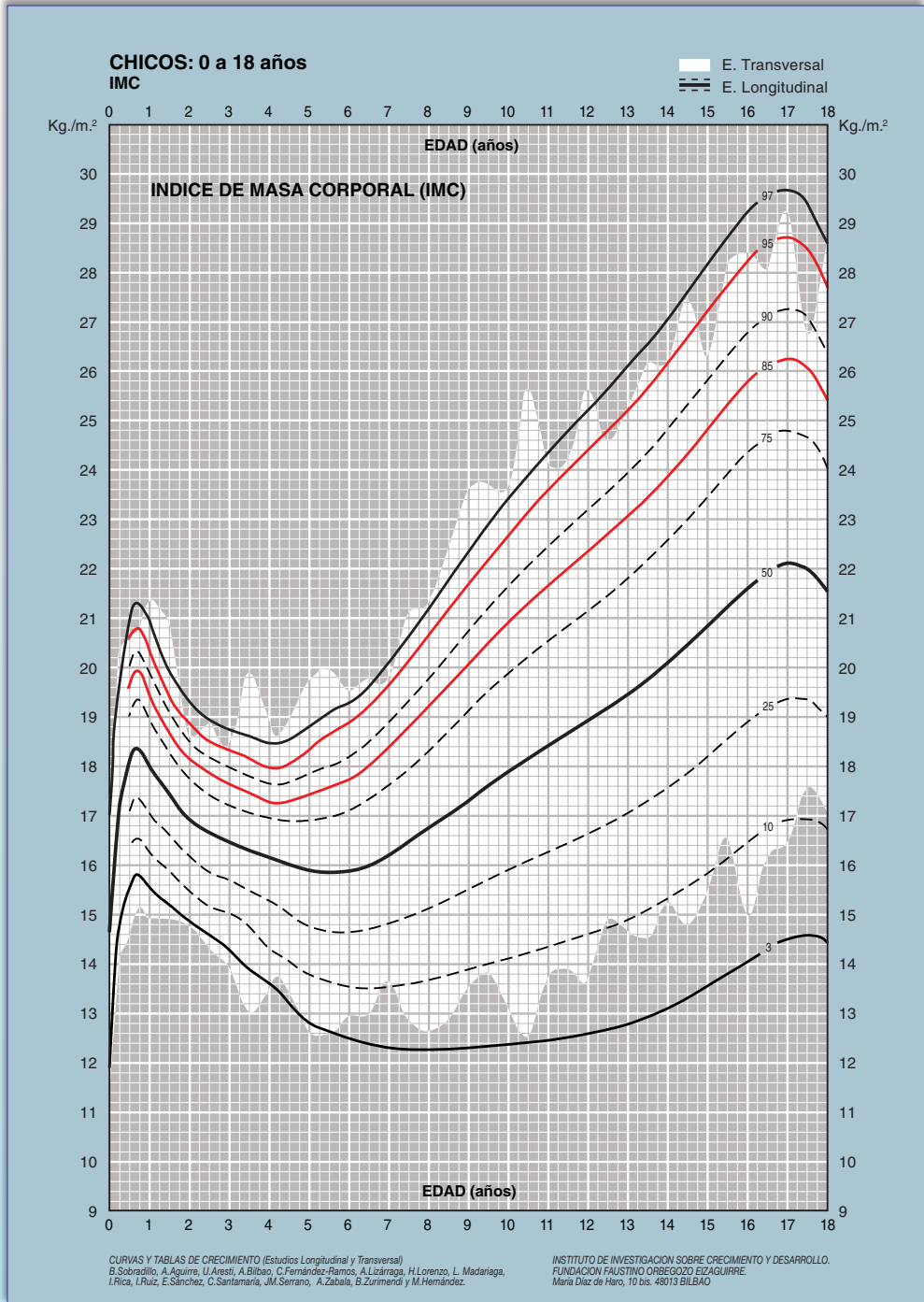
INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 FUNDACIÓN FAUSTINO ORBEGOZO EZAGUIRRE.
 María Díaz de Haro. 10 bis. 48013 BILBAO







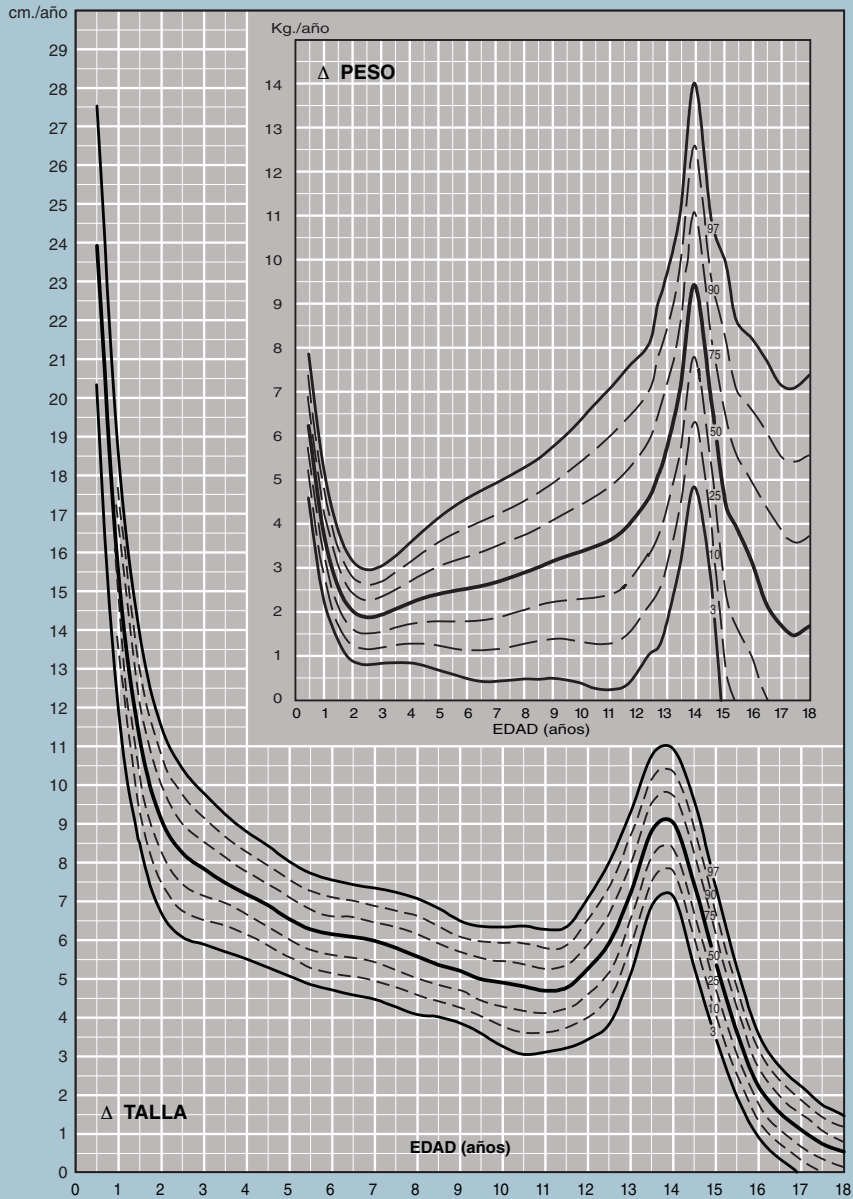






CHICOS: 0 a 18 años
VELOCIDAD DE CRECIMIENTO EN PESO
VELOCIDAD DE CRECIMIENTO EN TALLA

— E. Longitudinal

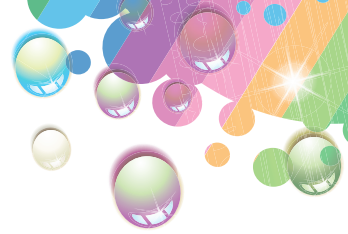


CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
 B.Sobradillo, A.Aguirre, U.Aresti, A.Bilbao, C.Fernández-Ramos, A.Lizarraga, H.Lorenzo, L. Madariaga,
 I.Rica, I.Ruiz, E.Sánchez, C.Santamaría, JM.Serrano, A.Zabala, B.Zurimendi y M.Hernández.

INSTITUTO DE INVESTIGACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
 FUNDACION FAUSTINO ORBEGOZO EZAGUIRRE.
 María Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

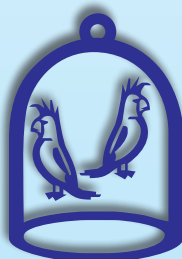
Anexo III. Factores de Riesgo del desarrollo Psicomotor

Factor de Riesgo	Riesgo Biológico			Riesgo Social
	Neurológico	Sensorial visual	Sensorial auditivo	
Disfunción neurológica persistente (> 7 días)	*			
Daño cerebral evidenciado por ECO/TAC	*	*		
Malformaciones del SNC	*	*		
Cromosomopatías y síndromes dismórficos	*			
RN < p 10 para su EG o con peso < 1500 gr.	*	*	*	
Edad gestacional < 32 semanas	*	*	*	
Apgar < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos	*	*	*	
RN con ventilación mecánica prolongada	*		*	
Hiperbilirrubinemia con exanguinotransfusión o en grandes prematuros	*		*	
Convulsiones neonatales	*			
Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal	*			
Neuro-metabopatías	*			
Hijo de madre con infecciones o drogas que puedan afectar al feto	*			
RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia	*			
Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico	*			
Siempre que el pediatra lo considere oportuno	*			
Síndrome malformativo visual		*		
Infecciones congénitas del SNC	*	*	*	
Infecciones postnatales del SNC	*	*	*	
Asfixia severa	*	*	*	
Síndromes malformativos con compromiso de la audición			*	
Uso de fármacos ototóxicos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo			*	
Antecedentes familiares de hipoacusia precoz			*	



Factor de Riesgo	Riesgo Biológico			Riesgo Social
	Neurológico	Sensorial visual	Sensorial auditivo	
Traumatismo craneal con pérdida de consciencia o fractura craneal			*	
Otitis media secretora recurrente o persistente			*	
Falta de recursos económicos				*
Embarazo no deseado traumatizante				*
Convivencia conflictiva en el núcleo familiar				*
Separación traumatizante en el núcleo familiar				*
Padres con bajo CI/Entorno no estimulante				*
Psicopatología grave de la familia				*
Enfermedad grave/muerte familiar reciente				*
Alcoholismo/drogadicción familiar				*
Prostitución familiar				*
Delincuencia/Encarcelamiento familiar				*
Padres adolescentes (< 18 años)				*
Sospecha de malos tratos				*
Hacinamiento y falta de vivienda				*
Niños acogidos en hogares familiares				*
Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente				*

Plan de Atención Temprana de Cantabria



Anexo IV. Signos de alarma del desarrollo psicomotor

A cualquier edad:

- Involución en los aprendizajes ya adquiridos.
- Siempre que los padres manifiesten preocupación sobre aspectos relacionados con el desarrollo del niño, en especial en las áreas de la comunicación e interacción.
- Siempre que el pediatra lo considere.

Al mes:

- Irritabilidad persistente.
- Trastornos de succión.
- No fija la mirada momentáneamente.
- No reacciona a los ruidos.
- Presencia de sentimientos de tristeza en la madre (vínculo).

A los 2 meses:

- No hay prensión palmar.
- No se lleva las manos a la boca.
- En decúbito prono no levanta la cabeza unos 45°.
- No fija la mirada en la cara del adulto.
- No sigue con los ojos una luz o un rostro en movimiento.
- Irritabilidad. No se tranquiliza con la voz de su madre.

A los 4 meses:

- Falta de control cefálico.
- Hipotonía/ hipertonía.
- Mantiene predominantemente las manos cerradas.
- No juega con sus manos.
- No mira un objeto suspendido.
- No emite sonidos guturales.
- Ausencia de sonrisa social.



A los 6 meses:

- Persistencia de reflejos primarios.
- Hipertonía de extremidades.
- Hipotonía.
- Falta de sedestación con apoyo.
- No coge objetos.
- No busca el origen de los sonidos.
- No emite sonidos.

A los 9 meses:

- Hipotonía del tronco.
- Espasticidad.
- Falta de sedestación sin apoyo.
- No coge objetos ni los manipula.
- No parlotea.
- Irritabilidad o gran pasividad.
- No disfruta de juegos de "cucu" o de otros juegos con las personas adultas ("carrillito", "balanceo").*
- Ausencia de angustia frente a extraños.

A los 12 meses:

- No se pone de pie.
- Ausencia de pinza superior (pulgares-índice).
- No entiende órdenes sencillas: toma/dame.
- No parlotea usando sonidos consonánticos.
- No señala con el dedo índice.*
- No se interesa por otros niños.*

A los 15 meses:

- No sube escaleras gateando.
- No camina apoyado.
- No realiza garabatos en un papel.
- No parlotea utilizando sílabas duplicadas: papa/mama/tata....
- No establece contacto ocular.*
- No mira cuando se le llama por su nombre.*

A los 18 meses:

- No camina solo.
- No emite ninguna palabra con significado.
- No señala partes del cuerpo cuando se le nombran.
- No participa en juegos de imitación (hacer comiditas, acunar un muñeco).*
- No comparte intereses con sus padres cuando se le muestra un objeto.*

A los 2 años:

- No corre.
- No chuta una pelota.
- No realiza cuando pinta un trazo definido (un trazo vertical).
- No construye una torre de 3 cubos.
- No une dos palabras a modo de frase.
- No obedece dos órdenes sencillas sin apoyo gestual.
- No colabora en vestirse y desvestirse.
- Uso estereotipado de los objetos sin intención de juego.

A los 3 años:

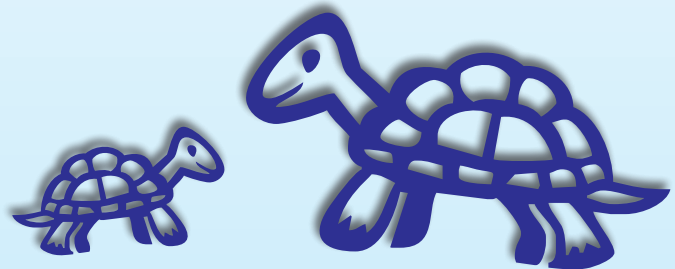
- No salta ni se aguanta sobre un pie un segundo.
- No imita un círculo.
- No construye una torre de 6 cubos.
- Lenguaje ininteligible para su familia.



- No dice su nombre.
- No nombra dibujos.
- No entiende los conceptos grande/pequeño; arriba/abajo.
- No le interesan los juegos de compañía.
- No se pone alguna prenda de ropa él solo.
- Presencia de estereotipias verbales.

* La presencia de alguno de estos signos de alarma, y en especial, la presencia sucesiva de estos signos de alarma en los diferentes controles, debe hacernos pensar en la posibilidad de un trastorno grave en la interacción/comunicación.

Elaborado a partir del Plan de Atención Temprana de Cantabria.



Anexo V-1. Indicadores sociales de riesgo para la salud

Los **indicadores sociales de riesgo para la salud** son aquellas situaciones que incrementan la susceptibilidad a contraer o mantener una enfermedad. Su conocimiento facilitará la *detección precoz* de aquellas situaciones que puedan derivar en problemas sociales y que hacen necesaria una *intervención social*. En este sentido, Dolors Colom señala que “los *criterios de riesgo* facilitados por el servicio de trabajo social sanitario son guías, facilitan al resto de profesionales la pronta identificación de los enfermos con un potencial más alto de sufrir problemas sociales sanitarios”.

INDICADORES	INFANCIA-ADOLESCENCIA
PERSONALES	<p>Niños con discapacidad y/o enfermedad crónica</p> <p>Empeoramiento de enfermedad crónica por dificultades en el seguimiento de las indicaciones terapéuticas</p> <p>Niños con carencias básicas: Higiene, alimentación, medicamentos, estimulación, cuidados afectivos ...</p> <p>Menores que no acuden a los controles de salud repetidamente (no cumplimiento del PSIAC)</p> <p>No vacunación correcta o incompleta (sólo cuando se encuentra asociado a otros indicadores de riesgo social u otras negligencias higiénico-sanitarias)</p> <p>Absentismo escolar o falta de escolarización</p> <p>Embarazo adolescente</p> <p>Adicciones (alcohol, drogas, juego...)</p>
FAMILIARES	<p>Familias con capacidad limitada para el cuidado debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de apoyo social y familiar - Padres con bajo CI/ Entorno no estimulante - Psicopatología grave en la familia / Problema de salud mental en progenitores - Enfermedad grave / Discapacidad - Alcoholismo/drogadicción familiar – Dependencia tóxicos (alcohol-drogas) - Convivencia conflictiva en el núcleo familiar / Relación familiar conflictiva (violencia familiar) - Antecedentes de maltrato - Padre y/o madre adolescente - Embarazo no deseado y/o traumatizante - Dificultades en el desempeño del rol parental de manera adecuada



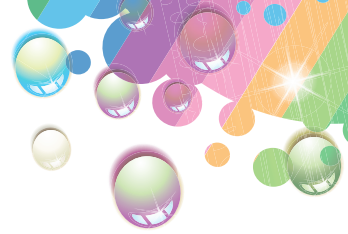
INDICADORES	INFANCIA-ADOLESCENCIA
SOCIO-ECONÓMICOS	<p>Problemas económicos crónicos e importantes que dificultan la prestación de cuidados básicos (alimentación, higiene, vestido, vivienda...)</p> <p>Marginalidad (mendicidad, encarcelamiento, delincuencia, prostitución)</p>

Trabajadores Sociales del Consejo Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Salud de Cantabria



Anexo V-2. Modelo Integral de maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores

NIVELES ECOLÓGICOS	INDICADORES DE RIESGO	INDICADORES PROTECTORES
DESARROLLO INDIVIDUAL DE LOS PADRES	<p>Historia familiar de abuso</p> <p>Falta de afectividad en la infancia de los padres</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Pobres habilidades sociales</p>	<p>Experiencia en los cuidados del niño</p> <p>Habilidad interpersonal</p> <p>Cociente de inteligencia alto</p> <p>Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia</p>
MEDIO FAMILIAR		
Padres	<p>Trastornos físicos o psíquicos</p> <p>Drogodependencias</p> <p>Padre o madre sólo</p> <p>Madre joven</p> <p>Padre o madre no biológico</p> <p>Enfermedades/lesiones</p> <p>Disarmonía familiar</p> <p>Conflictos conyugales</p> <p>Violencia familiar</p> <p>Falta de control de impulsos</p>	<p>Planificación familiar</p> <p>Satisfacción personal</p> <p>Escasos sucesos vitales estresantes</p> <p>Intervenciones terapéuticas en la familia</p> <p>Ambiente familiar sin exposición a violencia</p> <p>Armonía marital</p>
Hijos	<p>Hijos no deseados</p> <p>Trastorno congénito</p> <p>Anomalías físicas o psíquicas</p> <p>Enfermedad crónica</p> <p>Tamaño de la fratria</p> <p>Nacimiento prematuro</p> <p>Bajo peso al nacimiento</p> <p>Ausencia de control prenatal</p> <p>Trastornos de la conducta del hijo</p> <p>Proximidad de edad entre hijos</p>	<p>Apego materno/paterno al hijo</p> <p>Satisfacción en el desarrollo del hijo</p>
EXOSISTEMA		
Sociolaboral	<p>Bajo nivel social</p> <p>Desempleo</p> <p>Insatisfacción laboral</p>	<p>Condición financiera</p>
Vecindario	<p>Aislamiento social</p>	<p>Apoyo social</p> <p>Buena experiencia con iguales</p>



NIVELES ECOLÓGICOS	INDICADORES DE RIESGO	INDICADORES PROTECTORES
MACROSISTEMA		
Sociales	Alta criminalidad Baja cobertura de servicios sociales Alta frecuencia de desempleo Pobreza Alta movilidad geográfica	Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables Programas sanitarios
Culturales	Aceptación del castigo corporal	Actitud hacia la infancia, la mujer y la paternidad de la sociedad

Basado en PrevInfad. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. Octubre 2011.



Anexo VI. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario

**HOJAS DE NOTIFICACIÓN
DE
RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL
ÁMBITO SANITARIO**





GOBIERNO
de
CANTABRIA

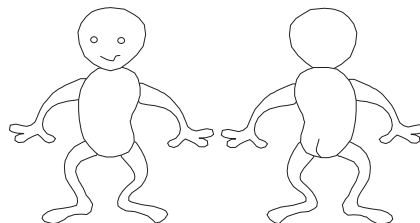
**HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

L = Leve M = Moderado G = Grave
Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha
Maltrato

MALTRATO FÍSICO

- L M G Magulladuras o moratones¹
- L M G Quemaduras²
- L M G Fracturas óseas³
- L M G Heridas⁴
- L M G Lesiones viscerales⁵
- L M G Mordeduras humanas⁶
- L M G Intoxicación forzada⁷
- L M G Síndrome del niño zarandeado⁸



Señale la localización de los síntomas

NEGLIGENCIA

- L M G Escasa higiene⁹
- L M G Falta de supervisión¹⁰
- L M G Cansancio o apatía permanente
- L M G Problemas físicos o necesidades médicas¹¹
- L M G Es explotado, se le hace trabajar en exceso¹²
- L M G No va a la escuela
- L M G Ha sido abandonado

Otros síntomas o comentarios:

MALTRATO EMOCIONAL

- L M G Maltrato emocional¹³
- L M G Retraso físico, emocional y/o intelectual¹⁴
- L M G Intento de suicidio
- L M G Cuidados excesivos / Sobreprotección¹⁵

ABUSO SEXUAL

- S Sin contacto físico
- S Con contacto físico y sin penetración¹⁶
- S Con contacto físico y con penetración
- S Dificultad para andar y sentarse
- S Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- S Dolor o picor en la zonal genital
- S Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
- S Cerviz o vulva hinchados o rojos
- S Explotación sexual
- S Semen en la boca, genitales o ropa
- S Enfermedad venérea¹⁷
- S Apertura anal patológica¹⁸

Configuración del himen¹⁹

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño Caso Fatal (fallecimiento del niño) Sí
 Apellidos Nombre
 Domicilio Localidad Teléfono
 Sexo V M Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año)
 Acompañante Padre Madre Tutor Policía Vecino Otro (especificar)
Identificación del notificador Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año)
 Centro: Servicio / Consulta:
 Nombre: Área sanitaria
 Profesional Médico Enfermera Trabajador Social Matrona Psicólogo N.º Colegiado

ANEXO

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento.

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- ¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- ² Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- ³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- ⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- ⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- ⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- ⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- ⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- ¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- ¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- ¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- ¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- ¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- ¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- ¹⁶ Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- ¹⁷ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexuales: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- ¹⁸ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbite lateral, especialmente cuando con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- ¹⁹ Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

Anexo VII. Factores de riesgo de ferropenia

1. Factores de riesgo en el primer año de vida

- Prematuridad.
- Recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional.
- Gestaciones múltiples.
- Ferropenia materna grave durante la gestación.
- Hemorragias útero-placentarias.
- Hemorragias neonatales o múltiples extracciones sanguíneas.
- Lactancia materna exclusiva después de los 6 meses.
- Alimentación con fórmula de inicio no suplementada con hierro después de los 6 meses.
- Introducción de leche de vaca antes de los 12 meses.
- Bajo nivel socioeconómico.

2. Factores de riesgo a partir del año de edad

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

Cribado y prevención de ferropenia. Anexo. Grupos de ferropenia. Programa de Salud Infantil. AEPap 2009.



Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor.

Factores de riesgo de caries dental en la infancia	
Hábitos alimentarios inadecuados	Chupetes o tetinas endulzados Biberón endulzado para dormir Ingestión frecuente de azúcares y bebidas azucaradas
Factores relacionados con la higiene dental	Alteraciones morfológicas de la cavidad oral - malformaciones orofaciales - uso de ortodoncias Deficiente higiene oral - mala higiene oral personal o de los padres y hermanos - minusvalías psíquicas importantes (dificultad de colaboración)
Factores asociados con xerostomía	Síndrome de Sjögren Displasia ectodérmica
Enfermedades en las que hay alto riesgo en la manipulación dental	Cardiopatías Inmunosupresión, incluyendo VIH Hemofilia y otros trastornos de coagulación
Factores socio-económicos	Bajo nivel socio-económico (sobre todo si asocia malos hábitos dietéticos e higiénicos)
Otros	Historia familiar de caries Caries activas, independientemente de la edad

Vitoria Miñana, I. Promoción de la salud bucodental. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPs* [en línea]. Actualizado marzo de 2011. [consultado 15-12.2013A]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Dental.htm>.

Suplementos de flúor.

Según la Encuesta de Salud Oral en España 2010 del Colegio de Dentistas, uno de cada dos jóvenes españoles (12-15 años) tiene caries en dientes definitivos y uno de cada tres niños entre 5 y 6 años tiene caries en dientes de leche. La caries es por tanto la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y la adolescencia.

Flúor: El papel del flúor, tanto sistémico como tópico, en la reducción de la caries en la dentadura temporal y en la definitiva está demostrado desde hace décadas. (Nivel de evidencia Ia). Sin embargo, en los últimos años ha aumentado la preocupación porque la ingestión de flúor en periodos críticos del desarrollo dental pueda dar lugar a grados leves o muy leves de fluorosis del esmalte. (Nivel de evidencia III). En la mayoría de los casos esta fluorosis es un defecto cosmético menor solo visible con el esmalte seco y con luz directa.

La referida preocupación por la fluorosis ha llevado a los distintos grupos de expertos a recomendar los suplementos de flúor sólo a los niños de riesgo de caries (**Anexo VIII. Factores de riesgo de caries. Suplementos de flúor**) con diferentes pautas según la cantidad de flúor que contiene el agua de consumo:

Asociación Dental Americana (ADA) – Academia Americana de Pediatría (AAP)

EDAD	FLÚOR AGUA < 0,3 ppm	FLÚOR AGUA 0,3 - 0,6 ppm	FLÚOR AGUA > 0,6 ppm
6 meses a 3 años	0,25 mg	0	0
3 a 6 años	0,50 mg	0,25 mg	0
6 a 16 años	1 mg	0,50 mg	0

Academia Europea de Dentistas Pediátricos y Sociedad Española de Odontopediatría
Flúor para niños con alto riesgo de caries y agua con flúor < 0.3 ppm

EDAD	RECOMENDACIÓN
0 a 24 meses	Nada
2 a 6 años	0.25mg de flúor al día
7-18 años	0.50mg de flúor al día

Tanto la AEP como la AEPap a través de Previnfad y diversos textos y publicaciones pediátricas de nuestro país se adhieren a las recomendaciones de la ADA y AAP. Por esto y por los argumentos referidos anteriormente es también **la que este grupo de trabajo adopta.**

La ADA reconoce en su revisión, que la fuerza de la recomendación de suplementar con Flúor es alta (nivel B) y que la recomendación de suplementar sólo a niños con riesgo es menor (nivel D-opinión de expertos).

Si consideramos que algunos factores de riesgo son bastante prevalentes (historia familiar de caries; caries activas, independientemente de la edad; malos hábitos dietéticos; higiene oral defectuosa...) prácticamente todos nuestros niños serían subsidiarios de la suplementación diaria con flúor.

Siempre, antes de decidir o no suplementar es necesario saber la cantidad de flúor que contiene el agua de consumo. Las aguas de todos los municipios de Cantabria tienen niveles por debajo de 0,3 ppm. El contenido de flúor de las aguas minerales puede consultarse en la etiqueta o en Internet (página de Previnfad y otras).



Anexo IX. Población con alto riesgo de deficiencia de vitamina D

1. Neonatos y lactantes pequeños

- Deficiencia de vitamina D materna (madres con escasa exposición solar, de piel oscura, que visten con velo, multíparas o con poca ingesta de vitamina D).
- Lactancia materna.
- Recién nacido pretérmino y recién nacido de bajo peso para la edad gestacional.

2. Lactantes mayores y niños

- Disminución de la síntesis de vitamina D por poca exposición solar:
 - Poco tiempo al aire libre.
 - Uso de factor de protección >8 (inhibe síntesis $>95\%$).
 - Piel oscura.
 - Velos, ropa, cristal, etc.
- Disminución de la ingesta de vitamina D:
 - Lactancia materna exclusiva prolongada sin suplementación.
 - Nutrición pobre.
- Ciertas condiciones médicas/enfermedades crónicas:
 - Malabsorción intestinal.
 - ~ Enfermedades de intestino delgado (enfermedad celiaca).
 - ~ Insuficiencia pancreática (fibrosis quística).
 - ~ Obstrucción biliar (atresia de vías biliares).
 - Disminución de la síntesis o aumento de la degradación 25-(OH)D o 1,25-(OH)₂D.
 - ~ Enfermedades crónicas hepáticas o renales.
 - ~ Tratamiento con rifampicina, isoniazida, anticonvulsivantes.

• Anexo X. Recomendaciones para la realización del Mantoux

Se recomienda realizar Mantoux cuando la prevalencia de infección tuberculosa sea superior al 1% a los 6 años. En España, salvo en población de riesgo, la prevalencia es inferior y no se recomienda el cribado sistemático. Las indicaciones generalmente aceptadas son:

- Hijos de padres adictos a drogas por vía parenteral o de portadores de infección VIH.
- Grupos marginales, de nivel socioeconómico muy bajo o con difícil acceso a los servicios sanitarios.
- Población infantil con inmunodeficiencias o seropositivos para VIH, por alto riesgo de que la infección progrese a enfermedad.
- Contacto o sospecha de contacto con enfermo bacilífero, con enfermos sospechosos de tuberculosis pulmonar o con adultos de alto riesgo (alcohólicos, adictos a drogas por vía parenteral, residentes o empleados de prisiones, casas de acogida para población marginal, sanitarios en contacto con individuos de alto riesgo...).
- Sospecha clínica o radiológica de tuberculosis.
- Población infantil procedente de países donde la tuberculosis es endémica: Asia, Oriente Medio, África, Latinoamérica, Europa del Este y Rusia.
- Niños que viajan a países donde la infección tuberculosa es endémica (estancia superior a un mes).

El consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (2009) ha realizado las siguientes recomendaciones para la realización de una prueba de tuberculina en niños y adolescentes:

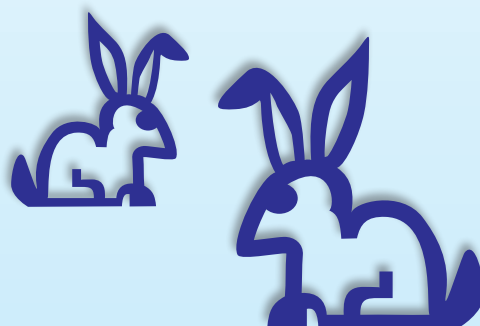
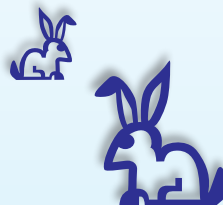
1. Mantoux inmediato:

- Contacto con individuo con sospecha o certeza de tuberculosis activa (estudio de contactos).
- Hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos de enfermedad tuberculosa.
- Inmigrantes o adoptados de países con alta prevalencia.
- Niños viajeros procedentes de zonas endémicas y contacto sustancial con población nativa. Recomendable después de 10 semanas del regreso.
- Antes de tratamientos con inmunosupresores, corticoesteroides o antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa.
- Infectados por VIH.



2. Mantoux anual:

- Infectados por el VIH.
- Adolescentes en prisión.
- Niños que viven en comunidades con marginación social.



Anexo XI. Instrumento de valoración M-CHAT (para el profesional)

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el "caballito" sentándole en sus rodillas, etc.?	Sí	No
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?	Sí	No
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...?	Sí	No
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al "cucú-tras" (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)	Sí	No
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	Sí	No
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	Sí	No
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?	Sí	No
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos, bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	Sí	No
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	Sí	No
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos	Sí	No
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)	Sí	No
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?	Sí	No
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)	Sí	No
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?	Sí	No
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo la mirada hacia ese juguete?	Sí	No
16. ¿Ha aprendido ya a andar?	Sí	No
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo se pone también a mirarlo?	Sí	No
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándose a los ojos?	Sí	No
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él está haciendo?	Sí	No
20. ¿Se ha preguntado alguna vez si es sordo/a?	Sí	No
21. ¿Entiende su hijo lo que la gente dice?	Sí	No
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	Sí	No
23. ¿Si su hijo tiene que enfrentarse a una situación desconocida, le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	Sí	No

Puntos de corte en el cuestionario para ser considerado un "fallo" (en negrita)

- Fallo en al menos 3 de los 23 elementos (se considera fallo a las respuestas sí/no en negrita)

- Fallo en al menos 2 de los 6 elementos críticos (números 2, 7, 9, 13, 14, 15 en negrita)



Anexo XII. Población con riesgo aumentado de sobrepeso y obesidad

Obesidad secundaria (menos del 5%)

- Endocrinopatías (déficit de GH, hipotiroidismo, hipercortisolismo y pseudohipoparatiroidismo).
- Enfermedades del sistema nervioso central (traumatismo craneoencefálico grave, tumor cerebral y/o radioterapia cerebral).
- Iatrogenia (tratamiento crónico con corticoides, ciproheptadina, valproato, progestágenos y antipsicóticos).
- Síndromes congénitos (Prader-Willi, Bardet-Biedl y Beckwith-Wiedemann).

Situaciones que se asocian a obesidad

- Nivel sociocultural bajo.
- Obesidad familiar.
- Madre fumadora durante la gestación.
- Peso bajo (< 2500 g) o alto (> 3500 g) al nacer.
- Carencia de lactancia materna.
- Inicio prematuro de la alimentación complementaria.
- Rebote adiposo precoz (antes de los 5 años).
- Maduración sexual temprana en niñas.
- Actividades sedentarias (> 3 horas TV al día).
- Ausencia de práctica deportiva.
- Malos hábitos alimenticios.
- Población inmigrante con hábitos dietéticos hipercalóricos.



Anexo XIII. Población con riesgo de hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular

- Padre o madre con dislipemia genética con alto riesgo cardiovascular (principalmente hipercolesterolemia familiar heterocigota e hiperlipemia familiar combinada).
- En caso de desconocerse estos antecedentes, se pueden valorar de forma individual los 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). Esto incluye: infarto agudo de miocardio, angor, vasculopatía periférica, enfermedad cerebrovascular, muerte cardíaca súbita, demostración mediante arteriografía de una aterosclerosis coronaria, angioplastia o cirugía de derivación de arteria coronaria.
- Independientemente de la historia familiar, si se asocian otros factores de riesgo: HTA, obesidad (IMC > pc97), diabetes mellitus.

Cribado de hipercolesterolemia. Anexo. Niños y adolescentes con riesgo de dislipemia.
Programa de Salud Infantil. AEPap 2009.

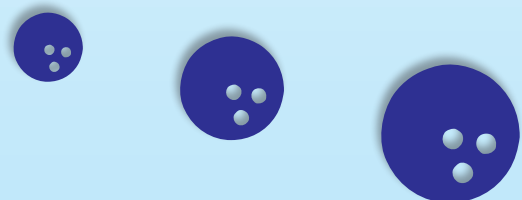




11. MATERIAL INFORMATIVO

- Guías de consejos*
- Documento de Salud Infantil*.
- Folleto. "Cuidados de salud para después del parto. Lactancia Materna" *.
- Folleto. "Cuidados de salud para después del parto. Lactancia Artificial" *.
- Técnicas de extracción de la leche.
- Maniobras de desobstrucción de Heimlich.
- Protección frente a las radiaciones solares.
- Alimentación complementaria.
- Póster: Estilos de vida saludables.
- La alimentación de tus niños.
- Adhesivo. Estilos de vida saludables.
- Marcapáginas.
- Díptico: Estilos de vida saludables.
- Anticoncepción (preservativo masculino).
- Anticoncepción de urgencia, píldora del día después.

*Entregados en el hospital de nacimiento.



TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN DE LA LECHE

La extracción de la leche es necesaria cuando madre e hijo no pueden estar juntos por enfermedad de este (grandes prematuros...) o de aquella y cuando se desea establecer, aumentar o mantener la producción. En caso de grietas dolorosas o de pezones planos puede ser útil usar el sacaleches unos minutos antes para estimular la subida de la leche.

Cuando existen dificultades con la lactancia, hasta que estas se solucionen, la extracción de leche después de la toma, mejora el vaciado de la mama y en consecuencia aumenta la producción de leche y evita el destete precoz.

Frecuencia de la extracción

La mayoría de los recién nacidos necesitan mamar cada 2 ó 3 horas. Si hay una separación madre-hijo esta sería la frecuencia recomendable. En otras situaciones la frecuencia se ajustará al motivo de extracción. Es conveniente iniciar la extracción tan pronto como se haya interrumpido el horario habitual de amamantamiento.

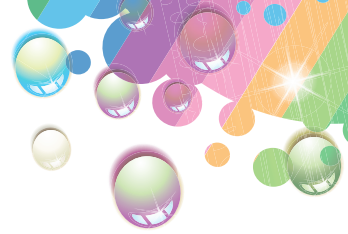
Preparación

- Lavado de manos.
- No es necesario lavar las areolas y pezones en cada extracción; la ducha diaria es suficiente.
- Lugar tranquilo, privado y cómodo con el equipo limpio y listo para usar.
- Prever la posibilidad de tomar una infusión o alguna otra bebida mientras se usa el extractor.
- Realizar ejercicios de relajación y respiraciones profundas y tranquilas. Puede ser útil disponer de una foto del bebé (si no está presente), escuchar música suave o ver la televisión.
- El calor sobre el pecho favorece el flujo de leche.
- Descansar entre tomas o extracciones.

Estimular la bajada de la leche

Sea la extracción manual o con bomba para facilitar la extracción ha de estimularse el reflejo de eyección láctea, mediante 3 pasos:

1. **Masajear** oprimiendo firmemente el pecho hacia las costillas, usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto sin deslizarlos sobre la piel. Después de unos segundos ir cambiando hacia otra zona del pecho.



2. **Frotar** el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón. Continuar este movimiento desde la periferia hacia el pezón alrededor de todo el pecho.
3. **Sacudir** suavemente ambos pechos inclinándose hacia delante.

Técnicas de extracción

La leche puede extraerse de forma manual o con sacaleches. Los resultados van mejorando a medida que la madre coge práctica y confianza. En las primeras extracciones puede que sólo se obtengan unas cuantas gotas.

Cuando se complementa la extracción con sacaleches con la extracción manual, mejora el vaciamiento de la mama, y en consecuencia aumenta significativamente la producción de leche.

Extracción manual

La extracción manual es más laboriosa pero muchas madres la prefieren. Suele ser más conveniente para extracciones ocasionales y para casa.

Técnica Marmet

- Lavarse las manos.
- Colocar el pulgar y los dedos índice y medio formando una "C" a unos 3 ó 4 cms por detrás del pezón.
- Evitar que el pecho descansa sobre la mano.
- Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.
- Rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimientos de rodillo (rodar, no deslizar).
- Repetir rítmicamente (colocar los dedos, empujar hacia dentro, rodar).
- Rotar la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Se pueden usar una o ambas manos.
- Extraer la leche de cada pecho hasta que el flujo se haga más lento.
- Provocar el reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir): puede hacerse simultáneamente.
- Repetir todo el proceso (bajada -> extracción) una o dos veces más. El flujo generalmente se ententece antes la segunda y la tercera vez, a medida el pecho se va vaciando.

- Delicadeza. Evitar estiramientos y maniobras de presión en el pecho o pezón.

El proceso completo suele durar entre 20 y 30 minutos.

Extracción con sacaleches

¿Qué sacaleches?

Si sólo se necesita de vez en cuando puede ser útil uno manual.

Si se van a usar durante tiempo son preferibles los eléctricos. Son más cómodos y eficaces pero más caros. Pueden alquilarse en algunas farmacias, hospitales o a través de grupos de madres lactantes.

Ningún sacaleches debe hacer daño.

Los de pera o bocina no son recomendables.

Uso del sacaleches manual

- Lavarse las manos.
- Preparar los pechos igual que para la extracción manual (masajear, frotar, sacudir).
- Colocar la copa de tamaño adecuado sobre el pecho.
- Comenzar usando tracciones cortas y rápidas, imitando la "llamada a la leche" del bebé.
- Cuando se vea algo de leche realizar aspiraciones largas y uniformes evitando la tentación de usar demasiada aspiración y producir dolor.
- Si el sacaleches tiene regulador empezar por el nivel más bajo e incrementarlos hasta que la leche fluya libremente y la madre se sienta cómoda.
- Usar 5 -7 minutos en cada lado (previo masaje) o hasta que el chorro o las gotas sean más lentas. Cambiar de pecho y repetir 2-3 veces.
- Igual que con la extracción manual puede que en las primeras extracciones sólo se obtengan unas cuantas gotas. Es normal, en sucesivas extracciones la cantidad irá aumentando.

Uso del sacaleches eléctrico

- Lavarse las manos.
- Preparar los pechos igual que para la extracción manual (masajear, frotar, sacudir).
- Poner el control en el nivel de presión más bajo.



- Conectar según las instrucciones del fabricante.
- Colocar la copa de tamaño adecuado sobre el pecho. Asegurarse de que está bien adaptado (sellado).
- Encender el extractor. El pezón se moverá hacia adelante y hacia atrás dentro del embudo.
- Empezar por el nivel más bajo e incrementarlo hasta que la leche fluya libremente y la madre se sienta cómoda.
- Cuando aparezca algo de leche, aumentar poco a poco el nivel de aspiración, hasta alcanzar el máximo vacío que no produzca dolor. El bombeo forzado y doloroso bloquea el mecanismo de liberación de la leche y puede dejar el pecho dolorido.
- Realizar la extracción alternando ambos pechos. Extraer durante 5 a 7 minutos o hasta que empiece a gotear mas lentamente, cambiar de pecho, masajear, sacudir y volver a extraer. En total unas 2 o 3 veces en cada pecho.
- El procedimiento completo dura unos 30 min.
- Con los sacaleches bilaterales se realiza el mismo proceso pero en ambos pechos a la vez. Son más efectivos y requieren menos tiempo.
- Para aumentar la eficacia es recomendable masajear el pecho mientras se realiza la extracción y complementar el vaciado con la extracción manual.

La extracción no debe ser dolorosa



MANIOBRAS DE DESOBSTRUCCIÓN DE HEIMLICH

La asfixia o ahogamiento se presenta cuando alguien no puede respirar debido a que un alimento, un juguete u otro objeto esta obstruyendo las vías respiratorias (garganta o tráquea).

No haga nada si la persona está tosiendo con energía o está llorando con fuerza.

La tos y el llanto fuerte pueden empujar el objeto fuera de la vía respiratoria.

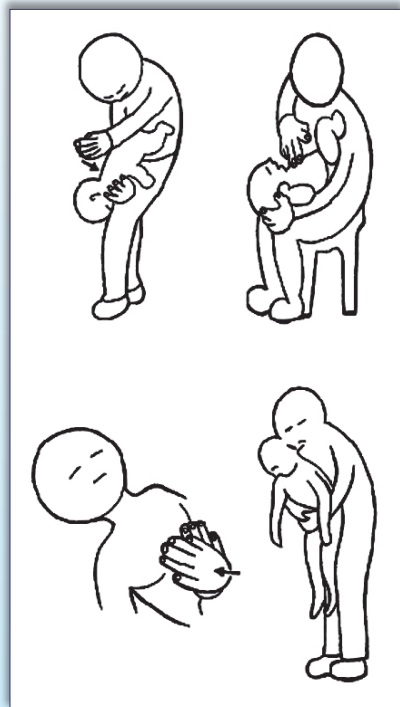
Si no está tosiendo con fuerza o no tiene un llanto fuerte, llame al 061 y siga estos pasos:

En menores de 1 año:

1. Acueste al bebé boca abajo, a lo largo de su brazo y utilice su regazo o el muslo como apoyo. Sostenga el pecho del bebé en su mano y la mandíbula con sus dedos. Mantenga la cabeza del bebé apuntando hacia abajo, a un nivel más bajo que el cuerpo.
2. Dé hasta 5 golpes fuertes y rápidos entre los omóplatos del bebé, utilizando la base de la palma de la mano libre.

Si el objeto no sale de la vía respiratoria después de 5 golpes:

1. Ponga al bebé boca arriba. Utilice el regazo o el muslo como soporte y apóyele la cabeza.
2. Coloque dos dedos en la mitad del esternón, justo por debajo de las tetillas.
3. Practique hasta 5 compresiones rápidas hacia abajo, hundiendo el pecho hasta un tercio o la mitad de su profundidad.
4. Continúe con esta serie de 5 golpes en la espalda y las 5 compresiones pectorales hasta desalojar el objeto.



En mayores de 1 año y adultos:

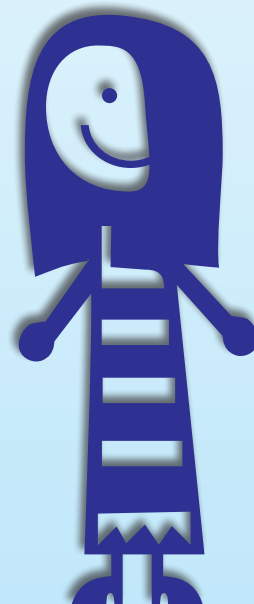
1. Si la persona está consciente sentada o parada, póngase detrás de ella y coloque los brazos alrededor de su cintura.



2. Coloque el puño, con el pulgar hacia adentro, justo por encima del ombligo de la persona, y agarre el puño firmemente con la otra mano.
3. Comprima con el puño con fuerza y abruptamente hacia arriba y hacia adentro para aumentar la presión en la vía respiratoria por debajo del objeto causante de la obstrucción y forzarlo a salir de la tráquea.
4. Si la persona está consciente y acostada boca arriba, colóquese por encima de ella con una pierna a cada lado. Empuje el puño agarrado hacia arriba y hacia adentro en una maniobra similar a la descrita anteriormente.

Repetir esta maniobra hasta liberar la vía aérea.

Texto adaptado de MedlinePlus. Dibujos de An Esp Pediatr 1999;51:409-416



PROTECCIÓN FRENTE A RADIACIONES SOLARES

La mayoría de los efectos adversos de la exposición al sol (quemaduras, insolaciones, afecciones oculares, prematuro envejecimiento cutáneo, aumento del cáncer de piel, etc.) son evitables siguiendo unos sencillos consejos que recomiendan, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las organizaciones especializadas:

1. Evitar exponerse al sol en las horas centrales del día (de 12 a 17 horas) así como exposiciones prolongadas.
2. Disminuir las partes del cuerpo expuestas directamente al sol utilizando ropa que cubra la piel (ligera y preferiblemente de color claro y de algodón).
3. Cubrir la cabeza con gorros o sombreros.
4. Utilizar productos de protección solar con un factor elevado y adecuados a la edad (no usarlos en menores de 6 meses), tipo de piel y zona del cuerpo. Aplicar, en cantidades generosas, 30 minutos antes de la exposición, renovar cada dos horas y después de cada baño. Recordar que ni siquiera estos protectores solares pueden garantizar una protección total frente a los riesgos que la radiación ultravioleta entraña para la salud. La única forma de evitar completamente los daños del sol es evitar la exposición.
5. Proteger especialmente a los niños y adolescentes, ya que son muy sensibles a sobreexposiciones al sol en la época de primavera-verano. Se debe evitar también que menores de 3 años estén expuestos directamente al sol. Se aconsejan factores de protección solar mayores de 40 resistentes al agua.
6. Cuando se realicen actividades al aire libre, sobre todo en primavera o verano, es recomendable usar gafas de sol con filtro UV-A y UV-B homologadas.
7. Extremar estas precauciones en exposiciones sobre y en el agua, ya que la radiación puede penetrar hasta un metro en el agua clara. Recordar también que el riesgo de quemaduras solares se incrementa con la altura y la nieve por lo que en la montaña se deben seguir estos mismos consejos.



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La leche materna y/o la leche de fórmula satisfacen las necesidades nutricionales infantiles durante los primeros seis meses de vida.

Sobre esta edad los niños son capaces de mantenerse sentados, muestran interés por otras comidas y pierden el reflejo de extrusión (rechazar con la lengua alimentos no líquidos).

Así pues, se aconseja iniciar la alimentación complementaria alrededor de los 6 meses.

La introducción de nuevos alimentos debe complementar, no sustituir la lactancia; de los 6 a los 12 meses la leche materna o de fórmula debe aportar el 50% de las calorías: 4-5 tomas de lactancia materna o 500 ml de leche de fórmula.

El orden en la introducción de los alimentos no es importante. Sobran las recomendaciones estrictas y hay que adaptarse a las necesidades de cada niño, teniendo en cuenta que a esta edad la leche con pequeñas porciones de alimentos variados cubren todas sus necesidades nutricionales.

Se aconseja empezar con raciones pequeñas aumentando lentamente tanto la variedad como la cantidad y adaptando la alimentación a sus habilidades y a los hábitos de la familia.

Para asegurar un adecuado aporte de hierro se puede empezar introduciendo puré de carne o cereales enriquecidos con hierro.

Para favorecer el desarrollo del niño y la autorregulación del apetito se recomienda que los alimentos complementarios sean ofrecidos con cuchara o con la mano.

Para el bebé será un cúmulo de experiencias nuevas (cuchara, consistencia, sabores...). **Hacédselas agradables y respetad siempre su apetito.**

Ante el rechazo insistente de un alimento, dejádselo de dar y esperad unos días para volver a ofrecérselo.

Ante la aparición de algún cambio en el niño coincidiendo con la introducción de un nuevo alimento, consultad.

Se recomienda no añadir ni sal ni azúcar a las comidas.

Se debe evitar la miel hasta el año de edad (por la posibilidad de causar botulismo en el lactante)

CEREALES a los meses. Se pueden añadir progresivamente a la leche, la fruta o hacer una papilla con agua, zumo o caldo. Los cereales con gluten deben de introducir-

• se antes de los 7 meses. No usar cereales con miel o chocolate.

PURÉ DE VERDURAS a los meses. Podéis hacer un puré utilizando las siguientes verduras: patata, puerro, zanahoria, guisante, judía, calabacín o tomate. Empezad haciendo un puré sencillo con dos o tres verduras e id añadiendo otras nuevas para hacerlo más variado. Conviene cocerlas al vapor o con poco agua, durante poco tiempo. Después de batirlas debéis añadir una cucharadita de aceite de oliva crudo. No añadir sal.

Si al principio toma poca cantidad de puré podéis completar la comida con leche.

Introducir las verduras de hoja verde a partir del año de vida, procurando tomar estos purés en el día o congelarlos.

CARNE a los.....meses, debéis añadir una cantidad de unos 20 gramos (equivalente a una medalla del tamaño de la palma del niño) por cada ración de puré.

Se empieza por carne de pollo y luego ternera.

A partir de los meses podéis ir añadiendo otras carnes como el conejo, pavo, vaca, cordero...

FRUTAS a los meses. Se preparan batiendo fruta madura, pelada y del tiempo, excepto la fresa, el kiwi y el melocotón que se introducirán más tarde. También pueden ofrecerse aplastadas. No se debe añadir miel, galletas, leche condensada, azúcar, etc.

Ante un cuadro de diarrea utilizad frutas astringentes: manzana, plátano y limón.

Ante un cuadro de estreñimiento utilizad frutas laxantes: naranja, pera, uva y mandarina.

Al principio es normal que coman poca cantidad de frutas, podéis completar la toma con leche.

YOGUR a los meses. No debe sustituir a otros alimentos fundamentales como fruta o verdura. Utilizad yogur natural y sin azúcar.

PESCADO a los meses. Se dará una cantidad de unos 25 gramos de pescado blanco cocido añadido al puré, alternándolo con la carne. El pescado congelado tiene el mismo valor nutritivo que el fresco.

El pescado azul a los meses, procurando utilizar pescados de pequeño tamaño (bocarte, sardina...) extremando las precauciones en la eliminación de las espinas.

YEMA DE HUEVO a los meses. Añadirla al puré bien cocida (nunca cruda).

ARROZ a los meses. Podéis incorporar un poco de arroz cocido al puré, salvo que el niño sea muy estreñido.



LEGUMBRES a los meses.

CLARA DE HUEVO a los meses. Huevo cocido entero o bien en tortilla francesa.

Los niños mayores de 1 año pueden tomar leche de vaca entera sin diluir.

A partir del año el niño puede comer lo que coma la familia, siempre que la dieta familiar sea sana y equilibrada.

Un ambiente cómodo y relajado facilita la alimentación y proporciona oportunidades para el aprendizaje y el placer.

En los meses sucesivos, debido al crecimiento infantil más lento, habrá una disminución progresiva del apetito más marcada a partir de los 12-15 meses.

Nunca se debe forzar la alimentación



PÓSTER: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
Pirámide de Cantabria

GOBIERNO de CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Alimentación ocasional:
Hay productos que sólo deberían tomarse de forma ocasional, como bollos, dulces, refrescos, "chucherías" o patatas fritas y similares.

Alimentación semanal:
Pescados blancos y azules, legumbres, huevos, carnes, embutidos, frutos secos... son alimentos importantes y pueden combinarse con otros, debiendo consumirse varias veces a la semana, aunque no todos los días.

Alimentación diaria:
Alimentos como las frutas, verduras y hortalizas, cereales, productos lácteos, pan y aceite de oliva deben ser la base de la dieta, y consumirse a diario. También el arroz y la pasta pueden alternarse.

Actividad física ocasional:
Dedicar poco tiempo a actividades sedentarias como ver la televisión, jugar con videojuegos o utilizar el ordenador.

Actividad física semanal:
Practicar varias veces a la semana algún deporte o actividad física, como la gimnasia, la natación, el tenis, el atletismo o los deportes de equipo.

Actividad física diaria:
Realizar todos los días durante al menos 30 minutos alguna actividad física moderada como caminar, ir al trabajo o al colegio andando, sacar a pasear al perro o subir las escaleras a pie en vez de utilizar el ascensor.

La leche materna es la base de la alimentación saludable.

El agua es fundamental en la nutrición, y deben beberse entre 1 y 2 litros diarios.

EN OCASIONES

VARIAS VECES

POR SEMANA

A DIARIO

LACTANCIA MATERNA A DIARIO

2l. de agua diarios

CEREALES

LECHE

www.saludcantabria.org



LA ALIMENTACIÓN DE TUS NIÑOS

nutrición saludable de la infancia a la adolescencia

LA ALIMENTACIÓN DE TUS NIÑOS

estrategia naos

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

GOBIERNO de CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

ADHESIVO: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES





MARCAPÁGINAS



DÍPTICO: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

¿Cuántos días a la semana haces actividad física durante 1 hora o más?



Días: 0 1 2 3 4 5 6 7
 Poco Actividad Regular Mucha Actividad

- Si estás en **ROJO**, ¡deberías empezar a moverte!! al menos un poco cada día. Puedes caminar, apuntarte a algún deporte, jugar al aire libre...
- Si estás en **AZUL**, ¡necesitas mejorar!. Deberías hacer más actividad física. Reduce un poco tus hábitos sedentarios.
- Si estás en **VERDE**, ¡ENHORABUENA!! Sigue así. Tu actividad física te permite estar saludable y en forma.

12 consejos saludables

1. Come sano, es fácil
2. Despierta, desayuna
3. Vive activamente, muévete
4. Haz deporte, diviértete
5. Quitate la sed con agua
6. Come legumbres, arroz y pasta
7. Toma frutas y verduras, "cinco al día"
8. Elige alimentos con fibra
9. Consume más pescado
10. Reduce las grasas
11. Deja la sal en el salero
12. Mantén el peso adecuado

Pirámide sobre ESTILOS de VIDA SALUDABLES de CANTABRIA

La alimentación saludable, variada y placentera, acompañada de la práctica habitual de ejercicio físico son claves para la prevención, alivio y tratamiento de muchas enfermedades.

El ejercicio físico continuado, acompañado de una dieta equilibrada, contribuye a la regulación del peso corporal, evita la obesidad y previene enfermedades.

Cuanto antes se incorporen estos hábitos saludables a nuestro estilo de vida, mayores serán los beneficios obtenidos.

La pirámide sobre Estilos de Vida Saludables de Cantabria se recomienda tanto a la población infantil como adulta.



Pirámide sobre ESTILOS de VIDA SALUDABLES de CANTABRIA

Alimentación ocasional:
 Hay productos que sólo deberían tomarse de forma ocasional, como bollos, dulces, refrescos, "chucherías" o patatas fritas y similares.

Alimentación semanal:
 Pescados blancos y azules, legumbres, huevos, carnes, embutidos, frutos secos... son alimentos importantes y pueden combinarse con otros, debiendo consumirse varias veces a la semana, aunque no todos los días.

Alimentación diaria:
 Alimentos como las frutas, verduras y hortalizas, cereales, productos lácteos, pan y aceite de oliva deben ser la base de la dieta, y consumirse a diario. También el arroz y la pasta pueden alternarse.

La leche materna es la base de la alimentación saludable.



Actividad física ocasional:
 Dedicar poco tiempo a actividades sedentarias como ver la televisión, jugar con videojuegos o utilizar el ordenador.

Actividad física semanal:
 Practicar varias veces a la semana algún deporte o actividad física, como la gimnasia, la natación, el tenis, el atletismo o los deportes de equipo.

Actividad física diaria:
 Realizar todos los días durante al menos 30 minutos alguna actividad física moderada como caminar, ir al trabajo o al colegio andando, sacar a pasear al perro o subir las escaleras a pie en vez de utilizar el ascensor.

El agua es fundamental en la nutrición, y deben beberse entre 1 y 2 litros diarios.





ANTICONCEPCIÓN (PRESERVATIVO MASCULINO)

Existen numerosos métodos anticonceptivos, cada uno de ellos está indicado para una determinada circunstancia.

Si mantienes relaciones sexuales esporádicas no olvides utilizar el preservativo, si las vas a mantener habitualmente utiliza la doble protección (preservativo y anticoncepción hormonal).

Si vas a utilizar la anticoncepción hormonal consulta con tu médico.

El preservativo protege de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo.

Ofrece una seguridad anticonceptiva de un 99% utilizado correctamente; el 1% de fallos son debidos a falta de conocimientos y de habilidades para su utilización.

¿Por qué se puede romper?:

- Por rasgado con las uñas, dientes u otros objetos afilados al abrir el envoltorio.
- Por no eliminar el aire de la cámara superior del preservativo.
- Por ponerlo al revés, con el pene en semierección o por desenrollarlo antes de la colocación.
- Por una conservación inadecuada: variaciones de temperatura, aplastamientos...
- Por rotura con ortodoncia o piercings en los genitales o en la boca.

El preservativo es de un solo uso. No es reutilizable.

El preservativo tiene fecha de caducidad. Si está caducado no es fiable.

Para su uso es necesario que la vagina esté lubricada, de lo contrario es probable que se rompa. Esta es una causa muy frecuente de rotura. Los preliminares promueven la lubricación.

No deben utilizarse lubricantes aceitosos (vaselina, aceites...), porque dañan el condón y pueden afectar su seguridad.

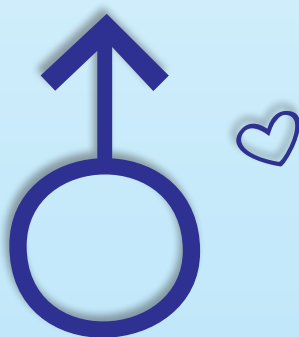
El crecimiento del vello púbico después de la depilación también es un factor a tener en cuenta ("pinchazos").

Utilización

Es importante seguir adecuadamente los siguientes pasos para una correcta utilización:

- Abrir el preservativo con cuidado de no dañarlo con uñas, anillos o dientes.
- Presionar la punta del depósito del preservativo para expulsar el aire y dejar espacio para el semen. Si el preservativo no lleva depósito, éste debe hacerse al colocarlo, dejando un espacio libre en la punta del pene.
- Colocar el preservativo sobre el pene en erección, antes de cualquier penetración vaginal, anal u oral.
- Desenrollar el preservativo hasta cubrir completamente el pene.
- Usarlo durante toda la penetración.
- Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el pene sujetando el preservativo por la base.
- Comprobar que no se ha roto, anudarlo y tirarlo a la basura, nunca al WC ni a la calle (hay que tener en cuenta que los preservativos no son biodegradables).

Usar uno nuevo cada vez que se mantenga una relación sexual y si se cambia de práctica sexual (penetración vaginal, anal u oral).





ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS)

La anticoncepción de urgencia se utiliza para impedir un embarazo después de un coito no protegido, en un período de tiempo determinado.

No previene las infecciones de transmisión sexual.

Debemos conocer una serie de premisas y tenerlas presentes por si un día tenemos que utilizarla:

- En la anticoncepción de urgencia se administra un preparado hormonal. Debe tomarse cuanto antes y siempre dentro de las 72 horas siguientes al coito no protegido.
- Cuando se toma en las primeras 24h después de la relación de riesgo, la eficacia es del 95%.
- Evita el embarazo antes de que se haya producido, no actúa si estás embarazada.
- Tiene efectos secundarios (náuseas, vómitos).

Donde acudir en caso de necesidad:

- Centros de salud.
- Servicios de urgencias.
- Centro de planificación familiar “La Cagiga”.
- Farmacias.







12. EVALUACIÓN

En este capítulo se recogen los indicadores de seguimiento del programa PSIA que se consideran mínimos para poder evaluar su desarrollo e implantación en las consultas de atención primaria de Cantabria. Existe poca experiencia así como pocas publicaciones que recojan datos sobre la evaluación de estos programas sobre todo por la dificultad de consensuar cuales deben de ser estos indicadores. Estos problemas quedan claramente reflejados en el Programa de Salud Infantil/AEPap /2009 (PSI/AEPap) en su capítulo 8, "Calidad en los cuidados preventivos. Criterios de calidad e indicadores," en cuya introducción refieren: "En relación a los indicadores que se pueden medir, la mayoría guardan relación con el tipo de actividad desarrollada, es decir con el proceso de atención, y pocos se relacionan con los resultados en salud. Si bien las mediciones realizadas con los resultados en salud serían las idóneas, se debe considerar la dificultad en su obtención, dado el origen multifactorial de muchos de ellos y el tiempo de seguimiento requerido".

En España, algunos de los Programas de Promoción de la Salud Infantil y de la Adolescencia realizados en otras CCAA y/o sus actualizaciones respecto a su evaluación o bien no los incluyen, o establecen indicadores de captación y coberturas.

La actual Cartera de Servicios en Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (basada en el R.D.1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización), recoge entre otras, las diferentes actividades relacionadas con la promoción de la salud infantil y del adolescente incluyendo los siguientes servicios, con sus respectivos indicadores, a partir del año 2007:

- Servicio 101: Vacunaciones infantiles de 0 -14 años.
- Servicio 102: Revisiones del niño sano de 0-23 meses.
- Servicio 103: Revisión del niño sano de 2-5 años.
- Servicio 104: Revisión del niño sano de 6-14 años.
- Servicio 106. Prevención de la caries infantil.
- Servicio 108: Promoción y fomento de la lactancia materna.
- Servicio 109: Fisioterapia en atención temprana.
- Servicio 110: Logopedia en atención temprana.
- Servicio 111: Estimulación en atención temprana.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

En este Programa se recogen indicadores de los siguientes apartados:

1. **Cobertura Poblacional.**
2. **Cribado de enfermedades endocrino-metabólicas congénitas.**
3. **Cribado de otras alteraciones congénitas: Hipoacusia Neurosensorial.**
4. **Lactancia Materna.**
5. **Vacunaciones.**
6. **Crecimiento Físico: Exceso de Peso (Sobrepeso y Obesidad).**
7. **Cribado Visual.**
8. **Problema social y/o maltrato infantil desde el ámbito sanitario.**

Si es factible, se desglosarán por sexo.

1. COBERTURA POBLACIONAL

1.1. Infantil

Objetivo:

Al menos el 95% del total de recién nacidos (RN) en Cantabria serán captados por el Programa en el periodo evaluado.

1.1.1 Cobertura neonatal con TSI

$$\frac{\text{Nº de RN de Cantabria captados en el periodo evaluado}}{\text{Nº de RN de Cantabria con Tarjeta Sanitaria (TSI) en el periodo evaluado}} \times 100$$

1.1.2 Cobertura neonatal total

$$\frac{\text{Nº de RN de Cantabria captados en el periodo evaluado}}{\text{Nº de RN de Cantabria (ICANE) en el periodo evaluado}} \times 100$$



1.2. De las revisiones de salud

Objetivo: Realizar en la población infantil y adolescente con TSI de Cantabria, las revisiones del Programa que corresponden hacer, desglosado por grupos de edad, y cuantificado por objetivos.

- 1.2.1. De 0 a 23 meses (ambos incluidos a.i.) Objetivo $\geq 85\%$
- 1.2.2. De 24 meses a 5 años (a.i.) Objetivo $\geq 80\%$
- 1.2.3. De 6 años a 14 años (a.i.) Objetivo $\geq 75\%$
- 1.2.4. De 16 años Visita opcional (no cuantifica objetivo)

1.2.1. De las revisiones de salud de 0 meses a 23 meses:

Nº de niños y niñas de 0 a 23 meses (a.i) con TSI de Cantabria, que tengan hechas todas las revisiones que corresponden para su edad en el periodo evaluado

X 100

Nº de niños y niñas de 0 a 23 meses (a.i) con TSI de Cantabria en el periodo evaluado

1.2.2. De las revisiones de salud de 24 meses a 5 años:

Nº de niños y niñas de 24 meses a 5 años (a.i) con TSI de Cantabria, que tengan hechas todas las revisiones que corresponden para su edad en el periodo evaluado

X 100

Nº de niños y niñas de 24 meses a 5 años (a.i) con TSI de Cantabria en el periodo evaluado

1.2.3. De las revisiones de salud de 6 a 14 años

Nº de niños y niñas de 6 años a 14 años (a.i) con TSI de Cantabria, que tengan hechas todas las revisiones que corresponden para su edad en el periodo evaluado

X 100

Nº de niños y niñas de 6 años a 14 años (a.i) con TSI de Cantabria en el periodo evaluado

1.2.4. De las revisiones de salud de 16 años

Nº de niños y niñas de 16 años con TSI de Cantabria, que tengan hechas todas las revisiones que corresponden para su edad en el periodo evaluado

X 100

Nº de niños y niñas de 16 años con TSI de Cantabria en el periodo evaluado

2. CRIBADO DE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS CONGÉNITAS

De estos cribados, en la fecha actual, los tres primeros cuentan con Programas específicos de intervención con sus propios registros y evaluaciones.

Objetivo: conocer la tasa de incidencia de la correspondiente enfermedad en Cantabria, en el periodo evaluado.

2.1. Hipotiroidismo neonatal

Nº de Hipotiroidismos neonatales / Nº de RN participantes X 1000

2.2. Fenilcetonuria

Nº de Fenilcetonurias neonatales / Nº de RN participantes X 1000

2.3. Fibrosis quística

Nº de Fibrosis Quísticas neonatales / Nº de RN participantes X 1000

2.4. Deficiencia de Acil-Co A deshidrogenasa de cadena media (MCADD)

Nº de Deficiencias de Acil-Co A deshidrogenasa de cadena media (MCADD) neonatales / Nº de RN participantes X 1000

2.5. Deficiencia de 3 Hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD)

Nº de Deficiencias de 3 Hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD) neonatales / Nº de RN participantes X 1000

2.6. Deficiencia de Acidemia Glutárica tipo 1

Nº de Deficiencias de Acidemia Glutárica tipo 1 neonatales / Nº de RN X 1000

2.7. Anemia Falciforme

Nº de Anemias Falciformes neonatales / Nº de RN participantes X 1000



3. CRIBADO DE OTRAS ALTERACIONES CONGÉNITAS

3.1. Hipoacusia neurosensorial congénita

Objetivo: conocer la tasa de incidencia de Hipoacusia neurosensorial bilateral y unilateral congénita, en Cantabria en el periodo evaluado.

3.1.1 Incidencia de Hipoacusia neurosensorial bilateral

Nº de lactantes de 6 meses con Hipoacusia neurosensorial bilateral congénita en el periodo evaluado / Nº de RN participantes en el periodo evaluado X 1000

3.1.2. Incidencia de Hipoacusia neurosensorial unilateral

Nº de lactantes de 6 meses con Hipoacusia neurosensorial unilateral congénita en el periodo evaluado / Nº de RN participantes en el periodo evaluado X 1000

4. LACTANCIA MATERNA

4.1. Lactancia materna exclusiva (LME) al mes de vida

Objetivo: LME en lactantes al mes de vida $\geq 75\%$ en el periodo evaluado.

Nº de lactantes al mes de vida que recibieron solamente leche materna el día anterior a la visita al centro de salud en el periodo evaluado

x 100

Nº de lactantes al mes de vida controlados en el Programa en el periodo evaluado

4.2. Lactancia materna exclusiva a los 4 meses de vida

Nº de lactantes de 4 meses de edad que recibieron solamente leche materna el día anterior a la visita al centro de salud en el periodo evaluado

x100

Nº de lactantes de 4 meses de edad controlados en el Programa en el periodo evaluado

4.3. Lactancia materna exclusiva a los 6 meses de vida

Nº de lactantes de 6 meses de edad que recibieron solamente leche materna el día anterior a la visita al centro de salud en el periodo evaluado

x100

Nº de lactantes de 6 meses de edad controlados en el Programa en el periodo evaluado

5. VACUNACIONES

El Programa de Vacunaciones en Cantabria, cuenta con un Programa específico con su propio registro y evaluación.

Objetivo: universalizar la captación y cobertura de la población objeto del Programa.

Al menos el 95% de los niños/as de edades comprendidas entre 0 y 14 años habrán recibido las vacunas correspondientes a su edad en el periodo evaluado, según calendario vigente.

5.1. Captación vacunal

N° de RN de Cantabria que han recibido la vacuna de Hepatitis B en el periodo evaluado	x 100
<hr/> N° de RN de Cantabria con TSI en el periodo evaluado	
N° de RN de Cantabria que han recibido la vacuna de Hepatitis B en el periodo evaluado	x 100
<hr/> N° de RN de Cantabria en el periodo evaluado (ICANE)	

5.2. Cobertura vacunal

N° de chicos y chicas de 14 años de Cantabria captados por el Programa de Vacunaciones que han recibido la vacuna Td durante el periodo evaluado	X100
<hr/> N° total de chicos y chicas 14 años de Cantabria con TSI en el periodo evaluado	
N° de chicos y chicas de 14 años de Cantabria captados por el Programa de Vacunaciones que han recibido la vacuna Td durante el periodo evaluado	X100
<hr/> N° total de chicos y chicas de 14 años de Cantabria en el periodo evaluado (ICANE)	



6. CRECIMIENTO FISICO: EXCESO DE PESO (SOBREPESO Y OBESIDAD)

6.1 Prevalencia de sobrepeso (IMC entre pc 85 y pc 97)

Objetivo: conocer la prevalencia del sobrepeso, en la población captada por el Programa desglosada por grupos de edad desde los 2 años y sexo.

$$\frac{\text{Nº de niños y niñas de 2 a 5 años con sobrepeso (IMC entre pc 85 y pc 97) registrados en el periodo evaluado}}{\text{Nº de niños y niñas de 2 a 5 años atendidos en visita programada en el periodo evaluado}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de niños y niñas de 6 a 10 años con sobrepeso (IMC entre pc 85 y pc 97) registrados en el periodo evaluado}}{\text{Nº de niños y niñas de 6 a 10 años atendidos en visita programada en el periodo evaluado}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de chicos y chicas de 11 a 15 años con sobrepeso (IMC entre pc 85 y pc 97) registrados en el periodo evaluado}}{\text{Nº de chicos y chicas de 11 a 15 años atendidos en visita programada en el periodo evaluado}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de chicos y chicas de 16 años con sobrepeso (IMC entre pc 85 y pc 97) registrados en el periodo evaluado}}{\text{Nº de chicos y chicas de 16 años atendidos en visita programada en el periodo evaluado}} \times 100$$

6.2 Prevalencia de obesidad (IMC > pc 97)

$$\frac{\text{Nº de niños y niñas de 2 a 5 años con obesidad (IMC > pc 97) registrados en el periodo evaluado}}{\text{Nº de niños y niñas de 2 a 5 años atendidos en visita programada en el periodo evaluado}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de niños y niñas de 6 a 10 años con obesidad (IMC > pc 97) registrados en el periodo evaluado}}{\text{Nº de niños y niñas de 6 a 10 años atendidos en visita programada en el periodo evaluado}} \times 100$$

Nº de chicos y chicas de 11 a 15 años con obesidad (IMC > pc 97)
registrados en el periodo evaluado

X 100

Nº de chicos y chicas de 11 a 15 años atendidos en visita programada
en el periodo evaluado

Nº de chicos y chicas de 16 años con obesidad (IMC > pc 97) registrados
en el periodo evaluado

X 100

Nº de chicos y chicas de 16 años atendidos en visita programada
en el periodo evaluado

7. CRIBADO VISUAL

Objetivo: exploración ocular y de agudeza visual a todos los niños y niñas del Programa, por grupos de edad.

7.1. Cobertura de exploración ocular en lactantes

Nº de lactantes de 0 a 2 años con exploración ocular realizada

X 100

Nº de lactantes de 0 a 2 años controlados en el Programa
en el periodo evaluado

7.2. Cobertura de exploración ocular y agudeza visual en niños de 3 a ≤ 5 años

Nº de niños y niñas de 3 a ≤ 5 años con exploración ocular
y visual (optotipos) realizada

X 100

Nº de niños y niñas de 3 a ≤ 5 años controlados en el Programa
en el periodo evaluado

7.3. Cobertura de exploración ocular y agudeza visual en niños de 6 a 14 años

Nº de niños y niñas de 6 a 14 años con exploración ocular
y visual (optotipos) realizada

X 100

Nº de niños y niñas de 6 a 14 años controlados en el Programa
en el periodo evaluado



8. PROBLEMA SOCIAL Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL AMBITO SANITARIO

8.1 Problema social derivado a Trabajador Social

Nº de niños y niñas de 0 a 14 años de edad con problema social derivado al Trabajador Social en las visitas del Programa en el periodo evaluado

X 100

Población de 0 a 14 años con TSI controlada en el periodo evaluado

8.2 Notificación de riesgo y sospecha de situaciones de desprotección o maltrato infantil

Nº de niños y niñas de 0 a 14 años de edad que son notificados por riesgo y sospecha de situaciones de desprotección o maltrato infantil en el periodo evaluado

X 100

Población de 0 a 14 años con TSI controlada en el periodo evaluado







13. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS

Bibliografía general

- AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. PSI. Programa de Salud Infantil. Madrid: Ed Exlibris; 2009.
- AEPap, PrevInfad. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. <https://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>. En todos los temas tratados en esta actualización hemos revisado las recomendaciones y monografías de PrevInfad. Hemos obviado citar cada una por separado.
- Atención a la Salud Infantil en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Documento de Consenso. Servicio Madrileño de Salud. Gerencia de Atención Primaria. En vigor Noviembre 2011.
- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Nelson. Tratado de Pediatría. 18ª edición. Madrid: Ed Elsevier España; 2009.
- Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. Medicina de la adolescencia. Madrid: Ergon; 2005.
- Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 1997. Programa de Salud Escolar de Cantabria. Guía de referencia para docentes y sanitarios.
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- Galbe Sanchez-Ventura J. ¿Son eficaces las revisiones de salud de los niños? Evid Pediatr. 2008; 4: 47.
- Gill D, O'Brien N. Exploración Clínica en Pediatría. Barcelona: Editorial Áncora; 1994.
- Grupos de expertos del PAPPS. Programa de la infancia y la adolescencia. Aten Primaria. 2012;44. Supl 1:81-99.
- Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS. Actualizado Mayo 2014. <https://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
- INSALUD. Dirección de Atención Primaria. Cantabria. Subprograma del lactante y preescolar. Santander. 1990.

- INSALUD. Dirección de Atención Primaria. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Programa de Atención al Niño Sano. Santander. 2001. (no publicado).
- Malmierca F, Pellegrini J, Malmierca AJ. Programa del niño sano. ¿A pesar de todo, útil? XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Oviedo 2009.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en atención primaria de salud. 2ª edición. Madrid. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa del escolar y adolescente en atención primaria de salud. 3ª edición. Madrid. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1986.
- Muñoz MT, Hidalgo MI, Clemente J. Pediatría extrahospitalaria. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2008.
- Nunes C, Ayala M. ¿Consejo o prescripción? Análisis de las recomendaciones pediátricas en las consultas del programa de salud infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:305.e135-e143.
- Programa de salud Infantil. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Toledo. 2003.
- Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. 2007.
- Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA). Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Prevención y Protección de la Salud Murcia. 2007.
- Redondo C, Galdó G, García M. Atención al adolescente. Santander: PubliCan Ediciones. Universidad de Cantabria; 2008.
- Silva JC. Algunas consideraciones sobre las actividades de prevención y promoción de la salud en el niño y el adolescente. XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Oviedo 2009.

Lactancia y alimentación complementaria

- Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009 Jul;49(1): 112-25.
- Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008 Jan;46(1): 99-110.



- Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas para la Unión Europea. Comisión Europea. Karolinska Institutet. Institute for Child Health IRCCS Burlo Garofolo. WHO. 2006.
- Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. 1ª edición. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2008.
- De la Rubia L, García S. Alimentación Complementaria. En Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2012.
- Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Plan de fomento de la lactancia materna (2005-2007). Santander. 2005.
- Duryea TK. Introducing solid foods and vitamin and mineral supplementation during infancy. In: Drutz JE, Motil KJ (Ed), UpTo Date, Oct 2013.
- Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129(3):e827-41.
Traducción accesible en Internet como: Amamantamiento y uso de leche humana. Declaración oficial de la AAP. Sección de Lactancia. *Pediatrics*, febrero de 2012. https://www.ihan.es/cd/documentos/AAP_BF_2012_esp.pdf
- González C. Un regalo para toda la vida. Guía de lactancia materna. Madrid: Ed Temas de Hoy; 2006.
- González C. Manual práctico de lactancia materna. 2ª edición. Barcelona. Edita ACPAM, Associació Catalana Pro Alletament Matern; 2008.
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;8. CD003517.
- Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid: Ed Elsevier España; 2007.
- Lázaro A, Martín B. Alimentación del lactante sano. En: SEGHNPAEP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Madrid: ERGON; 2010.
- Marugán de Miguel JM. Nuevas pautas de alimentación en lactantes sanos para la prevención de la enfermedad celiaca. *Bol Pediatr* 2010; 50: 53-55.
- OPS/OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. División de Salud y Desarrollo del Niño. OMS. Ginebra 1998 (WHO/CHD/98.9).

- Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2006.
- Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003.
- Recomendaciones de consumo por la presencia de nitratos en hortalizas. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/web/rincon_consumidor/subseccion/nitratos_hortalizas.shtml
- Tomico del Río, M. Taller de lactancia materna. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 390-412.
- WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2001. (WHO/NHD/O1.09,WHO/FCH/CAH O1.24).

Alimentación, ejercicio físico y prevención de la obesidad

- Castellano G, Pesquera R, Valdés R, Otero JA, Arce P, Gutiérrez JN, Álvarez L. Protocolo de prevención de la obesidad infanto-juvenil. Santander: Asociación Pontesano contra la obesidad; 2013.
- Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria. Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física en la Infancia y Adolescencia. Cantabria. Edita Consejería de Sanidad; 2010.
- Estrategia NAOS. (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/
- González C. Mi niño no me come. Madrid: Ed Temas de Hoy; 1999.
- Moreno LA, Gracia -Marco L y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Prevención de la obesidad desde la actividad física: del discurso teórico a la práctica. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 77(2): 136.e1-136.e6.
- Pesquera R. Prevalencia de obesidad infantil en Cantabria (Tesis doctoral). Santander: Universidad de Cantabria; 2010.
- Redondo C. Estado nutricional de los niños y adolescentes de Cantabria. Santander: PubliCan Ediciones. Universidad de Cantabria. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2013.



Desarrollo psicomotor

- American Academy of Pediatrics. Committee on Children with Disabilities. Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeños. *Pediatrics* (Ed esp) 2001; 52(1): 41-45.
- American Academy of Pediatrics. Johnson CP, Myers SM. Council on Children With Disabilities. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2007; 120(5): 1183-1215. (doi: 10.1542/peds.2007-2361).
- González de Aledo A. Forma revisada del Test de Denver: un instrumento útil para evaluar el desarrollo psicomotor en pediatría extrahospitalaria. *Anales Españoles de Pediatría*. 1989; 32: 372-379.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-3.
- Illingworth RS. El desarrollo infantil en sus primeras etapas. Normal y patológico. Trad esp de la 7ª edición inglesa. Barcelona: Ed Médica y Técnica; 1983.
- Illingworth RS. El niño normal. Problemas de los primeros años de vida y su tratamiento. 4ª edición. México: Ed El Manual Moderno; 2000.
- Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño. 17ª ed. Madrid: Editorial Morata; 2007.
- Piaget J et al. El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño. Reimpresión. Barcelona: Ediciones Altaya; 1999.
- Spitz R. El primer año de la vida del niño. 1ª edición. Madrid: Ed Fondo de Cultura Económica; 1969.
- Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers S, Lord C et al. Valoración y manejo clínico de los niños menores de 2 años con sospecha de trastorno del espectro autista: aportaciones de los estudios de lactantes de alto riesgo. *Pediatrics* (Ed esp). 2009; 67(5): 275-284.

Prevención de la plagiocefalia postural

- Esparza J, Hinojosa J, Muñoz MJ, Romance A, García-Recuero I, Muñoz A. Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo para un Sistema Público de Salud. *Neurocirugía* 2007; 18: 457-467.
- Laughlin J, Luerssen TG, Dias MS. Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Section on Neurological Surgery. Prevention and management of posi-

tional skull deformities in infants. *Pediatrics*. 2011; 128(6): 1236-41. doi: 10.1542/peds.2011-2220.

Atención Temprana

- Artal J, Sánchez M, Echevarría A, Minguez P (coords). *Plan de Atención Temprana 2003-2006*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. 2003.
- Cabrera MC, Sánchez C. *La estimulación precoz. Un enfoque práctico*. 4ª ed. Madrid: Ed Siglo XXI; 1984.
- Committee on Children with Disabilities. Academia Americana de Pediatría. *Papel del pediatra en los servicios de intervención centrados en la familia*. *Pediatrics* (Ed esp) 2001; 51(5): 333-336.
- Gómez A, Viquer P, Cantero MJ (coords). *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2003.
- Grupo de Atención Temprana. *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. 2002.
- Sánchez M, Echevarría A, Minguez P (coords). *Protocolo de detección/derivación de niños/as de 0-3 años con alteraciones del desarrollo o en situación de riesgo*. *Plan de Atención Temprana 2003-2006*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. 2003.

Crianza

- Charpak N. *Bebés canguro*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2006.
- Christensson K, Siles O, Moreno L, Belaustegui A, De la Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, Winberg J. y cols. *Temperature metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot*. *Acta Paediatr* 1992; 81:448-493.
- Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas-Moberg K, Winberg J. *Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact*. *Acta Paediatr* 1995;84: 468-73.
- Del Olmo C. *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Ed Clave intelectual; 2013.
- Gómez A. *El poder de las caricias*. Madrid: Espasa Calpe; 2010.
- González C. *Bésame mucho*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 2003.



- Harris J. El mito de la educación. Por qué los padres pueden influir muy poco en sus hijos. 2ª edición. Barcelona: Editorial Grijalbo; 1999.
- Jové R. La crianza feliz. Madrid: Ed La Esfera de los libros; 2009.
- Klaus M, Klaus P. Su sorprendente recién nacido. Barcelona: Ediciones Medici; 2004.
- Nylander G. Maternidad y lactancia. Barcelona: Ediciones Granica; 2004.
- Parker S, Zuckerman B. *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona: Masson – Little, Brown; 1996.
- Rollán A. Llanto del recién nacido y del lactante. *Bol Pediatr* 2001; 41: 3-8.
- Spock B, Rotthenberg MB. Dr. Spock. Tu hijo. Buenos Aires: Ed Javier Vergara; 1989.

Profilaxis con vitamina D

- Misra M et al. Deficiencia de vitamina D en los niños y su tratamiento: revisión del conocimiento y las recomendaciones actuales. *Pediatrics (Ed esp)*. 2008; 66(2): 86-106.
- Wagner CL et al. Prevención del raquitismo y la deficiencia de vitamina D en lactantes, niños y adolescentes. *Pediatrics (Ed esp)*. 2008; 66(5): 321-31.

Profilaxis con yodo

- Donnay S, et al. Suplementación con yodo durante el embarazo y la lactancia. Toma de posición del Grupo de Trabajo de Trastornos relacionados con la Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.05.004>
- Pallás, CR. Suplementos de yodo en la gestación y la lactancia. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]*. Actualizado febrero 2014. <http://www.aepap.org/previnfad/yodoemb.htm>

Profilaxis con flúor

- American Dental Association Council on Scientific Affairs. Evidence-based clinical recommendations on the prescription of dietary fluoride. *J Am Dent Assoc* 2010; 141(12): 1480-1489.
- Documento de consenso: European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) con la Sociedad Española de Odontopediatría. Protocolo para el uso de flúor en niños. http://www.odontologiapediatrica.com/protocolo_de_la_academia_europea_consenso_europeo.

- Ismail AI and Hasson H. Fluoride supplements, dental caries and fluorosis: A systematic review. *J Am Dent Assoc* 2008; 139: 1457-1468.
- Virginia A. Moyer, on behalf of the US Preventive Services Task Force. Prevention of Dental Caries in Children From Birth Through Age 5 Years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics* 2014; 133:6 1102-1111; doi:10.1542/peds.2014-0483.
- Vitoria Miñana, I. Promoción de la salud bucodental. En *Recomendaciones Prevnfad/PAPPS* [en línea]. Actualizado marzo de 2011. [consultado 15-12.2013A] <http://www.aepap.org/prevnfad/Dental.htm>

Exploración visual

- American Academy of Pediatrics. Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Exploración ocular en lactantes, niños y adultos jóvenes efectuada por el pediatra. *Pediatrics* (Ed esp) 2003; 55(4): 248-253.
- American Academy of Pediatrics. Section on Ophthalmology. Exploración del reflejo rojo en recién nacidos, lactantes y niños. *Pediatrics* (Ed esp) 2008; 66(6): 400-403.
- Bonilla C, Montes A, Rollán A, Diego M, Gómez-Ullate P y Glez de Aledo A. Colaboración en el screening con optotipos a la edad de 3 años y evolución de los no colaboradores. Comunicación en la V Reunión Anual de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP. Santander. Octubre 1991.

Prueba tuberculínica

- Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Cantabria. Santander. 1998.
- Del Río G, Perea-Milla E, Romero J, González A, Muñumel B, Martín O, Martínez M, Pérez J. Prevalencia de infección por tuberculosis en una población escolar mediterránea (con y sin vacunación antituberculosa). *Arch Bronconeumol*. 2008;44:75-80. - Vol. 44 Núm.02 (doi: 10.1157/13115746).
- Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). *An Pediatr (Barc)*. 2010;73:143.e1-143.e14.
- Espinosa M, Vázquez R, Gayoso P. La prueba de tuberculina en los controles del niño sano. ¿Debemos cambiar nuestra práctica? *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(3):225-8.



- Rollán A, Bonilla C, González de Aledo A, Linos, Diego MC, Obeso M, Montes A. Prevalencia de infección tuberculosa en niños y niñas menores de 7 años en Cantabria, ¿con qué periodicidad realizar la prueba tuberculínica? *An Esp Pediatr* 1997; 46:241-244.

Tabaco y otras drogas

- Been J, Nurmatov U, Cox B, Nawrot T, van Schayck C, Sheikh A Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta analysis www.thelancet.com Published online March 28, 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60082-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60082-9)
- Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. Resumen. WHO/NMH/TFI/11.3.
- Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Resumen. WHO/NMH/PND/13.2
- Moneo Hernández I, Forés Catalá A, Esteller Carceller M. Tabaquismo. Papel del Pediatra de Atención Primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-8). Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>
- Paniagua H, García S, Castellano G, Sarrallé R, Redondo C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 121-128.

Vacunaciones

- González de Aledo A, Marugán A, Ravelo R, Flor V. Comisión mixta: Dirección General de Salud Pública y Servicio Cántabro de Salud. Programa de vacunaciones. Cantabria 2014. Santander: Ed Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2013.
- Pickering LK, Baker CJ, Kimberling DW, Long SS, eds. *Red Book*, 2009. Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Americana de Pediatría. 28ª edición. México. Ed Med Panamericana. 2010.

Relación con los pacientes

- Bayés R. La importancia de los pequeños detalles. En Remor E, Arranz P, Ulla S. *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. 1ª edición. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2007. p. 17-24.

- Borrell i Carrió F. *Manual de Entrevista Clínica*. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1989.
- Neighbour R. *La consulta interior*. 1ª ed. Barcelona: J&C. Ediciones médicas; 1998.
- Winckler M. *La enfermedad de Sachs*. Madrid: Ediciones Akal; 1999.

Lectura

- AEPap. Promoción de la lectura. (Abril-2014). www.familiaysalud.es
- Gustavo Otero. "Anímate a leer" <http://www.gustavootero.com/animacion.htm>
- High P, LaGasse L, Becker S et al. Literacy Promotion in Primary Care Pediatrics: Can We Make a Difference? *Pediatrics* 2000; 105: 927-934.
- Klass P. Pediatrics by the book: pediatricians and literacy promotion. *Pediatrics* 2002; 110;989-995 (doi: 10.1542/peds.110.5.989).
- Mata Anaya J. Lectura, emociones, salud. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2014*. Madrid Exlibris Ediciones; 2014. p. 83-89.
- Pennac D. *Como una novela*. Barcelona: Editorial Anagrama; 1993.

Prevención del maltrato infantil

- American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Síndrome del niño zarandeado: lesiones craneales por giro. Informe técnico. *Pediatrics (Ed esp)* 2001; 52(1): 46-50.
- American Academy of Pediatrics. Christian CW, Block R and Committee on Child Abuse and Neglect. Traumatismo craneal por malos tratos en lactantes y niños. *Pediatrics (Ed esp)* 2009; 67(5): 297-300.
- Consejería de Empleo y Bienestar Social del Gobierno de Cantabria. *Manual Cantabria. Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Educativo*. Santander: Edita: Dirección General de Políticas Sociales; 2011.
- *Cuadernos de Pediatría Social de la Sociedad Española de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría*. Maltrato infantil. Número 16 (Febrero-2012) www.pediatriasocial.es
- Gómez E, Agudo MJ. *Guía para la atención al maltrato infantil desde los servicios sanitarios*. Santander: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cantabria; 2002.
- Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Maltrato infantil: detección, notificación y*



registro de casos. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.

- Informe del Centro Reina Sofía. Maltrato infantil en la familia en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. 2011.
- Informe elaborado por la Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia. Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia. (Datos 2009). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.
- OMS y Sociedad Internacional para la prevención del maltrato y el abandono de los niños. Prevención del maltrato infantil: qué hacer y como obtener evidencias. OMS. Ginebra 2009.

Televisión y medios de comunicación

- American Academy of Pediatrics, Council on Communications and Media. Children, Adolescents, and the Media. *Pediatrics*. 2013;132(5):958-961 (doi: 10.1542/peds.2013-2656).
- American Academy of Pediatrics, Council on Communications and Media. Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics*. 2011;128(5):1040-1045 (doi: 10.1542/peds.2011-1753).
- Bercedo A, et al. Consumo de medios de comunicación en la adolescencia. *An Pediatr*. 2005;63:516-525.
- Paniagua H. Repetto. Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación. *Pediatr Integral* 2013; XVIII (10).
- Redondo C, Bercedo A, Capa L, González-Alciturri MA. La televisión como hábito no saludable en el niño. Santander: Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales; 2000.

Educación sexual y anticoncepción

- Alvarez A, Bustamante E, Camús M, Fernández MJ, González J, Mora E, Muñoz M, Sánchez M. Anticoncepción de emergencia. Protocolo de dispensación. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria 2006.
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. "Sexualidad y Jóvenes: píldora postcoital". 2012.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. SCS. Gobierno de Cantabria. Tríptico: Anticoncepción postcoital "píldora del día después". 2009.

- Guías de Salud: Salud VIII “Chicas adolescentes”. Instituto de la mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Hernández G, Jaramillo C. La educación sexual de niñas y niños de 6 a 12 años. Guía para madres, padres y profesorado de Educación Primaria. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE). 2006.
- Quintana C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2013; XVII(3): 171-184.
- <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/preservativo.htm#usoPrMasculino>.

Violencia de género

- Calle M, Del Olmo L, Cofán M, Pérez ML, Abellán M. Guía de prevención de violencia de género en la adolescencia. Edita Ayto de Boadilla del Monte. 2008.

Recién nacidos < 1500 gramos y/o < de 32 semanas de gestación

- Costeloe KL, Hennessy EM, Haider S, Stacey F, Marlow N, Draper ES. Short term outcomes after extreme preterm birth in England: comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006 (the EPICure studies). *BMJ*. 2012;345:e7976. doi: 10.1136/bmj.e7976.
- ESPGHAN Committee on Nutrition. Enteral Nutrient Supply for Preterm Infants: Commentary from the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric*. 2010, 97, 407-413.
- Estudio EPICure. <http://www.epicure.ac.uk/>
- European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. <http://www.espghan.med.up.pt/>
- Figueras J, Pérez-Rodríguez J, Guzmán J, García P, Carrizosa T, Salas S, Fernández MJ, Valls A, Fernández C. Grupo SEN1500. Análisis de Resultados de los Datos de Morbimortalidad 2006-2010. Informe Anual SEN1500, 2012.
- Moore T, Hennessy EM, Miles J, Johnson SJ, Draper ES, Costeloe KL. Neurological and developmental outcome in extremely preterm children born in England in 1995 and 2006: The Epicure Studies. *BMJ*. 2012; 345:e7961.
- Sociedad Española de Neonatología. <http://www.se-neonatal.es/>.



- Steven A, Abrams MD. Committee on Nutrition. Calcium and Vitamin D Requirements of Enterally Fed Preterm Infants *Pediatrics*. 2013 131(7); 1676-1683-92 (doi: 10.1542/peds.2013-0420).

Síndrome de Down

- Borrel JM, Florez J, Serés A, Fernández R, Albert J, Prieto C, Otal M, Martínez S. Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down. Revisión 2011. Down España.
- Centro Médico Down de la Fundación Catalana Síndrome de Down. Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down. *Revista Médica Internacional sobre el síndrome de Down* 2004;8:34-46.
- Couwenhoven T. *Teaching Children with Down Syndrome About Their Bodies, Boundaries and Sexuality: A Guide for Parents and Professionals*. Bethesda, MD: Woodbine House; 2007.
- Cunha RP, Moriera JBC. Ocular findings in Down syndrome. *Am J Ophthalmol*. 1996;122(2):236-244.
- Dahle AJ, McCollister FP. Hearing and otologic disorders in children with Down syndrome. *Am J ment Defic*. 1986;90(6):636-642.
- Dixon NE, Crissman BG, Smith PB, Zimmerman SA, Worley G, Kishnani PS. Prevalence of iron deficiency in children with Down Syndrome. *J Pediatr*. 2010;157(6):967.e1-971.e1.
- Dixon N, Kishnani PS, Zimmerman S. Clinical manifestations of hematologic and oncologic disorders in patients with Down Syndrome. *Am J Med genet Part C Semin Med Genet*. 2006;14C(3):149-157.
- Fitzgerald DA, Paul A, Richmond C. Severity of obstructive apnea in children with Down syndrome who snore. *Arch Dis Child*. 2007;92(5):423-425.
- Guthrie Medlen JE. *The Down Syndrome Nutrition Handbook: A Guide to promoting Healthy Styles*. Woodbine House, Bethesda (USA) 2002.
- Marilyn J, Bull MJ y el Comité de Genética. American Academy of Pediatrics. Supervisión de la salud de niños con síndrome de Down. *Pediatrics*, 2011; 128 (2): 1-15.
- Maurizi M, Ottaviani F, Paludetti G, Lungarotti S. Audiological findings in Down's children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1985;9(3):227-232.
- McDowell KM, Craven DI. Pulmonary complications of Down Syndrome during childhood. *J Pediatr*. 2011;158(2):319-325.

- Pizzutillo P, Herman M. Cervical spine issues in Down síndrome. *J Pediatr Orthop*. 2005;25(2):253-259.
- Pueschel SM. Síndrome de Down: hacia un futuro mejor. Guía para padres. 2ª edición. Masson y Fundación Síndrome Down de Cantabria.
- Pueschel SM, Pueschel JK. Síndrome de Down: problemática biomédica. Masson, Barcelona 1994.
- Pueschel SM, Scola FH, Pezzullo JC. A longitudinal study of atlanto-dens relationships in asymptomatic individuals with Down syndrome. *Pediatrics* 1992;89(6pt2):1194-1198.
- Rogers P, Coleman M. Atención médica en el Síndrome de Down. Un planteamiento de medicina preventiva. Fundación Catalana síndrome de Down, Barcelona 1994.
- Serés A. Et al. Su hijo con síndrome de Down de la A a la Z. Guía práctica para padres de los aspectos médicos del síndrome de Down. Fundación Catalana Síndrome de Down, Barcelona, 2009.
- Soriano J. Actividades preventivas en niños con síndrome de Down. *Previnfad (AEPap)*, abril 2007.
- Shott S, Amin R, Chini B, et al. Obstructive sleep apnea: should all children with Down Syndrome be tested? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;132(4):432-436.
- Skotko BG, Capone GT, Kishnani PS; Down Syndrome Diagnosis Study Group. Postnatal diagnosis of Down syndrome: synthesis of the evidence on how best to deliver the news. *Pediatrics*. 2009;124(4). www.pediatrics.org/cgi/content/full/124/4/e751.



14. ACRÓNIMOS

AAP: American Academy of Pediatrics.

AC: Alimentación Complementaria.

AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices.

CS: Centro de Salud.

CSSS: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

DS: Desviaciones estándar.

DSI: Documento de Salud Infantil.

DUE: Diplomada/o Universitaria/o de Enfermería.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

EC: Edad corregida.

EFSA: Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria.

EG: Edad gestacional.

EMO: Enfermedad Metabólica Osea.

EPM: Edad postmenstrual.

EpS: Educación para la Salud.

ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition.

FACTORES: Familia, Amistades, Colegio, Tóxicos, Objetivos, Riesgos, Estima, Sexualidad.

FISH: Hibridación in situ por inmunofluorescencia.

FP: Fórmula prematuros.

HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

ICANE: Instituto Cántabro de Estadística.

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

IMC: Índice de Masa Corporal.

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud.

ITS: Infecciones de Trasmisión Sexual.

LM: Lactancia Materna.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

NAOS: Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.

O: Oxígeno.

OEA: Otoemisiones Acústicas.

OMI-AP: Programa de Registro Informático de Atención Primaria.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OSPC: Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud.

Pc: Percentil.

PEACT: Potenciales Auditivos Evocados de Troncoencéfalo.

PN: Peso nacimiento.

PSIAC: Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria.

PSI/AEPap: Programa Salud Infantil/ Asociación Española Pediatría atención primaria.

REEPS: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.

RGE: Reflujo gastroesofágico.

RN: Recién Nacido/a.

ROP: Retinopatía de la Prematuridad.

SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

SCS: Servicio Cántabro de Salud.

SMSL: Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

TEA: Trastorno del Espectro Autista.

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual.

VRS: Virus Respiratorio Sincitial.



15. AGRADECIMIENTOS

Al grupo de trabajo del “Programa de Atención al Niño Sano”, desarrollado en las consultas de pediatría de Atención Primaria de Cantabria, base para la elaboración del actual Programa.

Al Servicio de Atención al Usuario del SCS, por su trabajo en la mejora de la continuidad asistencial del Recién Nacido, desde el Hospital de nacimiento al Centro de Salud correspondiente.

A Isabel de las Cuevas Terán y Pilar Gortázar Arias, del Servicio de Pediatría del HUMV, por la excelente redacción de las “Recomendaciones para el Seguimiento de los RN menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas de gestación”.

A Adelaida Echevarria Saiz, por la detallada revisión de los signos de alarma en el desarrollo psicomotor y muy especialmente por su asesoramiento en la detección de trastornos graves de la comunicación y relación.

A los profesionales del SCS, los pediatras: Alberto Bercedo Sanz, Yolanda Mirones Martínez, Horacio Paniagua Repetto, Carmen Rodríguez Campos y los DUE: Rosa Delia Gabela Ordóñez, Carolina Lechosa Muñiz e Inmaculada Peñalva Sáenz por la revisión de este trabajo y sus aportaciones para la mejora del programa.

A Víctor Canduela Martínez y Belén Martínez Herrera, pediatras del SCS, por poner a nuestra disposición sus conocimientos y experiencia en lactancia materna.

A las Trabajadoras Sociales del Consejo Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Salud de Cantabria, Ruth Balza Iglesias, Ana María González Lázaro, Judith León Álvarez e Inmaculada Velar Revuelta, por su asesoramiento en los aspectos relacionados con la prevención y detección del Maltrato y Desprotección Infantil.

A Mar Sánchez Movellán y Purificación Ajo Bolado, de la Sección de Programas de Salud de la Mujer de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por sus aportaciones en las recomendaciones de salud afectivo-sexual.

A Marta Pacheco Gorostiaga por su cooperación desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en el trabajo del Programa.

A Aurora Ruiz de Temiño del Centro de Salud Bucodental de Lienes del SCS, por poner a nuestra disposición datos respecto a tasas de fluorosis.

A los profesionales que elaboraron el “Programa Alimentación Saludable y Actividad Física en la Infancia y Adolescencia Cantabria”, cuyo trabajo ha servido para disponer de su material y actualizar en las Guías, los consejos respecto a la alimentación y la actividad física.

