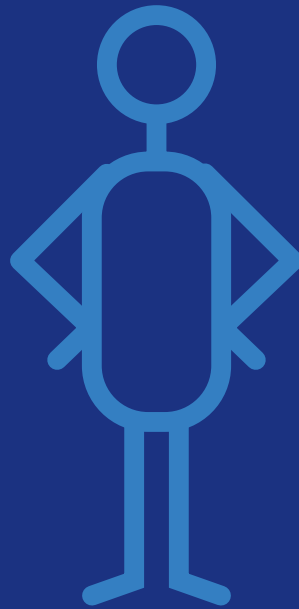


Recomendaciones

P A P P S

Programa de Actividades Preventivas
y de Promoción de la Salud

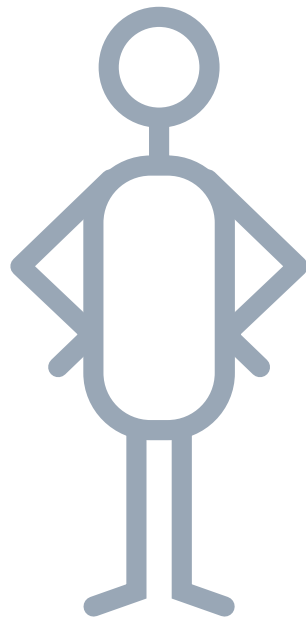


| resumen |



Recomendaciones

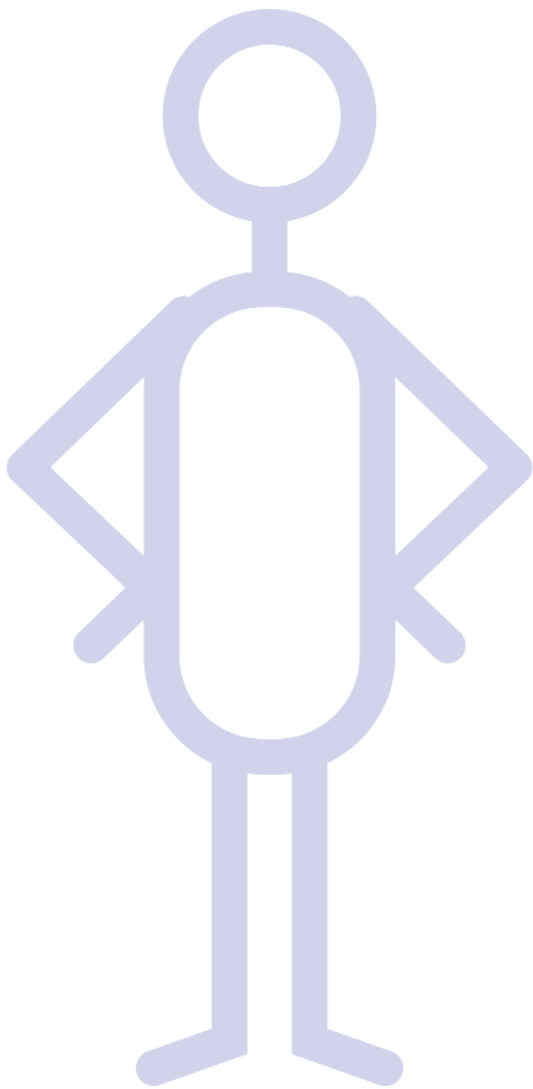
P A P P S



| resumen |

Con la colaboración de:





© 2003 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Portaferrissa, 8, pral. 08002 Barcelona
www.semfyc.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del copyright.

Coordinación y dirección editorial: Semfyc ediciones
Diseño gráfico: ALEHOP

DL: B-50987-2003
ISBN: 84-96216-31-4

ÍNDICE

PROGRAMA DEL ADULTO

- **Prevención cardiovascular y hábitos de vida** 4
- **Prevención del cáncer** 9
- **Recomendaciones vacunales** 10
- **Actividades preventivas en la mujer** 14
- **Actividades preventivas dirigidas a los ancianos** 17
- **Prevención de los trastornos de la salud mental** 19

PREVINFAD (AEPAP) / PAPPS (semFYC)

PROGRAMA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA - 2003

- **Anexos al programa PREVINFAD (aepap)/PAPPS Infancia y adolescencia (semFYC)**

Anexo 1. Factores de riesgo de caries 31

Anexo 2. Recomendaciones de los suplementos de flúor en función de la concentración de flúor en el agua de bebida, según la academia europea de dentistas pediátricos y el consenso canadiense sobre el empleo de flúor en la prevención de la caries dental 32

Anexo 3. Indicadores asociados a sordera en recién nacidos y niños pequeños 32

Anexo 4. Calendario de vacunaciones del sistema nacional de salud 33

Anexo 5. Vacunas en grupos de riesgo 33

Anexo 6. Factores de riesgo para el desarrollo de ferropenia en función de la edad 38

Anexo 7. Seguimiento del prematuro < 1.500 g al nacer 39



Programa infancia - adolescencia



Prevención mujer



Prevención ancianos



Prevención salud mental



Recomendaciones vacunales



Prevención cardiovascular

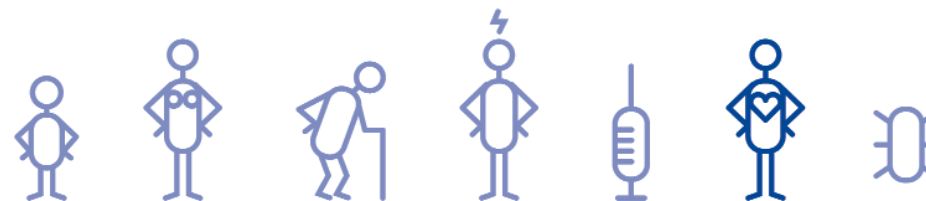


Prevención cáncer

PROGRAMA DEL ADULTO


PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR Y HáBITOS DE VIDA

Población general aprovechando visitas ocasionales



PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
HTA	Se considera hipertensión arterial cuando la presión arterial sistólica es ≥ 140 mmHg y/o la diastólica es ≥ 90 mmHg. Si la primera toma es $\geq 140/90$ mmHg, se debe medir la presión arterial por lo menos en tres ocasiones separadas en el tiempo. En cada visita se tomará la presión arterial, como mínimo dos veces, separadas más de 1 minuto	Medir la presión arterial	Antes de los 14 años	1 medición
			De 14 hasta 40 años	Cada 4 o 5 años
			De 40 años en adelante	Cada 2 años
Hipercolesterolemia	Se considera un paciente con hipercolesterolemia límite cuando presenta unas cifras de colesterol total sérico de 200-249 mg/dl. Se considera hipercolesterolemia definida a partir de cifras ≥ 250 mg/dl, medido el colesterol en dos ocasiones separadas en el tiempo	Análisis del colesterol total sérico	Varones menores de 35 años, mujeres menores de 45 años	1 determinación
			Varones de 35 a 75 años, mujeres de 45 a 75 años	Cada 5 o 6 años
			> 75 años sólo si no se había realizado anteriormente ninguna determinación	1 determinación
Prevención tabaquismo	Se considera fumador a la persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno	<p>Preguntar y registrar el consumo de tabaco en número de cigarrillos / día</p> <p>► En fumadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Consejo claro y personalizado 2) Ofrecer ayuda y seguimiento 3) Valorar la disponibilidad para el cambio y la dependencia (Fagerström breve) 4) Consejo de refuerzo hasta 1 año después 	<p>Población general aprovechando visitas ocasionales</p> <p>► Exfumadores:</p> <p>(> 1 año sin fumar)</p> <p>No es necesario en >25 años que nunca han fumado, ni en personas que llevan muchos años sin fumar</p>	Cada 2 años
Actividad física	<p>Persona activa:</p> <p>► Realiza ejercicio más de 30 minutos diarios, más de tres días por semana y con</p>	Preguntar hábitos de actividad física mediante preguntas sencillas o cuestionarios estandarizados	Mayores de 14 años	Periodicidad no inferior a 3 meses, ni superior a 2 años

PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
Actividad física	<p>una intensidad capaz de mantener las pulsaciones entre el 65 y el 85% de la frecuencia cardíaca máxima teórica (220-edad en años)</p> <p>Puede ser suficiente andar 30-45 minutos a paso rápido la mayoría de los días de la semana</p> <p>Actividad ocupacional con gasto energético diario total de 3.000 kcal/día</p>	<p>Informar sobre el papel protector que la actividad física ejerce sobre la salud</p> <p>Valorar el hábito: activo, parcialmente activo o inactivo</p> <p>Aconsejar el inicio, mantenimiento o aumento de sus niveles de actividad física habitual, o realizar algún ejercicio aeróbico o deporte durante más de 30 min más de tres veces a la semana o acumular ≥ 30 min/día de actividad física intensa</p> <p>Seguimiento</p>	Mayores de 14 años	Periodicidad no inferior a 3 meses, ni superior a 2 años
Obesidad	<p>Se considerarán, independientemente del sexo:</p> <p>► Obesos: índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²</p> <p>► Sobrepeso: IMC entre 25 y 30 kg/m²</p>	<p>Medir el peso y la talla y calcular el IMC</p> <p>Talla de referencia a los 20 años o primera visita</p> <p>El objetivo es conseguir un IMC < 30 mediante dieta, ejercicio físico y apoyo psicológico</p>	Mayores de 20 años aprovechando visitas ocasionales.	Cada 4 años
Abuso de alcohol	<p>Se considera consumo peligroso o de riesgo cuando la ingesta semanal sea > 280 g en el varón (28 U) o 170 g en la mujer (17 U)</p> <p>Se considera peligroso consumir 50 g (5 U) en 24 horas, una o dos veces al mes</p> <p>Se considera deseable reducir el consumo por debajo de límites seguros: 170 en el varón (17U) y 110 en la mujer (11 U)</p> <p>Las mujeres embarazadas, los adolescentes y los usuarios de maquinaria peligrosa o vehículos a motor deben ser persuadidos de abstenerse de tomar bebidas alcohólicas</p>	<p>Realizar entrevista para conocer el consumo de alcohol</p> <p>Entrevista de cuantificación del consumo de alcohol o encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia: cuestionarios de conducta dependiente</p> <p>Los clasificados como bebedores de riesgo deberán someterse a un cuestionario de dependencia (MALT o similar)</p> <p>No se considera oportuno recomendar el consumo moderado de alcohol para disminuir el RCV porque las dosis recomendadas están próximas a las perjudiciales</p>	Mayores de 14 años aprovechando visitas ocasionales, sin límite de edad superior	Cada 2 años En adolescentes, posiblemente se precise una frecuencia mayor

PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
<p>Prevención del sida y ETS</p>		<p>Educación sanitaria en la consulta sobre el uso del preservativo</p>	<p>Población de 14-35 años aprovechando visitas ocasionales</p> <p>► Independientemente de la edad:</p> <p>Usuarios de drogas por vía parenteral y sus parejas sexuales</p> <p>Personas con múltiples contactos sexuales</p> <p>Personas con conductas sexuales de riesgo aunque ya utilicen otro método anticonceptivo</p>	<p>Cada 2 años</p>
<p>Tuberculosis</p> 	<p>► Intradermorreacción de Mantoux: Se considera positiva la induración de 5 mm o más</p> <p>En personas vacunadas con BCG se considera claramente positiva una respuesta ≥ 15 mm</p>	<p>Intradermorreacción de Mantoux PPD o prueba de la tuberculina</p>	<p>No está indicado el cribado sistemático poblacional</p> <p>► Se recomienda realizar un PPD a:</p> <p>Personas VIH +</p> <p>Usuarios de drogas por vía parenteral</p> <p>Contactos próximos con caso de TBC bacilífero</p> <p>Inmunodeprimidos</p> <p>Enfermedades crónicas anergizantes (alcoholismo, diabetes, pacientes gastrectomizados, etc.). Valorar individualmente</p> <p>Indigentes</p> <p>Minorías étnicas de bajo nivel económico</p> <p>Inmigrantes procedentes de países con alta endecimidad</p> <p>Residentes en instituciones cerradas (residencia de ancianos o de enfermos mentales y centros de disminuidos psíquicos)</p> <p>Internos en instituciones penitenciarias</p> <p>Profesionales que puedan transmitir la TBC a la comunidad (profesores, sanitarios, etc.)</p>	<p>Si PPD (-) repetir según riesgo de exposición</p>

► **ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR**

El abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo por medio del cálculo del riesgo cardiovascular.

El PAPPS recomienda la utilización de la **TABLA DE ANDERSON 1991 BASADA EN EL ESTUDIO FRAMINGHAM** (Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An update coronary risk profile. A statement professionals. Circulation 1991; 83:356-362)

UTILIDADES	PARTICULARIDADES DE LA TABLA PARA CALCULAR EL RIESGO CORONARIO
<p>Las dos utilidades más importantes del riesgo cardiovascular son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Establecer las prioridades de intervención cardiovascular ► Decidir la intensidad de la intervención con la introducción o no de fármacos antihipertensivos o hipolipemiantes 	<ul style="list-style-type: none"> ► La tabla calcula el riesgo coronario total que es una aproximación razonable del riesgo cardiovascular. ► La tabla de Anderson sólo puede utilizarse en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. ► La presencia de otros factores de riesgo cardiovascular no contemplados en la tabla de Anderson de 1991 debería advertir de un riesgo más elevado, factores como: sedentarismo, obesidad o antecedentes familiares de primer grado de enfermedad cardiovascular aparecida en edad precoz, antes de los 55 años en familiares varones y de 65 años en mujeres. En estas circunstancias pueden ser importantes para decidir la introducción de un fármaco hipolipemiente o antihipertensivo cuando se encuentra en valores próximos al 20%. ► Los pacientes con dislipemias familiares (hipercolesterolemia familiar combinada o hipercolesterolemia familiar heterocigótica) requieren un abordaje diferente sin tener en cuenta el riesgo cardiovascular, puesto que conlleva mayor riesgo que el obtenido por la tabla. Los valores más altos de los factores de riesgo requieren una evaluación particular y específica independientemente del riesgo cardiovascular. En estos valores el riesgo cardiovascular tiene menos exactitud y no se debe utilizar para decidir la introducción del tratamiento con fármacos.

► **PRIORIDADES EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR**

ORDEN DE PRIORIDADES	POBLACIÓN DIANA	OBJETIVOS TERAPEÚTICOS	INDICACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
1.º Actuación en pacientes con enfermedad cardiovascular	Pacientes con enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica)	ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO PA < 140/90 mmHg CT < 200 mg/dl cLDL < 130 mg/dl TG < 200 mg/dl cHDL > 40 mg/dl	PA ≥ 140/90 mm Hg CT ≥ 200 mg/dl cLDL ≥ 130 mg/dl TG ≥ 200 mg/dl cHDL ≤ 40 mg/dl
2.º Actuación en el paciente con riesgo cardiovascular alto	Presentan un riesgo ≥ 20% de presentar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años	ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO PA < 140/90 mmHg CT < 200 mg/dl cLDL < 130 mg/dl	PA ≥ 140/90 mm Hg ^a CT ≥ 250 mg/dl ^b cLDL ≥ 160 mg/dl
3.º Actuación en el paciente con riesgo cardiovascular moderado	Presentan alguno de los FRCV y tienen un riesgo < 20% de presentar una enfermedad CV en los próximos 10 años	ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO PA < 140/90 mmHg CT < 200 mg/dl cLDL < 130 mg/dl	PA ≥ 150/95 mm Hg ^{a,c} CT ≥ 300 mg/dl cLDL ≥ 190 mg/dl ^d
4.º Actuación en personas con riesgo cardiovascular bajo	No presentan ningún FRCV	Vigilancia sobre FRCV	

FRCV: Factores de riesgo cardiovascular: Tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus; CV: cardiovascular.

a/ Cuando la presión arterial sistólica sea ≥ 180 mmHg o la diastólica ≥ 110 mmHg, el tratamiento farmacológico debe hacerse lo antes posible, sin demoras. En pacientes con diabetes mellitus y/o enfermedad renal crónica, el objetivo será alcanzar unos valores de presión arterial inferiores a 130/80 mmHg.

b/ Entre 200 y 249 mg/dl si el riesgo cardiovascular es ≥ al 30% a los 10 años o son diabéticos debe tratarse con fármacos hipolipemiantes. Si el riesgo cardiovascular está entre 20 y 30, se individualizará el tratamiento.

c/ Cuando la presión arterial sea ≥ 140/90 mmHg y exista afectación de órganos diana se instaurará tratamiento farmacológico antihipertensivo. En los pacientes con cifras de presión arterial iguales o superiores a 150/95 mmHg y riesgo moderado se considerará el tratamiento farma-

cológico después de varios meses de medidas higiénico-dietéticas.

d/ En varones menores de 35 años de edad y mujeres premenopáusicas la cifra de cLDL será > 220 mg/dl.

► **CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR**
(RIESGO CORONARIO TOTAL)

TABLA A: Puntuación de factores de riesgo

MUJERES EDAD	PUNTOS	VARONES EDAD	PUNTOS	cHDL (mg/dl)	PUNTOS	COLESTEROL (mg/dl)	PUNTOS	PAS (mm Hg)	PUNTOS	OTROS FACTORES	PUNTOS
30	-12	30	-2	25-26	7	139-151	-3	98-104	-2	Tabaco	4
31	-11	31	-1	27-29	6	152-166	-2	105-112	-1		
32	-9	32-33	0	30-32	5	167-182	-1	113-120	0	Diabetes varones	3
33	-8	34	1	33-35	4	183-199	0	121-129	1	Diabetes mujeres	6
34	-6	35-36	2	36-38	3	200-219	1	130-139	2	Hipertrofia ventricular izquierda	9
35	-5	37-38	3	39-42	2	220-239	2	140-149	3		
36	-4	39	4	43-46	1	240-262	3	150-160	4		
37	-3	40-41	5	47-50	0	263-288	4	161-172	5		
38	-2	42-43	6	51-55	-1	289-315	5	173-185	6		
39	-1	44-45	7	56-60	-2	316-330	6				
40	0	46-47	8	61-66	-3						
41	1	48-49	9	67-73	-4						
42-43	2	50-51	10	74-80	-5						
44	3	52-54	11	81-87	-6						
45-46	4	55-56	12	88-96	-7						
47-48	5	57-59	13								
49-50	6	60-61	14								
51-52	7	62-64	15								
53-55	8	65-67	16								
56-60	9	68-70	17								
61-67	10	71-73	18								
68-74	11	74	19								

Si no se dispone de un trazado electrocardiográfico, los valores de la tabla correspondientes a la hipertrofia ventricular izquierda se asumirán como NO PRESENTES

En caso de desconocer el cHDL, se emplearán valores de:
► *48 mg/dl en varones*
► *58 mg/dl en mujeres*

TABLA B: Porcentaje de riesgo cardiovascular
(Riesgo coronario total) a los 10 años

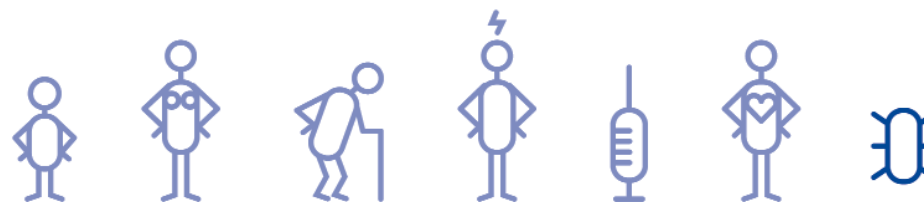
PUNTOS	RIESGO%	PUNTOS	RIESGO%	PUNTOS	RIESGO%	PUNTOS	RIESGO%
≤1	<2	9	5	17	13	25	27
2	2	10	6	18	14	26	29
3	2	11	6	19	16	27	31
4	2	12	7	20	18	28	33
5	3	13	8	21	19	29	36
6	3	14	9	22	21	30	38
7	4	15	10	23	23	31	40
8	4	16	12	24	25	32	42

TABLA DE ANDERSON 1991 BASADA EN EL ESTUDIO FRAMINGHAM
(Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An update coronary risk profile. A statement for health professionals. Circulation 1991; 83: 356-362)

PROGRAMA DEL ADULTO

PREVENCIÓN DEL CÁNCER

Población general aprovechando visitas ocasionales



PROGRAMA	EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN	POBLACIÓN DIANA	EDADES	PERIODICIDAD
Cáncer de cérvix	La asociación con el virus del papiloma humano (VPH) tipos 16 y 18 es fuerte, consistente y específica	<p>Se recomienda realizar consejo apropiado sobre protección en contactos sexuales</p> <p>Se recomienda el Test de Papanicolaou</p>	<p>Mujeres sexualmente activas</p> <p>Se recomienda la búsqueda activa de mujeres con factores de riesgo de infección VPH, promiscuidad sexual y bajo nivel socioeconómico</p>	Entre 35 y 65 años	Inicialmente dos tests con periodicidad anual y después una citología cada 5 años
				Mayores de 65 años	Mujeres sin citología en los últimos 5 años inicialmente dos tests con periodicidad anual. Si son normales, no se proponen más intervenciones
Cáncer de mama		<p>Si existe un programa poblacional: establecer la coordinación necesaria</p> <p>Si no existe un programa poblacional pero se dan los requisitos necesarios para pedir mamografías: mamografía cada 2 años a las mujeres mayores de 50 años</p> <p>Si no existe ni programa poblacional, ni se dan los requisitos necesarios para realizar las mamografías: exploración clínica</p>	Mujeres > 50 años		<p>Cada 2 años</p> <p>Cada año</p>
Cáncer de endometrio	No existe evidencia para recomendar el cribado sistemático en mujeres asintomáticas	Se recomienda realizar consejo apropiado a las mujeres posmenopáusicas para que consulten ante cualquier sangrado vaginal	Mujeres posmenopáusicas		Una vez
Cáncer colorrectal	El cribado del cáncer colorrectal en personas asintomáticas mayores de 50 años es recomendado por la USPSTF y la Canadian Task Force. Su aplicación en nuestro medio requiere definir cuál es la prueba más efectiva y qué estrategias garantizan una mayor participación	<p>Se recomienda el consumo de una dieta rica en fibra y vegetales y pobre en grasas saturadas</p> <p>Se recomienda la búsqueda activa de personas con factores de riesgo</p>	Población adulta con riesgo promedio		De momento no aplicar
			Pacientes con pólipos adenomatosos esporádicos de riesgo	Colonoscopia a los 3-5 años de la resección y si ésta es negativa, se repetirá cada 5 años	

PROGRAMA	EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN	POBLACIÓN DIANA	EDAD	PERIODICIDAD
Cáncer de próstata	No existe evidencia científica suficiente para recomendar el cribado sistemático en personas asintomáticas	Los pacientes que soliciten ser cribados deben ser informados correctamente acerca de los beneficios y riesgos del cribado y del tratamiento Es recomendable el estudio adecuado de los pacientes con sintomatología urinaria susceptible de cáncer de próstata	Varones adultos		No se dispone de evidencia para recomendar el cribado sistemático
Cáncer de piel	No existe evidencia para recomendar el cribado sistemático en población general	Se recomienda realizar consejo sobre protección solar Se recomienda la búsqueda activa de los individuos con factores de riesgo	Todas las edades		No se dispone de evidencia para recomendar el cribado sistemático

PROGRAMA DEL ADULTO

RECOMENDACIONES VACUNALES

Población general aprovechando cualquier contacto con el sistema sanitario



PROGRAMA	RECOMENDACIÓN	POBLACIÓN DIANA - EDAD	PERIODICIDAD
Vacuna antitetánica y antidiftérica	<p>Vacuna: Td (tipo adulto)</p> <p>► Primovacunación: 3 dosis (0,1, 6-12 meses) i.m.</p> <p>► Recuerdo: 1 dosis</p>	<p>Vacunación universal</p> <p>Primovacunación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Adultos no vacunados ► Gestantes no vacunadas 	Dosis de recuerdo cada 10 años
Vacuna triple vírica (población general)	<p>Investigación sistemática de la historia vacunal No es necesario realizar el título de anticuerpos</p> <p>► Primovacunación: 2 dosis (0 y 1 meses) s.c.</p> <p>1) Descartar embarazo y pautar anticoncepción durante tres meses</p> <p>2) Vacunación antirubeólica recuerdo (administrando triple vírica) Una dosis, s.c.</p>	Población femenina en edad fértil	Primovacunación: 2 dosis (0 y 1 meses)
Vacuna triple vírica (personal sanitario)	<p>Primovacunación: 2 dosis s.c</p> <p>Recuerdo: 1 dosis s.c.</p>	<p>Personas expuestas al virus de sarampión antes de 72 horas de la exposición</p> <p>Investigación sistemática de la historia vacunal en personal sanitario. En caso de duda o susceptibilidad administrar una dosis</p>	

<p>Vacuna contra la gripe</p>	<p>Vacunación Una dosis i.m.</p>	<p>► Colectivos de riesgo: Personas mayores de 65 años (o según recomendaciones CCAA) Grupos de riesgo médico: patología cardiovascular, pulmonar o metabólica crónica Colectivos dedicados a servicios públicos: personal sanitario, policía, bomberos, maestros, etc. Grupos que puedan transmitir la gripe a grupos de alto riesgo, como personal sanitario, personal de residencias de ancianos y hospitales de crónicos, cuidadores o convivientes con estas personas Mujeres en el segundo o tercer trimestre de gestación. Si tienen alguna condición de riesgo, se administrará en cualquier momento del embarazo Niños de 6 meses a 18 años en tratamiento crónico con salicilatos en épocas de epidemia</p> <p>► Población general si lo desea</p>	<p>Anual en otoño</p>
<p>Vacuna contra la poliomielitis</p>	<p>Primovacunación en adultos: tres dosis (0,1-2 y 6 -12 meses) i.m. o s.c.</p>	<p>Vacunación sistemática según calendario vigente La vacuna sistemática en los adultos no se considera necesaria en España, aunque no hayan recibido ninguna dosis en la infancia</p> <p>► Grupos de riesgo: Adultos > 18 años no inmunizados y con riesgo de exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Viajeros a zonas endémicas ► Personal de laboratorio 	<p>Revacunación: una única dosis a lo largo de su vida en personas vacunadas hace más de 10 años que viajan a zonas endémicas por largos períodos de tiempo</p>
<p>Vacuna antineumocócica</p>	<p>Una dosis i.m. o s.c.</p>	<p>Personas mayores de 65 años, sobre todo institucionalizados (o según recomendaciones CCAA)</p> <p>► Niños mayores de 2 años o adultos pertenecientes a grupos de riesgo: Inmunodeprimidos: asplenia, infección por VIH, linfomas, mieloma múltiple, anemia de células falciformes Pacientes con enfermedades crónicas: insuficiencia cardíaca, neumopatías crónicas, cirrosis hepática, diabetes mellitus, insuficiencia renal, alcoholismo, pacientes con fístulas de LCR</p>	<p>Revacunación: una dosis a los 5 años sólo si recibieron la primera antes de los 65 años</p> <p>Revacunación a los 5 años</p>

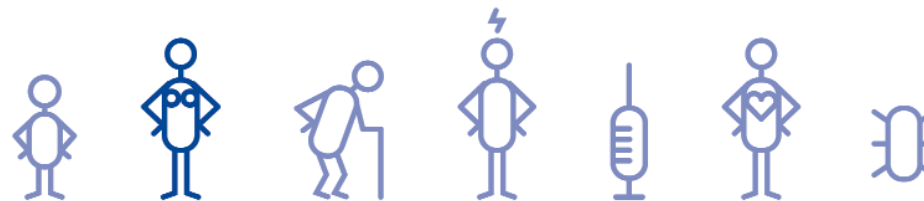
PROGRAMA	RECOMENDACIÓN	POBLACIÓN DIANA - EDAD	PERIODICIDAD
Vacuna contra la hepatitis B	Tres dosis (0, 1 y 6 meses)	<p>Vacunación sistemática según calendario vigente</p> <p>► Colectivos de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contactos íntimos o convivientes con portadores HBsAg Residentes y trabajadores en instituciones para disminuidos mentales Reclusos y personal de instituciones penitenciarias Homosexuales y heterosexuales con múltiples contactos Personas con ETS de repetición y sus parejas Personas que viajan a países endémicos más de 6 meses o si prevén tener relaciones sexuales Receptores de transfusiones y hemoderivados de forma repetida Insuficiencia renal en fases iniciales preferentemente y en hemodiálisis Trabajadores de la salud y servicios relacionados Personas que practican punciones percutáneas (UDVP, tatuajes, acupuntura, etc.) Grupos étnicos de elevada prevalencia Personas que comercian con el sexo Parejas sexuales de UDVP 	<p>No revacunación</p> <p>Hemodializados e inmunodeprimidos: si títulos de anti-HBs inferiores a 10UI, se administrará una dosis de refuerzo</p>
	Hacer cribado serológico HBsAg en el tercer trimestre de gestación	Embarazadas	
Vacuna contra la hepatitis A	Dos dosis (0 y 6 -12 meses)	<p>► Colectivos de riesgo (Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997)</p> <ul style="list-style-type: none"> Viajeros a zonas endémicas (todos los destinos, excepto Australia, Canadá, Estados Unidos, Europa occidental, Japón y Nueva Zelanda) Homosexuales masculinos y heterosexuales con prácticas de riesgo (oral-anal) Usuarios de drogas por vía parenteral Hemofílicos o pacientes que precisen derivados plasmáticos Trabajadores con aguas residuales no tratadas Personal de guarderías infantiles Personal sanitario y no sanitario que trabaje en centros de día Contactos domésticos y cuidadores de personas infectadas 	No revacunación

<p>Vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b</p>	<p>► Niños: según calendario ► Adultos: una sola dosis i.m.</p>	<p>Vacunación sistemática según calendario vigente ► Grupos de riesgo Asplenia (anatómica o funcional)</p>	<p>No revacunación</p>
<p>Vacuna contra la varicela</p>	<p>Dos dosis (0 y 1-2 meses)</p>	<p>► Individuos susceptibles: Adolescentes susceptibles a los 13 años sin historia de varicela o serología negativa Contactos familiares susceptibles de inmunodeprimidos Personas que viven o trabajan en ámbitos de fácil transmisión (guarderías, escuelas, etc.) Mujeres susceptibles en edad fértil, no embarazadas Profilaxis postexposición Personal sanitario susceptible</p>	<p>No revacunación</p>
<p>Vacuna anti-meningocócica</p>	<p>Vacuna conjugada: una dosis i.m.</p>	<p>Vacunación sistemática con la vacuna conjugada C según calendario vigente (o según recomendaciones CCAA) ► Grupos de riesgo: Personas con déficit de properdina o componentes terminales del complemento Pacientes con asplenia funcional o anatómica Enfermedad de Hodgkin y otras neoplasias hematológicas Inmunodeficiencias primarias de tipo humoral o combinadas Viajeros a países de alta endemia de meningitis Vacunación en caso de epidemia por algún serogrupo contenido en la vacuna, según indicación de las autoridades sanitarias Vacunación de contactos de casos esporádicos causados por algún serogrupo contenido en la vacuna, además de la quimioprofilaxis</p>	<p>No revacunación</p>
<p>Vacuna anti-meningocócica</p>	<p>Vacuna de polisacáridos: una dosis s.c./i.m. según presentación</p>	<p>Viajeros a países de alta endemia de meningitis Vacunación en caso de epidemia por algún serogrupo contenido en la vacuna, según indicación de las autoridades sanitarias</p>	<p>No revacunación</p>

PROGRAMA DEL ADULTO

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA MUJER

Población general aprovechando visitas ocasionales



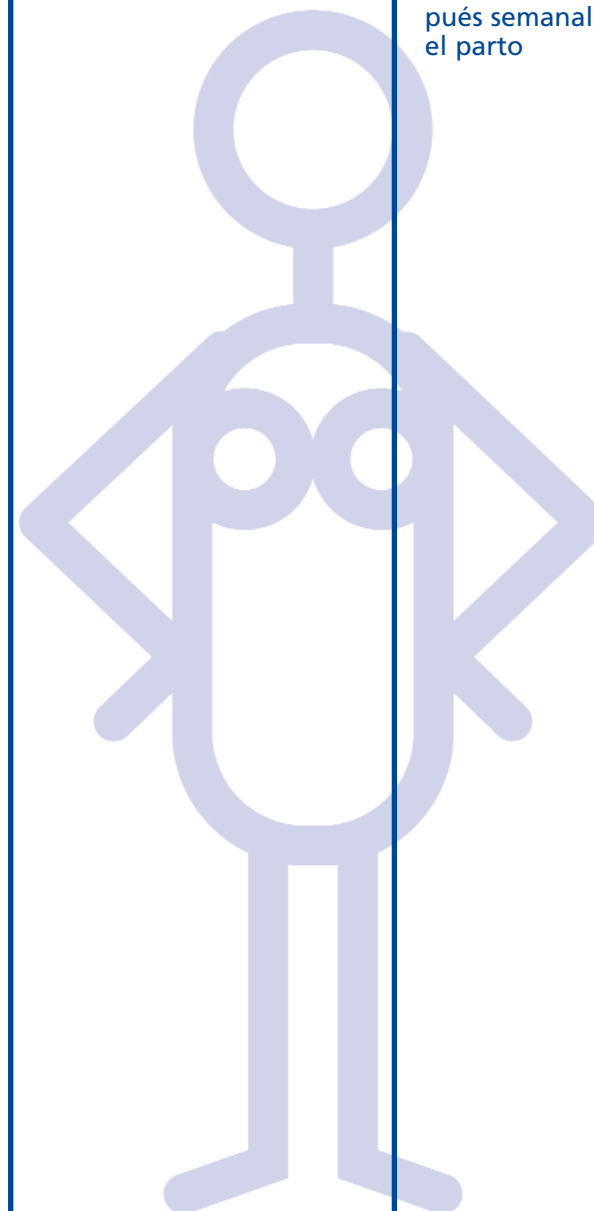
PROGRAMA	RECOMENDACIÓN	POBLACIÓN DIANA EDAD	PERIODICIDAD
Prevención de embarazos no deseados	<p>Informar sobre los métodos anticonceptivos, su efectividad y efectos adversos</p> <p>Facilitar una elección informada y garantizar la accesibilidad</p> <p>Informar sobre la anticoncepción poscoital ante una relación sin protección o fallo en el método anticonceptivo</p>	Mujeres en edad fértil y varones que acudan a consulta por cualquier motivo	No se dispone de evidencia para recomendar una periodicidad
Atención pre-concepcional	<p>Valorar antecedentes familiares y personales que puedan aconsejar un estudio genético. Adecuado control de patologías crónicas en la mujer, previo a la gestación</p> <p>Aconsejar hábitos saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evitar consumo de tabaco, alcohol y drogas ▶ Dieta equilibrada con 1,5 g/calcio/día; restringir ingesta de cafeína (café, té, cola, etc.) ▶ Practicas sexuales seguras para evitar ETS ▶ Evitar exposición a riesgos teratógenos farmacológicos, ambientales, laborales ▶ Informar sobre la importancia de la consulta prenatal precoz 	Mujeres con deseos de gestación	Al menos en una ocasión
	<p>Solicitar serología: rubéola, lúes, toxoplasma, VIH a todas y VHB en mujeres de riesgo. Ofertar vacunación de rubéola (asegurar anticoncepción 3 meses) y hepatitis B en las mujeres no protegidas</p> <p>Prescribir ácido fólico a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mujeres sin antecedentes de DTN: 0,4-0,8 mg/día un mes antes y los tres primeros meses de embarazo ▶ Mujeres con antecedentes: 4 mg/día tres meses antes y los tres primeros meses de embarazo 	Mujeres con deseos de gestación	

Seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico

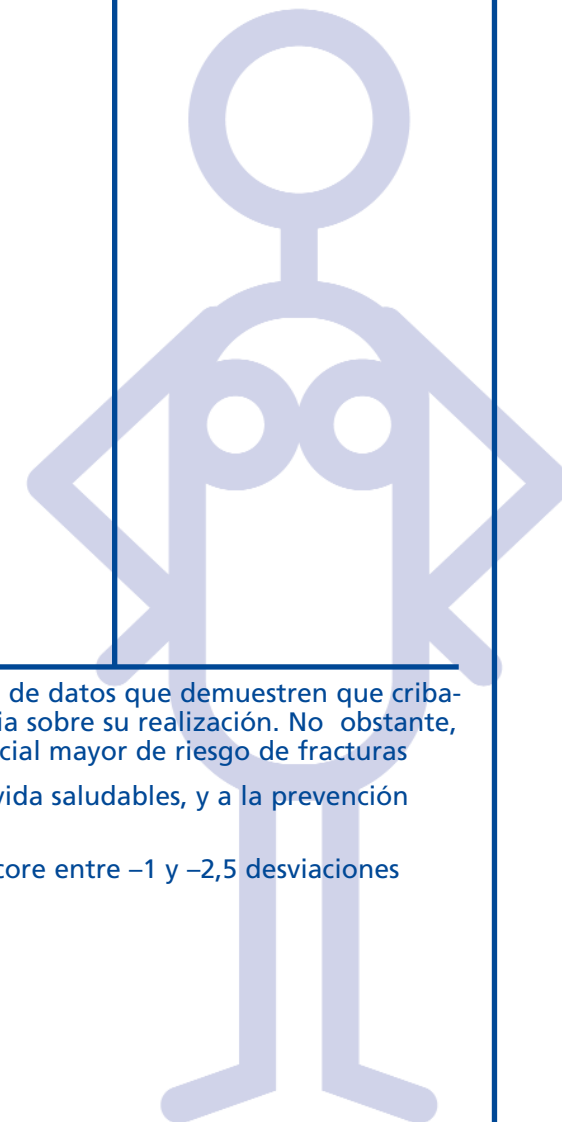
- Captación precoz (< 12 semanas)**
- Prevención de defectos del tubo neural, recomendando ácido fólico (1^{er} trimestre)**
- Cribado de anemia (1^a visita y principio 3^{er} trimestre)**
- Cribado de bacteriuria asintomática (12-16 semana)**
- Cribado incompatibilidad Rh (1^a visita)**
- Test de Combs indirecto a mujeres Rh negativas (1^a y 24-28 semanas)**
- Administración sistemática de inmunoglobulina antiD a las mujeres Rh negativas (28-34 semanas)**
- Ecografía en el primer trimestre**
- Cribado infecciones de transmisión vertical: 1^a visita (lúes, rubéola, toxoplasma, VIH) y principio 3^{er} trimestre o en 1^a visita en mujeres de riesgo (Hepatitis B)**
- Cribado diabetes gestacional: a todas las mujeres (semana 24-28). En la primera visita a mujeres con riesgo**
- Cribado para Streptococcus agalactiae grupo B (semana 36)**
- Informar sobre diagnóstico prenatal de cromosopatías (marcadores bioquímicos del 1^{er} y 2.º trimestre, y técnicas invasivas)**
- Medición de la presión arterial en todas las visitas**
- Auscultación latido fetal mediante doppler a partir de las 10-12 semanas, en todas las visitas**
- Actualizar inmunización antitetánica**
- Valorar consumo de tabaco, alcohol, café, fármacos y tóxicos en cada visita**
- Valoración de riesgo en cada visita**
- Explorar dudas y temores en cada visita**
- Fomento lactancia materna**
- Valorar percepción de apoyo social**
- Ofertar visita puerperal domiciliaria**
- Cribado de metabolopatías congénitas en el recién nacido**
- Consejo anticonceptivo**

Mujeres embarazadas / puerperas

Una visita mensual hasta la semana 36 de gestación, luego otra a los 15 días, en la semana 38, y después semanales hasta el parto



PROGRAMA	RECOMENDACIÓN	POBLACIÓN DIANA EDAD	PERIODICIDAD
Actividades preventivas en el climaterio	<p>El tratamiento hormonal durante la menopausia sólo está justificado en mujeres con síntomas vasomotores y urogenitales que, por su intensidad o frecuencia, puedan repercutir en la calidad de vida de la mujer. Su uso se aconseja durante un período inferior a 5 años, si es superior a 5 años el balance riesgo-beneficio es desfavorable</p> <p>No hay evidencia de la eficacia de los fitoestrógenos en el tratamiento sintomático de la menopausia, ni en la prevención de fracturas. No hay datos sobre su seguridad a largo plazo</p> <p>El tratamiento con estrógenos y progesterona para la prevención del riesgo cardiovascular, la demencia o los problemas psicológicos no está justificado</p> <p>En el momento actual es controvertido el tratamiento hormonal con estrógenos-gestágenos para la prevención de osteoporosis en la menopausia precoz</p> <p>El tratamiento preventivo de la osteoporosis en mujeres sin antecedentes de fractura consiste en la promoción de estilos de vida saludable (adecuado aporte de calcio y vitamina D, práctica de ejercicio, abstención del tabaco, etc.). El cribado con densitometría selectivo o en población general no está indicado en mujeres climatéricas (50-65 años). La realización de densitometría en este grupo de población se justifica en presencia de enfermedades osteopenizantes, o en caso de haber realizado tratamiento con fármacos que disminuyan la densidad mineral ósea (corticoides a dosis mayores de 6 mg de prednisona/día, o equivalentes, durante más de 6 meses, valproato, etc.). El patrón oro debe ser la densitometría de doble fotón, tipo DEXA. No existe ninguna justificación para realizar tratamiento farmacológico a mujeres con osteopenia (T-score entre -1 y -2,5 desviaciones estándar)</p>	Mujeres climatéricas	Valorar en una ocasión
Prevención de osteoporosis en mujeres mayores de 65 años	<p>El cribado poblacional en mujeres mayores de 65 años no está justificado. Aunque tampoco se dispone de datos que demuestren que cribado selectivo en estas mujeres con factores de riesgo reduce la incidencia de fracturas, existe controversia sobre su realización. No obstante, se desconoce la forma de evaluar estos factores de riesgo para seleccionar a la población con un potencial mayor de riesgo de fracturas</p> <p>La prevención de osteoporosis en este grupo de población debe dirigirse a la promoción de estilos de vida saludables, y a la prevención de caídas</p> <p>No existe ninguna justificación para realizar tratamiento farmacológico a mujeres con osteopenia (T-score entre -1 y -2,5 desviaciones estándar)</p>		

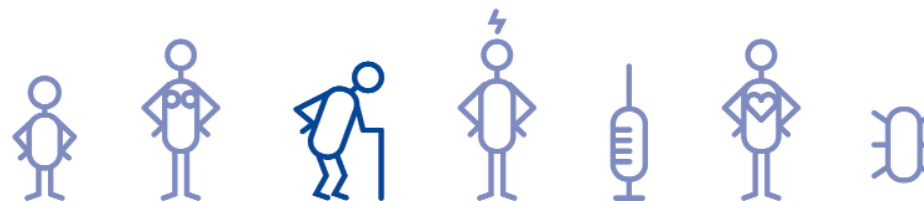


PROGRAMA DEL ADULTO

ACTIVIDADES PREVENTIVAS DIRIGIDAS A LOS ANCIANOS

► 1) COMUNES CON EL ADULTO

Individualizar en función de la calidad y expectativa de vida



PROGRAMA	RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA DEL ANCIANO
Tabaco	► La misma que en el adulto sin límite de edad
Alcohol	► La misma que en el adulto sin límite de edad
HTA	► La misma que en el adulto sin límite de edad
Hipercolesterolemia	► La misma que en el adulto: Practicar una determinación de colesterol total sérico cada 5 años hasta los 75 años > 75 años. Una determinación sólo si no se había realizado anteriormente ninguna determinación
Ejercicio físico	► La misma que en el adulto sin límite de edad En ancianos, además, realizar sesiones de entrenamiento de la fuerza muscular y del equilibrio. El ejercicio debe ser adecuado a la condiciones físicas y de salud de los individuos
Cáncer de cérvix	En mujeres de 65 años o mayores sin ninguna citología en los 5 años anteriores, realizar 2 citologías con una periodicidad anual y, si son normales, no se propondrán mas intervenciones
Cáncer de mama	► La misma que en el adulto hasta los 70 años
Cáncer de endometrio	Mujeres posmenopáusicas: No existe evidencia para recomendar el cribado sistemático en mujeres asintomáticas Se recomienda realizar consejo adecuado para que consulten ante cualquier sangrado
Cáncer de próstata	► La misma que en el adulto sin límite de edad: No existe evidencia para recomendar cribado sistemático Informar rigurosamente sobre todo el proceso que podría iniciarse tras la realización de una prueba de cribado Estudio adecuado de todo paciente con sintomatología prostática para realizar diagnóstico precoz
Cáncer colorrectal	► La misma que en el adulto sin límite de edad: No existe evidencia consistente para recomendar cribado en población asintomática sin factores de riesgo conocidos Búsqueda activa de sujetos con factores de riesgo para desarrollar un cáncer colorrectal La USTF y la CTF recomiendan cribado en > 50 años. En nuestro medio requiere definir la prueba más efectiva y qué estrategias garantizan una mayor participación
Vacuna antigripal	Vacunación a personas mayores de 65 años
Vacunas antitetánica y antidiftérica	► La misma que en el adulto sin límite de edad
Vacuna anti-neumocócica	Vacunación a las personas mayores de 65 años, sobre todo institucionalizados, con la vacuna antigripal (recomendación sujeta a revisión)

► 2) PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN SÍNDROMES GERIÁTRICOS

PROGRAMA	RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA DEL ANCIANO
Prevención de caídas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practicar ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular 2. Dar consejo a los cuidadores y ancianos sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas que incluya: la práctica de ejercicio físico, la reducción de los peligros ambientales y la monitorización de la medicación 3. En ancianos con alto riesgo de caídas (> 75 años, consumo de hipnóticos o de antihipertensivos, polifarmacia, deterioro cognitivo e inestabilidad) se aconseja realizar una intervención multifactorial intensiva, individualizada y domiciliaria si hubiera recursos disponibles que incluya ejercicio físico, revisión del estado de salud, de la medicación psicótropa y del entorno 4. En los que hayan sufrido una caída en los 3 últimos meses o con caídas de repetición: preguntar sobre la caída previa y valorar la presencia de factores de riesgo relacionados con la caída además de un programa individualizado de intervención multifactorial y medidas de rehabilitación
Alteraciones visuales	Realizar un examen completo de la vista por un oftalmólogo o profesional capacitado, con periodicidad anual en pacientes diabéticos y aquellos que presenten una PIO elevada o antecedentes familiares de glaucoma
Hipoacusia	<p>Realizar anamnesis sobre dificultad en la audición</p> <p>Aconsejar el uso de audífonos si se precisara</p>
Demencia	<p>No hay evidencia suficiente para recomendar la realización sistemática de pruebas de cribado de demencia en población asintomática</p> <p>Estar alerta ante síntomas de alarma de demencia como pérdida de memoria, deterioro funcional o trastornos de comportamiento, referidos por la familia o por el propio paciente</p> <p>Ante la sospecha de deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada y test neuropsicológicos, y seguimiento</p>
Uso inadecuado de la medicación	<p>Utilizar sistemas informáticos de registro y en su defecto de hojas de perfiles de prescripción</p> <p>Educación sanitaria de los pacientes</p> <p>Revisión periódica de los medicamentos consumidos</p> <p>Formación de los médicos mediante contactos periódicos con expertos sobre el uso adecuado de medicamentos</p>
Incontinencia urinaria (IU)	<p>Interrogar sobre la presencia de pérdidas de orina</p> <p>Realizar el estudio básico de la IU</p>
Malnutrición	<p>Identificar a los ancianos con factores de riesgo para consejo y modificación de dichos factores</p> <p>Realizar medición periódica del peso y de la talla: una pérdida de peso significativa es un indicador de sospecha</p>

► 3) RECOMENDACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA GLOBAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

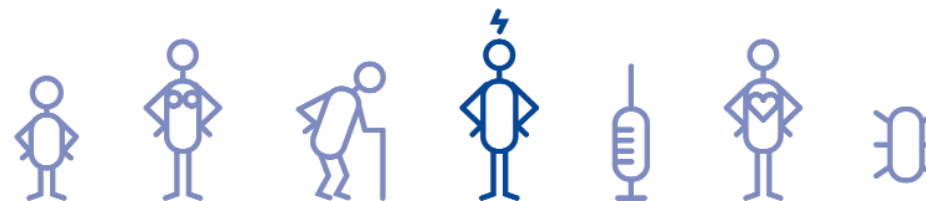
1. No existe suficiente evidencia para recomendar su aplicación sistemática a la población general, salvo que se realice en el domicilio, de manera intensiva, por profesionales entrenados y en ancianos con buen pronóstico (De difícil aplicación en nuestro medio)
2. Su aplicación y contenido debe ser individualizado, priorizando a las personas con factores predictivos de deterioro (> 80 años, hospitalización reciente, caídas de repetición, deficiente soporte social) o con pérdida funcional potencialmente reversible

Los profesionales de APS deben ser adiestrados en su manejo

PROGRAMA DEL ADULTO

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL

Población general aprovechando visitas ocasionales



CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Priorización de los problemas de la salud mental a partir de determinados factores de riesgo o vulnerabilidad

Valoración, en especial, de las transiciones o crisis psicosociales

Inclusión de todos los periodos de la vida del individuo (infancia-adolescencia, adultos y ancianos)

Propuesta de recomendaciones pragmáticas y operativas a tres niveles:

- Dentro de la atención primaria (consulta, programas específicos para actuaciones especiales)
- En los servicios sociales
- Recomendaciones específicas para la Administración

Se priorizan, especialmente, algunos programas con la idea de facilitar la introducción al programa del máximo número de equipos de atención primaria:

Infancia-adolescencia:

- Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres

Adultos-ancianos:

- Pérdida de funciones físicas
- Cuidado del paciente terminal y de su familia
- Pérdida de un familiar o allegado

INFANCIA-ADOLESCENCIA

Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio

Embarazo en la adolescencia

Hijos de familias monoparentales

Retraso escolar/trastornos en el desarrollo del lenguaje

Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres

ADULTOS ANCIANOS

Pérdida de un familiar o allegado

Pérdida de funciones psicofísicas importantes (atención al paciente y sus familiares)

Cuidado del paciente terminal y de su familia

Jubilación

Cambios frecuentes de domicilio en los ancianos

Prevención y detección precoz de la violencia doméstica

Prevención y detección precoz de los malos tratos a los ancianos

COMÚN A AMBOS GRUPOS

Diagnóstico precoz de los trastornos de ansiedad y depresión

Prevención del suicidio

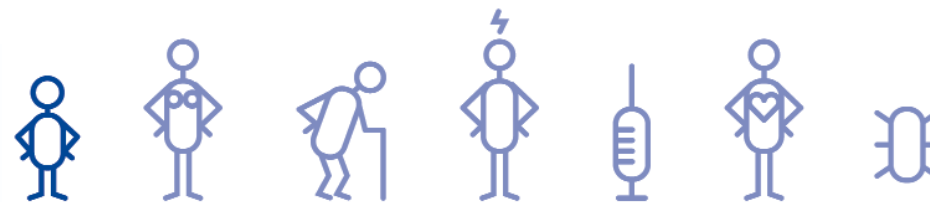
ADULTOS/ANCIANOS	FUNDAMENTO	RECOMENDACIONES
<p>Pérdida de un familiar o allegado</p>	<p>Los procesos de duelo pueden dar lugar a trastornos adaptativos (DSM-IV). El EAP puede ayudar a su elaboración y a detectar la necesidad de una eventual derivación al equipo de salud mental</p>	<p>Entrevista, lo más próxima posible al suceso, para ayudar a elaborar la pérdida</p> <p>Seguimiento periódico con entrevistas (al menos 2 en 6 meses). Puede estar indicada la entrevista familiar</p> <p>En caso de cronificación o riesgo psicopatológico grave: derivar al equipo de salud mental</p>
<p>Pérdida de funciones psicofísicas importantes (atención al paciente y a sus familiares)</p>	<p>Esta situación pone en marcha múltiples "procesos adaptativos", con riesgos psicopatológicos propios de los procesos de duelo. Su cronicidad facilita la descompensación, tanto del paciente como de su familia</p>	<p>Entrevista familiar y abordaje de la situación con los miembros de la familia que llevarán el peso de la situación</p> <p>Pueden ser útiles: grupos de ayuda mutua, contacto con la red social "profana" (no profesionalizada) y las asociaciones de enfermedades crónicas</p>
<p>Cuidado del paciente terminal y de su familia</p>	<p>Esta situación provoca importantes tensiones familiares y personales. Su "resolución" con la muerte del paciente, supone casi siempre un proceso de duelo de difícil elaboración</p>	<p>Entrevista familiar previa a la pérdida para evaluar las capacidades de la familia y del paciente para conocer conscientemente la realidad de la enfermedad</p> <p>Evitar apriorismos ideológicos ("decírselo siempre o no decírselo nunca")</p> <p>Detectar las personas del entorno más susceptibles de deterioro psicológico</p> <p>Seguimiento de los familiares según "Pérdida de un familiar o allegado"</p>
<p>Jubilación</p>	<p>Las descompensaciones bio-psico-sociales vinculadas a la jubilación son frecuentes. Una red familiar o afectiva y de relaciones y actividades sociales puede ayudar a evitarlas</p>	<p>Atención previa, por entrevista familiar o no, a ser posible dentro del año previo a la jubilación</p> <p>Recomendar el mantenimiento de una vida mental, física y social activa</p> <p>Dependiendo de las características del paciente, clasificar como de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Alto riesgo: visita a los 2 y a los 6-12 meses de la jubilación ▶ Riesgo bajo: seguimiento del tema en las visitas habituales
<p>Cambios frecuentes de domicilio en los ancianos</p>	<p>Los frecuentes cambios de ubicación tienden a desorientar al anciano, facilitando la aparición o empeorando los síntomas demenciales u otros trastornos psicopatológicos</p>	<p>Entrevista familiar para explicar los riesgos que conllevan los cambios frecuentes de domicilio (deterioro cognitivo, somático, etc.), valorando la dinámica familiar general</p> <p>Ayudar a los familiares a encontrar las alternativas menos nocivas para el cuidado del anciano</p> <p>Seguimiento periódico del anciano</p>
<p>Prevención y detección precoz de la violencia doméstica</p>	<p>La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto en el ámbito físico como psicológico y el impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes</p>	<p>Identificar factores de riesgo de maltrato</p> <p>Preguntar a la supuesta víctima sobre la existencia de maltratos. Mantenerse alerta y realizar seguimiento</p> <p>En caso de maltratos: valorar el riesgo inmediato y actuar coordinadamente con el pediatra y los servicios sociales a nivel físico, biológico y social</p> <p>Valorar la necesidad de tratamiento psicológico del agresor</p>

ADULTOS/ANCIANOS	FUNDAMENTO	RECOMENDACIONES
<p>Prevención y detección precoz de los malos tratos a los ancianos</p>	<p>Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, vulnera o pone en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo y deben ser protegidos</p>	<p>Identificar factores de riesgo de maltrato</p> <p>Preguntar a la supuesta víctima sobre la existencia de maltratos. Mantenerse alerta y realizar seguimiento</p> <p>En caso de maltratos: valorar el riesgo inmediato y actuar coordinadamente con los servicios sociales a nivel físico, biológico y social</p>

Consultar el programa completo en URL: <http://www.papps.org/recomendaciones/2001/saludmental.pdf>

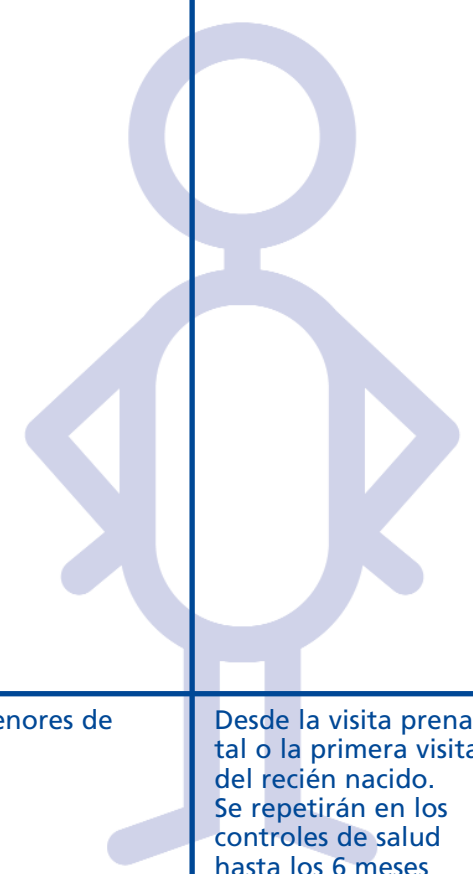
COMÚN A AMBOS GRUPOS	FUNDAMENTO	RECOMENDACIONES
<p>Detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión</p>	<p>La detección de los trastornos de ansiedad y depresión desde los servicios de atención primaria ayuda a evitar el deterioro psicológico de los individuos, su morbilidad y el sufrimiento asociado, si se tratan adecuadamente</p>	<p>Actuar sobre la población diana:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pacientes con síntomas y conductas sugerentes de psicopatología ▶ Transiciones psicosociales con factores que dificultan su elaboración <p>Utilizar la entrevista como herramienta diagnóstica o la escala de ansiedad y depresión de Goldberg como alternativa, con periodicidad bienal</p> <p>Ofrecer un tratamiento adecuado, incluyendo la derivación a los servicios de salud mental cuando se considere indicado</p>
<p>Prevención del suicidio</p>	<p>El suicidio se asocia con frecuencia a factores de riesgo identificables, siendo los trastornos afectivos los más relevantes. El tratamiento precoz puede evitar el deterioro psicológico que aboque al suicidio</p>	<p>Prestar atención a la posibilidad de suicidio en presencia de factores de riesgo, sobre todo de la depresión</p> <p>Realizar entrevistas tranquilas y abiertas. No dejar de aclarar la posibilidad de ideas suicidas con el paciente</p> <p>No minusvalorar las amenazas suicidas</p> <p>En caso de detectar ideación suicida: derivar a los servicios de salud mental</p>

PREVINFAD (AEPap) / PAPPS (semFYC)
PROGRAMA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA - 2003



PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
Cribado metabólico	Cribado metabólico para fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito	Determinación de la TSH Determinación de la fenilalaninemia	El cribado se realiza entre los 3 y los 5 días En aquellos casos de altas precoces, y cuando el cribado se realice antes de las 48 horas de vida, es necesario realizar nuevas pruebas a los 7 días, para valorar correctamente la fenilalaninemia	Una sola vez En prematuros de menos de 32 semanas se realizará una segunda determinación a los 7-14 días
Lactancia materna y alimentación en el primer año de vida	La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses Se debe continuar con la lactancia mientras se introduce la alimentación complementaria hasta los doce meses de edad	Apoyar y fomentar el amamantamiento en los sucesivos controles de salud. Intentar mantener la lactancia materna al menos hasta los 6 meses A los niños que llegan a los 6 meses con lactancia materna exclusiva es preferible introducirles primero fruta y purés de verduras y carne. Se debe intentar retrasar los cereales sobre todo si la madre no dispone de leche suficiente para preparar la papilla con su leche	El primer año de vida	Desde la primera semana y en los controles del 2º, 4º, 6º, 12º meses
Desarrollo físico	El desarrollo físico debe compararse con las tablas o estándares de referencia de cada población: Tablas de la población española (Fundación Orbegozo, autor Hernández-Coronado)		En todos los controles de salud de 0 a 2 años de edad se medirá el perímetro cefálico, el peso y la talla (acostado hasta los 18 meses) y se anotarán los percentiles correspondientes. En todos los controles a partir de los 2 años de edad se valorará el peso y la talla	Al nacer, 15 días, 1º mes, 2º, 4º, 6º, 12º, 15º y 18º meses. A los 2, 4, 6, 11, 14 y 16 años

PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPs	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
<p>Retraso psicomotor y trastornos de lenguaje</p>	<p>Identificar mediante anamnesis a aquellos recién nacidos de riesgo de trastorno del desarrollo psicomotor (DPM)</p> <p>Debe valorarse el DPM de todo niño desde su nacimiento hasta los 2 años de edad. El test de cribado más extensamente utilizado e investigado es el test de Denver o Denver Developmental Screening Test-II (DDST-II). El test de Haizea-Llevant (Fernández E, 1988), que ha sido realizado con niños de nuestro entorno, utiliza áreas de valoración muy similares a las del DDST-II. Deben valorarse especialmente las preocupaciones de los padres sobre el DPM</p> <p>Esta valoración puede realizarse en todas las visitas del programa del niño sano. Debe procederse al estudio de las causas del retraso psicomotor y a su derivación a centros especializados si procede</p> <p>En los niños con riesgo de parálisis cerebral infantil se deben supervisar el tono muscular, los patrones posturales y los reflejos osteotendinosos</p> <p>Identificar a aquellas familias de alto riesgo psicosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Antecedentes de trastornos psiquiátricos o de adicciones ▶ Antecedentes de negligencia, abuso o maltrato en cualquier miembro de la familia ▶ Pobreza y marginalidad ▶ Madres adolescentes <p>Desarrollar programas de educación orientada al desarrollo en casos de alarma o retraso del DPM, ya sea de forma individual o grupal</p> <p>Promoción de la lactancia materna como alimentación exclusiva en todos los niños y hasta los seis meses de edad como uno de los aspectos importantes para el DPM</p> <p>Realizar siempre que sea posible una visita al domicilio por parte de un profesional de Atención Primaria en los casos de alarma o retraso del DPM</p>	<p>Evitar la posición de prono durante el sueño en los lactantes hasta los 6 meses de edad. Evitar los colchones blandos o de lana, los almohadones, los colgantes al cuello</p> <p>Desaconsejar el tabaquismo de los padres</p> <p>Evitar el arropamiento excesivo del lactante</p> <p>Mantener una temperatura agradable en la habitación (de 20 a 22° C)</p> <p>Amamantar al pecho</p>	<p>Niños de 0 a 6 años</p>	<p>Al menos tres veces en los primeros 6 meses de vida, cuatro entre los 6 y los 24 meses y dos entre los 2 y los 6 años</p>
<p>Síndrome de muerte súbita del lactante</p>	<p>El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la "muerte súbita de un niño menor de 1 año de edad, a la cual no se encuentra explicación después de una investigación minuciosa del caso, incluyendo la realización de una autopsia completa, el examen de la escena del fallecimiento y la revisión de la historia clínica"</p>	<p>Evitar la posición de prono durante el sueño en los lactantes hasta los 6 meses de edad. Evitar los colchones blandos o de lana, los almohadones, los colgantes al cuello</p> <p>Desaconsejar el tabaquismo de los padres</p> <p>Evitar el arropamiento excesivo del lactante</p> <p>Mantener una temperatura agradable en la habitación (de 20 a 22° C)</p> <p>Amamantar al pecho</p>	<p>Niños menores de 1 año</p>	<p>Desde la visita prenatal o la primera visita del recién nacido. Se repetirán en los controles de salud hasta los 6 meses de vida</p>



PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
Displasia evolutiva de cadera	Alteración de la articulación coxofemoral que da lugar a una deformidad en la que la cabeza femoral está totalmente fuera del acetábulo (luxación), parcialmente (subluxación) o bien la cabeza femoral entra y sale del acetábulo (inestabilidad). Acompañado de una serie de anomalías (displasia) en el desarrollo del acetábulo o de la cabeza femoral	<p>Maniobras de Ortolani y Barlow</p> <p>Exploración de caderas (abducción y asimetrías) en los controles ulteriores de salud, hasta 1 año de edad</p> <p>Se realizará ecografía de caderas tras el primer mes de vida (entre las 4 y las 8 semanas) o radiografía si es mayor de 3 meses, ante una exploración clínica dudosa o anormal, o ante la presencia de al menos dos de los tres factores siguientes: sexo femenino, parto de nalgas, antecedente familiar de DEC</p>	Niños menores de 1 año	Al nacer, En los controles de salud hasta 1 año de edad
Criptorquidia	<p>La criptorquidia comprende la ausencia de testículo palpable, la incapacidad para hacerlo descender al escroto manualmente y la situación en la que, una vez descendido mediante las maniobras adecuadas, el testículo vuelve inmediatamente a su anterior posición, fuera de la bolsa escrotal. Cuando el testículo no resulte palpable, debe diferenciarse de la anorquia o ausencia de tejido testicular</p> <p>El testículo retráctil o en ascensor no requiere tratamiento pero sí supervisión en los controles de salud, ante la posibilidad teórica de "reasenso"</p>	<p>Observar el aspecto de los genitales del niño y la simetría del escroto</p> <p>Se debe percibir el tamaño y consistencia de los testículos y también si hay resistencia al descenso hacia la bolsa</p> <p>Los niños con criptorquidia deben ser derivados a un cirujano infantil si la situación persiste a los 6 meses de edad, si bien el tipo de tratamiento y el momento de su aplicación serán decididos por el equipo quirúrgico. En el caso de los niños prematuros puede esperarse un descenso más tardío. Si la afectación fuera bilateral y no se consiguieran palpar los testículos o ante la presencia de hipospadias, se derivará entonces sin demora para estudio genético y endocrinológico</p>	Niños menores de un año	Tras el nacimiento, a los 6 meses de edad, a los 12 meses y en cualquier momento, si no se hubiera efectuado con anterioridad
Salud bucodental	<p>La salud bucodental infantil incluye, fundamentalmente:</p> <p>La prevención primaria de la caries dental</p> <p>El tratamiento precoz de los traumatismos dentales</p>	<p>1/ Prevención de la caries dental:</p> <p>Suplementos de flúor oral, sólo si se pertenece a un grupo de riesgo y el agua no está fluorada. Véase anexo grupos de riesgo de caries dental</p> <p>Cepillado dental desde los 2 a los 6 años con pastas que contengan menos de 500 ppm de flúor y desde los 6 años con un contenido de 1.000 a 1.450 ppm de flúor</p>	Niños hasta 16 años	Al nacer, 12 meses, y 2, 4, 6, 11, 14 y 16 años

PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
Salud bucodental	La prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria	<p>Colutorios de flúor a partir de los 6 años de edad</p> <p>Educación sanitaria sobre los alimentos cariógenos</p> <p>Visita periódica al odontólogo</p> <p>▶ 2/ Prevención de los traumatismos dentales:</p> <p>Prevención secundaria: reimplantación del diente de forma precoz</p> <p>▶ 3/ Prevención primaria de las maloclusiones:</p> <p>Evitar la succión del pulgar o la succión labial</p> <p>Evitar el empleo prolongado del chupete</p>	Niños hasta 16 años	Al nacer, 12 meses, y 2, 4, 6, 11, 14 y 16 años
Cribado de ambliopía	<p>La ambliopía ("ojo vago") se define como la reducción uni o bilateral de la agudeza visual, causada por la estimulación visual inadecuada del cerebro durante el período crítico del desarrollo visual. La causa más frecuente de ambliopía es el estrabismo</p> <p>El estrabismo (más del 75% convergente) afecta al 3-6%, un 30-50% de la cual desarrollará ambliopía. La prevalencia combinada de ambos procesos no es inferior al 5%</p> <p>Aproximadamente el 20% de los niños padecen defectos de refracción</p>	<p>Se explorará a todos los recién nacidos buscando alteraciones oculares: nistagmo, ausencia de reflejo rojo retiniano, leucocoria, malformaciones, fotofobia, etc.</p> <p>▶ En lactantes, hasta poder realizar cribado:</p> <p>Vigilar alineación ocular. Es significativo el estrabismo fijo a cualquier edad y cualquier tipo de estrabismo a partir de los seis meses</p> <p>Seguir el comportamiento visual</p> <p>▶ Entre 3 y 4 años:</p> <p>Test de visión estereoscópica</p> <p>Medición agudeza visual con optotipos infantiles</p> <p>Inspección ocular simple y con ayuda de una luz atendiendo a la alineación de los ejes visuales, observación del reflejo luminoso corneal y realizando el test del ojo cubierto-descubierto</p>	<p>Niños menores de 4 años</p> <p>La detección de los defectos de refracción después de los 4 años es inexcusable si no se realizó cribado previo</p>	<p>Al nacer, primer mes, 6, 12 meses y 4 años</p> <p>Es aconsejable la medición de la agudeza visual cada 1-2 años hasta terminar el crecimiento</p>
Hipoacusia	<p>La hipoacusia se define como la disminución de la percepción auditiva</p> <p>La prevalencia de la sordera congénita importante por su repercusión en el lenguaje, es decir aquella que es permanente, bilateral y moderada, severa</p>	<p>Cribado auditivo neonatal universal con una prueba electrofisiológica objetiva (otoemisiones acústicas o, preferiblemente, potenciales auditivos automatizados de tronco cerebral)</p> <p>Si no existe cribado universal, prueba objetiva a los recién nacidos con indicadores de riesgo asociado a hipoacusia. VÉASE ANEXO 3 Indicadores asociados a sordera.</p>	<p>Todos los recién nacidos para el cribado universal</p> <p>Los neonatos con indicadores de riesgo para el cribado selectivo si no existe el universal</p> <p>Los niños con indicadores de riesgo de sordera</p>	<p>Una vez en recién nacido normal o de riesgo si pasa el cribado</p> <p>Periódicamente en niños con indicadores de riesgo de sordera de aparición tardía</p>

PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
Hipoacusia	o profunda, es del orden de 1,5 por 1.000 nacidos vivos En la edad escolar la prevalencia de hipoacusia de más de 45 dB es de 3 por 1.000 y de cualquier grado, hasta de 13 por 1.000. En niños que sufren determinados factores de riesgo, la incidencia puede elevarse hasta el 4% para hipoacusias severas y hasta el 9% si se suman las leves y las unilaterales	Control periódico de la audición a los lactantes y preescolares que presenten indicadores de riesgo asociados, sordera neurosensorial y/o de conducción adquirida, progresiva o de comienzo tardío En el resto de los niños debe preguntarse a la familia sobre su audición, explorar la reacción al sonido y seguir la adquisición del lenguaje verbal	adquirida, progresiva o de comienzo tardía pasada la etapa neonatal hasta los 3 años (seguimiento periódico de la audición) Todos los niños hasta los 3 años (programa del niño sano)	En cualquier momento en caso de sospecha de sordera adquirida detectada en las revisiones del niño sano o en la consulta por enfermedad
Vacunaciones sistemáticas	La cumplimentación del calendario vacunal con muy altas tasas de cobertura debe ser una prioridad absoluta de cualquier programa preventivo	Según calendario de vacunación de cada Comunidad Autónoma. VÉASE ANEXO 4 Calendario de vacunación de MSC 2003	Niños de 0 a 14 años	Según calendario de vacunación de las CC.AA.
Accidentes	Debe constar en un lugar fácilmente identificable la lista de los principales factores de riesgo presentes, tanto domésticos como en los vehículos El consejo para la promoción del uso de asientos de seguridad en los automóviles es especialmente efectivo Educación sanitaria en la consulta diferenciando edad. (Los aspectos preventivos más importantes cambian con la edad del niño)		Niños de 0 a 16 años	En los controles de salud habituales
Consejo frente al tabaquismo activo y pasivo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Embarazadas. En las actividades preventivas antes del parto y consultas que acudan con otros hijos. Registrar en historia clínica. Consejo orientado a la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante y al normal crecimiento fetal. Ofrecer derivación a consulta antitabaco si es necesario ▶ Padres. Realizar consejo en las primeras visitas. Se debe reinterrogar al menos cada dos años. En todas las visitas relacionadas con patología respiratoria y otitis media recidivante. Consejo orientado a disminuir morbilidad respiratoria y prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación a consulta antitabaco si es necesario ▶ Adolescentes. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. Consejo orientado a los aspectos estéticos, como oscurecimiento de los dientes, mal aliento y bajo rendimiento deportivo, además de posibilidad de adicción al tabaco 		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tabaquismo pasivo: De 0 a 14 años Padres y madres de niños, gestantes y cuidadores principales ▶ Tabaquismo activo: 11 a 14 años 	En los controles de salud habituales

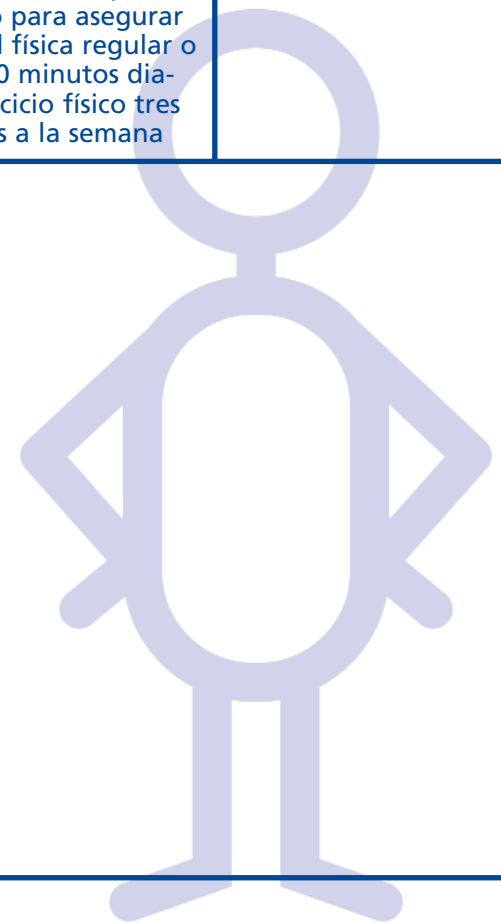
PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
<p>Consejo frente al consumo de alcohol y otras drogas en la infancia y la adolescencia</p>	<p>ALCOHOL:</p> <p>▶ Embarazadas: En toda actividad preventiva antes del parto y en las consultas oportunistas con otros hijo, investigar nivel de consumo (si no se ha hecho ya). Registrar en la historia clínica. Realizarlo al menos en dos ocasiones a lo largo de la gestación. Consejo orientado a la prevención del síndrome de alcoholismo fetal. Enfatizar en la no existencia de un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo</p> <p>▶ Padres: Investigar consumo si hay sospecha de consumo excesivo o factores de riesgo o fétor alcohólico (fácil de detectar). Realizar consejo y ofrecer derivación si es necesario</p> <p>▶ Adolescentes: Investigar consumo de alcohol. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud</p> <p>OTRAS DROGAS:</p> <p>▶ Embarazadas: En toda actividad preventiva antes del parto y en consultas oportunistas con otros hijos. Investigar nivel de consumo (si no se ha hecho ya). Registrar en la historia clínica. Realizarlo al menos en una ocasión a lo largo de la gestación. Consejo orientado a la prevención de malformaciones y de trastornos del desarrollo fetales. Enfatizar la no existencia de un nivel seguro de consumo de drogas durante el embarazo. Repetir el consejo si existen factores de riesgo de consumo de drogas</p> <p>▶ Padres: Si existen factores de riesgo de consumo, investigar consumo en los padres durante consultas oportunistas. Consejo orientado a la prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación si es necesario</p> <p>▶ Adolescentes: Investigar consumo de drogas. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud</p>		<p>Niños de 11 a 14 años</p> <p>Padres, madres y gestantes</p>	<p>A los 11 y 16 años</p>
<p>Consejos de protección solar</p>	<p>Aconsejar sobre prevención de la exposición solar excesiva, especialmente en lactantes y niños pequeños, en todas las visitas realizadas cerca del verano. Ofrecer consejo de protección solar</p> <p>Debe utilizarse una crema o loción resistente al agua con factor de protección 15 o superior. Esta medida puede no ser necesaria en los niños de piel oscura o negra. Los niños con pieles tipo I y II (se queman fácilmente y se broncean poco o nada) deben minimizar la exposición al sol y utilizar habitualmente ropa protectora: gorra, pantalones largos y camisa de manga larga</p>		<p>Niños de 0 a 16 años</p>	<p>En los meses de mayor exposición solar y al menos al primer, 4, 6, 11 y 16 años</p>



PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
Prevención cardiovascular	Se sabe que la aterosclerosis es un proceso que empieza en la infancia y afecta a todos los individuos en mayor o menor medida	<p>Desaconsejar el consumo de tabaco</p> <p>Cribado generalizado de hipertensión a diferentes edades</p> <p>Prevenir o reducir la obesidad</p> <p>Estimular la realización de ejercicio moderado, de forma regular</p> <p>Recomendaciones dietéticas generalizadas</p> <p>Detección de familias portadoras de formas hereditarias de hiperlipemias aterogénicas</p>	Niños de 2 a 16 años	Se recogerán en la historia clínica los antecedentes de cardiopatía isquémica precoz a los 4, 11, 14 y 16 años
Maltrato infantil	El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social	<p>Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria</p> <p>Reconocer situaciones de violencia doméstica</p> <p>Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo</p>	Niños de 0 a 5 años	Al nacer, 2, 4, 6 y 12 meses y 2 y 4 años
Ferropenia	Hemoglobina inferior a 10,7 (NHANESII) - 11 mg (AAP) desde los 0,5-4,9 años y a 11,5 mg hasta los 12 años, serían consideradas anormales	<p>Recomendar lactancia materna o fórmula reforzada con hierro (4-12 mg/l)</p> <p>Se hará profilaxis con hierro oral en niños con factores de riesgo VÉASE ANEXO 6 factores de riesgo para el desarrollo de ferropenia en función de la edad</p>	<p>Niños hasta 12 meses</p> <p>Niños de riesgo de 2 a 16 años</p>	Al nacer, 6 y 12 meses En niños con riesgo a partir de 1 año de edad
Tuberculosis	<p>Intradermoreacción de Mantoux: se considera positiva una induración de 5 mm o más</p> <p>En personas vacunadas con BCG se considera claramente positiva una respuesta ≥ 15 mm</p>	Intradermoreacción de Mantoux PPD o prueba de la tuberculina	<p>Se efectuará sólo en zonas donde la prevalencia de infección sea mayor del 1% en escolares (niños de 6 años)</p> <p>En niños de riesgo, se realizará la prueba de la tuberculina</p> <p>En España, salvo en algunas bolsas de pobreza o población marginal, la prevalencia de la infección tuberculosa a esta edad es inferior a esa cifra y no se recomienda el cribado sistemático</p>	Se realizará la prueba de la tuberculina a los 6, 11 y 14 años y ante la presunción de contacto con una persona bacilífera

PROGRAMA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN PAPPS	POBLACIÓN DIANA	PERIODICIDAD
Embarazo y enfermedad de transmisión sexual en adolescentes		<p>Se informará de las posibilidades de embarazo y de los métodos anticonceptivos a su alcance</p> <p>Se recomendará el uso de preservativos para las relaciones esporádicas y se informará de los factores de riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS)</p>	Población adolescente	Varones a partir de los 14 años, mujeres a partir de la menarquia
Actividad física	Realizar ejercicio más de 20 minutos diarios, más de 3 días por semana	<p>Anotar los hábitos de actividad física en la historia clínica y en las visitas periódicas de salud</p> <p>Aconsejar el inicio, mantenimiento o aumento de sus niveles de actividad física habitual, o realizar algún ejercicio</p> <p>Exploración de "no contraindicación deportiva"</p> <p>Informar sobre necesidades y hábitos apropiados para una nutrición e hidratación correcta</p>	<p>En preescolares es suficiente la actividad espontánea cuando se les permite el juego libre</p> <p>En escolares y adolescentes se recomienda el deporte organizado para asegurar la actividad física regular o al menos 20 minutos diarios de ejercicio físico tres o más veces a la semana</p>	A los 6,11 ,14 y 16 años

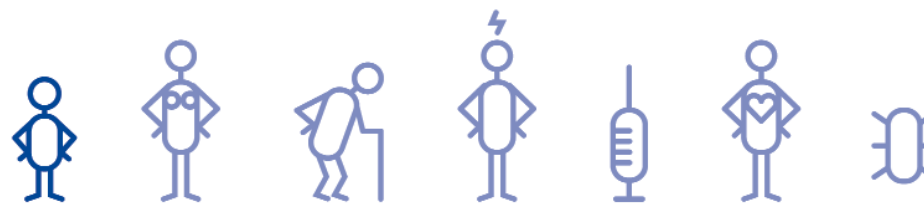
ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PREMATUROS CON MENOS DE 1.500 GRAMOS AL NACER:
VÉASE ANEXO 7. Seguimiento del prematuro 1 < 1.500 g al nacer



PROGRAMA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA - 2003

ANEXOS AL PROGRAMA PREVINFAD (AEPap) / PAPPS INFANCIA Y ADOLESCENCIA (semFYC)

▶ ANEXO 1. FACTORES DE RIESGO DE CARIES



FACTORES NUTRICIONALES

Afectación nutricional prenatal	<ul style="list-style-type: none">▶ Infecciones graves o déficit nutricional importante en el tercer trimestre gestacional▶ Ingesta de tetraciclinas por la madre▶ Prematuridad
Afectación nutricional posnatal	<ul style="list-style-type: none">▶ Insuficiente ingestión de calcio, fosfatos y flúor▶ Hábitos alimentarios inadecuados▶ Chupetes o tetinas endulzados▶ Biberón endulzado para dormir▶ Consumo de bebidas con azúcares ocultos (bebidas carbónicas, zumos, etc.)▶ Consumo de jarabes endulzados

FACTORES RELACIONADOS CON LA HIGIENE DENTAL

Alteraciones morfológicas de la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none">▶ Malformaciones orofaciales▶ Uso de ortodoncias
Deficiente higiene oral	<ul style="list-style-type: none">▶ Mala higiene oral de los padres y hermanos▶ No correcta eliminación de la placa dental▶ Minusvalías psíquicas importantes (dificultad de colaboración)

ASOCIADOS CON XEROSTOMÍA

- ▶ Hipertrofia adenoidea
- ▶ Síndrome de Sjögren
- ▶ Displasia ectodérmica

ENFERMEDADES EN LAS QUE LA MANIPULACIÓN DENTAL ES FRECUENTE

- ▶ Cardiopatías
- ▶ Inmunosupresión
- ▶ Hemofilia y otros trastornos de coagulación

► **ANEXO 2. RECOMENDACIONES DE LOS SUPLEMENTOS DE FLÚOR EN FUNCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE FLÚOR EN EL AGUA DE BEBIDA, SEGÚN LA ACADEMIA EUROPEA DE DENTISTAS PEDIÁTRICOS Y EL CONSENSO CANADIENSE SOBRE EL EMPLEO DE FLÚOR EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL**

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

► **ANEXO 3. INDICADORES ASOCIADOS A SORDERA EN RECIÉN NACIDOS Y NIÑOS PEQUEÑOS**

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

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

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



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

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

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

► ANEXO 4. CALENDARIO DE VACUNACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD / CALENDARIO DE VACUNACIONES RECOMENDADO (2003)
Aprobado por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 13-01-2003

VACUNAS	EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	3 AÑOS	4 AÑOS	6 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	16 AÑOS
Polioemielitis		VP01	VP02	VP03		VP04			VP05						
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTP1	DTP2	DTP3		DTP4			DTP5 o DT					Td (**)	
Haemophilus-influenzae B		Hib1	Hib2	Hib3		Hib4 opcional									
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV 1 (*)			TV 2			TV (***)				
Hepatitis B		HB 3 dosis 0,1 ó 2 y 6 meses ó 2,4 y 6 meses									HB 3 dosis				
Meningitis meningocócica C		1	2	3											

(*) En situación de especial riesgo una dosis a los 9 meses o antes. (**) Se aconseja proceder a la revacunación cada 10 años. (***) Niños que no hayan recibido segunda dosis antes de los 6 años.

► ANEXO 5. VACUNAS EN GRUPOS DE RIESGO

VACUNAS EN NIÑOS PREMATUROS

Se recomienda el mismo calendario que en los nacidos a término, en cuanto a dosis y edad cronológica en que se administran las vacunas, salvo la vacuna de la hepatitis B, que debe posponerse en los prematuros enfermos nacidos de madres no portadoras hasta el alta hospitalaria.

► **Madre HBsAg-:**

Se esperará a que alcancen los 2.000 g o el primer mes de vida

► **Madre HBsAg+:**

Se iniciará la vacunación el primer día de vida, independientemente del peso y edad gestacional, y se administrarán 0,5 ml de inmunoglobulina específica en las primeras 12 h de vida

En ambos casos, se seguirá la vacunación con 3 dosis (0-1-6 meses) a partir del momento que alcancen los 2 kg o 1-2 meses de vida, además de la dosis inicial administrada a los hijos de madres HBsAg+, que no debe contarse como parte de esta serie de 3 dosis

.....
La vacunación contra la poliomielitis en prematuros durante su ingreso en neonatos debe llevarse a cabo con la vacuna inactivada

Si desarrollan enfermedades respiratorias crónicas, como displasia broncopulmonar, deberán vacunarse anualmente frente a la gripe, a partir de los 6 meses (y también sus familiares y cuidadores)

VACUNAS RECOMENDADAS EN NIÑOS INFECTADOS POR VIH

▶ **Difteria, tétanos, tos ferina, Hib, meningococo, hepatitis B**

▶ Según calendario de vacunación normal

▶ **Triple vírica**

▶ En asintomáticos o sintomáticos excepto si $CD4 < 200$ o $CD4 / \text{linfocitos totales} < 15\%$

▶ **Polio intramuscular inactivada en lugar de oral en:**

▶ Niños infectados

▶ Contactos familiares de niños infectados

▶ Niños sanos que conviven con infectados

▶ **Gripe**

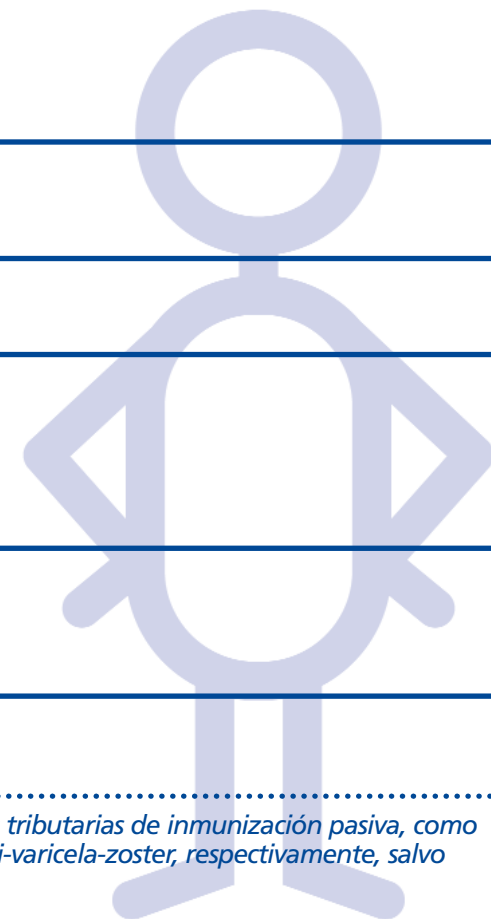
▶ Anualmente, a partir de los 6 meses, al menos en sintomáticos

▶ Contactos familiares de niños con infección VIH sintomática

▶ **Neumococo**

▶ Conjugada o polisacárida, según la edad

.....
Los niños con infección por el VIH deben considerarse susceptibles aunque hayan sido vacunados. Si se exponen a enfermedades tributarias de inmunización pasiva, como sarampión o varicela, deben recibir gammaglobulina inespecífica (0,25 ml/kg en asintomáticos y 0,5 ml/kg en sintomáticos) o anti-varicela-zoster, respectivamente, salvo que hayan recibido gammaglobulina intravenosa en las últimas tres semanas



VACUNA ANTIGRIPIAL

La vacunación antigripal anual está indicada en los niños mayores de 6 meses en las situaciones siguientes:

▶ Cardiopatía congénita o adquirida con repercusión clínica

▶ **Neumopatía crónica:** fibrosis quística, asma (incluso tratados con corticoides sistémicos o inhalados), bronquitis obstructiva de repetición, displasia broncopulmonar, bronquiectasias

▶ Diabetes

▶ **Nefropatía:** Sd. nefrótico, glomerulonefritis crónica, insuficiencia renal crónica

▶ **Patología neuromuscular grave:** Werdnig-Hoffmann, Duchenne, miastenia gravis

▶ Tratamiento crónico con salicilatos en épocas de epidemia

VACUNA ANTIGRIPIAL (continuación)

- ▶ Infeccionados por VIH. La vacunación de los contactos es la estrategia más segura y efectiva
- ▶ Niños institucionalizados
- ▶ Otras causas de inmunodepresión
- ▶ Familiares (incluyendo otros niños), cuidadores y personal sanitario que puedan transmitir el virus de la gripe a niños pertenecientes a estos grupos de riesgo

VACUNA ANTIHEPATITIS B

- ▶ Recién nacidos de madres portadoras (HBsAg+)
- ▶ Contacto familiar con enfermos o portadores crónicos
- ▶ Inmunodeficiencia, incluida la infección VIH
- ▶ Niños institucionalizados (así como el personal que trabaja con ellos)
- ▶ Niños en hemodiálisis, hemofílicos o que precisan múltiples transfusiones de sangre o derivados
- ▶ Niños de grupos étnicos de riesgo o emigrantes de países con gran endemicidad: África, Asia, Indonesia, Filipinas, Oriente Próximo, región amazónica, Haití, R. Dominicana, antigua Unión Soviética, Europa del Este
- ▶ Exposición accidental percutánea o mucosa a sangre, fluidos corporales u objetos posiblemente contaminados

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 23-VALENTE (POLISACÁRIDA)

Indicada en niños mayores de 2 años incluidos en los grupos de riesgo

CLARAMENTE INDICADA (EFICACIA DEMOSTRADA)

- ▶ Enfermedad pulmonar crónica: fibrosis quística, enfisema (NO en el asma)
- ▶ Enfermedad cardiovascular crónica
- ▶ Hepatopatía crónica (cirrosis)
- ▶ Diabetes

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 23-VALENTE (POLISACÁRIDA) (continuación)

Indicada en niños mayores de 2 años incluidos en los grupos de riesgo

- ▶ Drepanocitosis
- ▶ Asplenia anatómica o funcional
- ▶ Fístula de LCR

POTENCIALMENTE ÚTIL Y TAMBIÉN INDICADA (MENOR INMUNOGENICIDAD)

- ▶ Insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico
- ▶ Infección por VIH, asintomática o sintomática
- ▶ Inmunodeficiencias, incluidas las primarias de tipo humoral, combinadas, déficit de complemento y uso prolongado de corticoides
- ▶ Neoplasias sólidas o hematológicas
- ▶ Trasplantados de órganos sólidos o progenitores hematopoyéticos

VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA (ESTUDIOS NO REALIZADOS)

- ▶ Encefalopatías
- ▶ Enfermedades neuromusculares
- ▶ Conectivopatías

Fuente: Comité Asesor de Vacunas de la AEP, Manual de Vacunas en Pediatría- Ed. 2001

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA

Las indicaciones actuales en España son las siguientes, siempre en niños entre 2 meses y 2 años:

- ▶ Anemia de células falciformes
- ▶ Asplenia congénita o adquirida, anatómica o funcional
- ▶ Infección por VIH
- ▶ Enfermedad crónica cardiovascular
- ▶ Enfermedad crónica respiratoria (excluido el asma)

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA (continuación)

Las indicaciones actuales en España son las siguientes, siempre en niños entre 2 meses y 2 años:

- ▶ Diabetes mellitus
- ▶ Fístula o pérdida de líquido cefalorraquídeo
- ▶ Inmunodeficiencia (congénita, adquirida, inmunosupresión)
- ▶ Síndrome de Down
- ▶ Trasplante, neoplasia maligna, leucemia, linfoma
- ▶ Síndrome nefrótico o insuficiencia renal

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA (Vacunación secuencial)

En niños de 24-59 meses de edad incluidos en grupos de riesgo ya vacunados con la vacuna polisacárida 23-valente, se aconseja administrar 2 dosis de conjugada, al menos 2 meses después de la última 23-valente.

En los niños de 24-59 meses incluidos en grupos de riesgo vacunados antes de los 2 años con vacuna conjugada, se aconseja 1 dosis de polisacárida 23-valente después de los 2 años, al menos 2 meses después de la última vacuna conjugada.

VACUNA ANTIHEPATITIS A

Las indicaciones actuales en la infancia, en España, son:

VACUNA SISTEMÁTICA EN ALGUNA AUTONOMÍA: CEUTA, MELILLA, CATALUÑA

VIAJES A ZONAS DONDE LA HEPATITIS A ES ENDÉMICA

▶ África, América Central y Caribe, Asia y Oriente Próximo, antigua Unión Soviética y Este de Europa e islas del Pacífico, excepto Australia

NIÑOS INCLUIDOS EN LOS SIGUIENTES GRUPOS DE RIESGO:

- ▶ Pacientes con hepatopatía crónica, incluyendo portadores asintomáticos de HBsAg.
- ▶ Contactos domiciliarios de casos de hepatitis A, junto a gammaglobulina inespecífica
- ▶ Hemofílicos
- ▶ Niños institucionalizados: orfanatos, acogida, centros para deficientes mentales

INTERRUPCIÓN DE EPIDEMIAS EN GUARDERÍAS, ESCUELAS, CAMPAMENTOS...

VACUNA ANTIVARICELA

En España, actualmente, es de prescripción exclusivamente hospitalaria, para pacientes de alto riesgo y sus contactos seronegativos sanos.

- ▶ Niños con leucemia linfoblástica aguda o tumores sólidos malignos en determinadas condiciones
- ▶ Niños en programa de trasplante de órganos sólidos (riñón)
- ▶ Niños con enfermedades crónicas: trastornos metabólicos, endocrinos, renales, pulmonares o cardiovasculares, sin inmunodepresión ni corticoterapia a dosis altas
- ▶ Personas seronegativas en contacto con niños inmunodeprimidos: familiares y sanitarios que les atienden

▶ ANEXO 6. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE FERROPENIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD

GRUPO I. Factores de riesgo perinatal

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

GRUPO II. Factores de riesgo entre 1 y 12 meses de edad

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

GRUPO III. Factores de riesgo a partir de 1 año de edad

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



ACTUACIÓN ANTE LOS DIFERENTES GRUPOS DE RIESGO:

GRUPO I

Se hará profilaxis con hierro oral a las dosis siguientes:

- ▶ Prematuros sanos que hayan pesado menos de 1.500 g, 2 mg/kg/día de hierro desde los 2 a los 6 meses
- ▶ Prematuros de más de 1.500 g al nacer y hemorragia perinatal o gran número de extracciones, 2-4 mg/kg/día de hierro (mayor dosis a menor edad gestacional) de 1 a 6 meses de vida
- ▶ El resto del grupo, hierro a 2-4 mg/kg/día a partir del 4º-6º mes de vida o posteriormente, durante un mínimo de 3 meses

Cribado de ferropenia y anemia: una vez concluida la profilaxis se medirá hemoglobina, hematocrito, VCM, CHM, CHCM, ferritina e índice de saturación de transferrina

GRUPO II

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

GRUPO III

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

▶ ANEXO 7. SEGUIMIENTO DEL PREMATURO < 1.500 g AL NACER

Seguimiento del desarrollo. Se aconseja normalizar las valoraciones del desarrollo utilizando la edad corregida y no la edad real para el calendario de revisiones.

Lactancia. La leche materna es el mejor alimento para el niño prematuro. Cuando no es posible la lactancia materna se ha comprobado en los estudios aleatorizados efectuados que las fórmulas de prematuros mejoran el crecimiento, la masa ósea y el desarrollo mental a largo plazo en comparación con las fórmulas de inicio. Se aconseja mantener la fórmula de prematuros hasta los 9 meses o al menos hasta que alcancen los 3 kg de peso.

Prevención del raquitismo. Desde los 15 días y hasta 1 año de vida se recomienda la profilaxis con 400 UI/día de vitamina D. En los primeros meses tras el alta hospitalaria conviene vigilar la aparición de raquitismo. Especialmente en los menores de 1.000 g al nacimiento se recomienda una determinación de fosfatasa alcalina un mes después

del alta y si está elevada confirmar el diagnóstico con una radiografía de muñeca.

Valoración del crecimiento. Se aconseja corregir la edad para calcular los percentiles de peso, longitud-talla y perímetro craneal hasta los dos años de edad corregida.

Profilaxis de la anemia de la prematuridad. Se aconseja que los niños que hayan recibido varias transfusiones y sean dados de alta sin profilaxis con hierro, se les haga cribado de anemia y ferropenia después del alta. El tratamiento con hierro se hará si aparece ferropenia o anemia. Los niños no transfundidos con o sin tratamiento con eritropoyetina durante su estancia hospitalaria, recibirán profilaxis con hierro oral a partir del mes de vida (2 a 4 mg/kg/día, contabilizando los aportes con la alimentación) y cribado de anemia y ferropenia al mes y a los 3 meses después del alta por si hay que incrementar la dosis o suspender la profilaxis por depósitos elevados.

► ANEXO 7. SEGUIMIENTO DEL PREMATURO < 1.500 g AL NACER (continuación)

Habilidades motoras. Conocer la cronología de las habilidades motoras y las peculiaridades del desarrollo motor de los niños prematuros facilita la identificación de los niños que se apartan de un desarrollo normal. El 50% de los recién nacidos con peso menor de 1.500 g han adquirido la sedestación sin apoyo a los 7 meses de edad corregida y el 90%, a los 9 meses de edad corregida. Con respecto a la marcha, el 50% la han adquirido a los 14 meses de edad corregida y el 90% a los 18 meses de edad corregida.

Hipertonía transitoria del prematuro. La hipertonía transitoria aparece hacia los 3 meses de edad corregida, progresa cefalocaudalmente, no produce retracciones, ni asimetrías, ni retrasa la adquisición de la sedestación y la marcha. Junto con el retraso motor simple se pueden considerar variantes de la normalidad y por ello sólo precisan seguimiento.

Factores de riesgo para alteraciones del desarrollo motor. Se consideran factores de riesgo el peso de nacimiento menor de 750 g, las infecciones del sistema nervioso central y la presencia de lesión parenquimatosa (leucomalacia periventricular o infarto hemorrágico) en la ecografía cerebral. Estos niños deben remitirse tras el alta hospitalaria a estimulación precoz y fisioterapia. Si un niño menor de 32 semanas de edad gestacional no tiene ninguna ecografía cerebral después de la semana de vida, se debe realizar un nuevo control ecográfico, ya que las lesiones del parénquima cerebral no suelen aparecer como imagen ecográfica hasta la tercera o cuarta semana de vida.

Parálisis cerebral. La presencia de asimetrías, retracciones y el retraso en la adquisición de las habilidades motoras sugiere el diagnóstico de parálisis cerebral y, de forma precoz, se debe remitir para estimulación precoz y fisioterapia. En general, el diagnóstico de parálisis cerebral no debe realizarse antes de los 2 años de edad corregida.

Desarrollo sensorial:

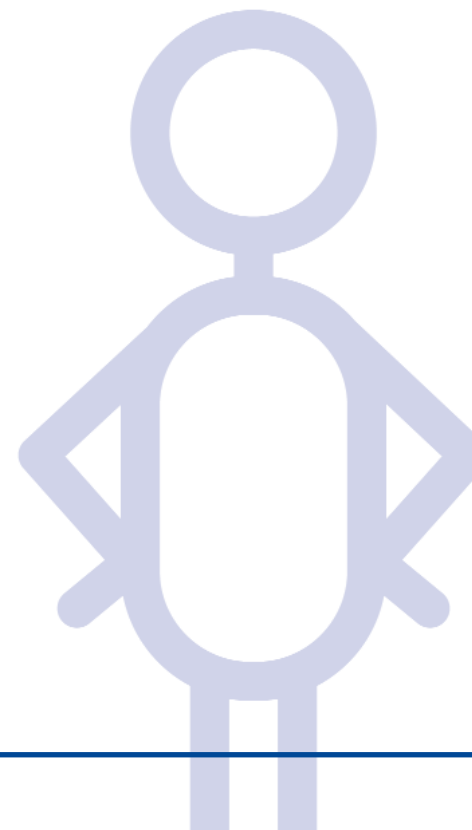
► **Visión.** Comprobar que todos los niños con peso de nacimiento < 1.250 g y todos los niños < de 30 semanas de edad gestacional han tenido revisiones de fondo de ojo hasta la completa vascularización de la retina. El diagnóstico precoz y el tratamiento de la retinopatía del prematuro grado 3 disminuye el riesgo de evolución a ceguera (evidencia A). Todos los niños con diagnóstico de retinopatía grado 3 y los que tienen lesión cerebral parenquimatosa precisan seguimiento estrecho oftalmológico al menos durante los dos primeros años de vida. Todos los niños con peso inferior a 1.500 g deben valorarse al




año y a los dos años por un oftalmólogo ya que tienen un riesgo elevado de presentar problemas visuales graves.

► **Audición.** Antes de los 6 meses de edad corregida se debe disponer de información objetivable sobre la capacidad auditiva de los niños con peso de nacimiento inferior a 1.500 g.

Apoyo a la familia. Se debe apoyar a los padres de los niños prematuros durante la crianza y la educación de su hijo. La incertidumbre sobre la evolución de su hijo es grande y condiciona actitudes que dificultan la aceptación del hijo. Se les debe informar sobre la existencia de asociaciones de padres de niños prematuros.

Problemas del comportamiento y del aprendizaje. Estos imponderables son muy frecuentes. Se deben realizar valoraciones periódicas para detectarlas (2, 4 años). Si se diagnostica alguna alteración se debe remitir para intervención precoz ya que así la evolución será más favorable (evidencia B). Se aconseja iniciar la escolarización considerando la edad corregida y no la edad real o, al menos, considerar las actitudes individuales de cada niño.



INFANCIA/ADOLESCENCIA	FUNDAMENTO	RECOMENDACIONES
<p>Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio</p> 	<p>Importancia del vínculo madre-hijo para el posterior desarrollo psicofísico del niño</p>	<p>► Durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promoción del contacto precoz madre-hijo Ayudar a la normalización de los temores maternos Promocionar una lactancia satisfactoria <p>► Después del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Detección del estado emocional de la madre y exploración de la relación madre-hijo
<p>Embarazo en la adolescencia</p> 	<p>Elevado riesgo de complicaciones somáticas y psicológicas durante el embarazo en la adolescente. Dificultades para una vinculación familiar adecuada</p>	<p>► Atención especial sobre las recomendaciones de planificación familiar (contracepción) en las adolescentes (dentro del programa del adulto)</p> <p>► En caso de embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Considerarlo embarazo de alto riesgo (también psicológico o psicosocial) Atención especial en el embarazo y el puerperio Reforzar el apoyo familiar y social por entrevista familiar Seguimiento de las relaciones padres-hijo en la infancia y la adolescencia
<p>Hijos de familias monoparentales</p> 	<p>Los progenitores solos son más proclives a descompensaciones psicopatológicas y a proporcionar a sus hijos un trato inadecuado</p>	<p>► Entrevista familiar para explicar la importancia del rol masculino y femenino en el desarrollo del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> Facilitar la búsqueda de una figura de apoyo para el progenitor solo Derivación, si procede, al equipo de salud mental, en caso de detectarse trastornos psicológicos
<p>Retraso escolar/trastornos en el desarrollo del lenguaje</p>	<p>A menudo los retrasos escolares y/o los trastornos en el desarrollo del lenguaje son expresiones de dificultades del desarrollo emocional del niño que pueden tener que ver con las relaciones familiares</p>	<p>► Entrevista para determinar la situación escolar</p> <p>► Si se detecta retraso escolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Investigar posibles déficit sensoriales Atención prudente para determinar dificultades relacionales en la familia <p>► Si existen trastornos del lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar la rehabilitación del lenguaje, de acuerdo con el equipo de salud mental Valorar la derivación a salud mental del niño, el padre o la madre
<p>Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres</p>	<p>Clara relación entre el tratamiento dado por los padres y el desarrollo (emocional y cognitivo) del hijo</p>	<p>► Anotar tales trastornos de forma clara en las historias clínicas de los padres y del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento cuidadoso y prudente del programa del niño sano Facilitar una entrevista familiar en relación con dicho programa para valorar los cuidados cotidianos recibidos por el niño <p>► Si es preciso: contactar con los servicios sociales, psicopedagógicos o de salud mental</p>