

ANEXOS DEL PROGRAMA PREVINFAD (AEPap) / PAPPS INFANCIA (SEMFYC)



▶ ANEXO 1. ÍNDICE DE HIPOTIROIDISMO NEONATAL (LETARTE)

CARACTERÍSTICA	PUNTUACIÓN
Sexo femenino	0,3
Gestación > 40 semanas	0,3
Ictericia	0,3
Peso > 3.500 g	0,5
Hernia umbilical	0,8
Problemas de alimentación	0,9
Hipotonía	0,9
Estreñimiento	1,0
Macroglosia	1,1
Inactividad	1,1
Piel marmorata	1,1
Piel seca	1,4
Fontanela posterior > 0,5 cm	1,4
Facies típica	2,8

Patológico cifras superiores a 4.

▶ ANEXO 2. ALIMENTACIÓN DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

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

▶ ANEXO 3. SIGNOS DE ALARMA EN LA SUPERVISIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

ÁREA EVALUADA	SIGNOS DE ALARMA
Social	<p>No hay sonrisa social con más de 2 meses</p> <p>No fija la mirada con más de 2 meses</p> <p>Irritabilidad permanente</p> <p>Persistencia del reflejo de Moro cuando tiene más de 6 meses</p> <p>Pasar ininterrumpidamente de una actividad a otra con más de 34 meses</p> <p>No hay desarrollo del juego simbólico con más de 24 meses</p>
Manipulación	<p>Aducción permanente de los pulgares cuando el niño tiene más de 3 meses</p> <p>Asimetría permanente de las manos</p>
Postural	<p>Hipertonía de aductores (suele aparecer a los 4-8 meses)</p> <p>No hay sujeción cefálica a los 3 meses</p> <p>No deambula con 18 meses</p>
Lenguaje	<p>Pérdida de balbuceo</p> <p>Esteretopias verbales con más de 24 meses</p> <p>Lenguaje incomprensible con más de 36 meses</p>



▶ ANEXO 4. TEST EARLY MOTOR PATTERN PROFILE (EMPP) PARA CRIBADO DE PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

PATRÓN MOTOR	PUNTUACIÓN 0	PUNTUACIÓN 1	PUNTUACIÓN 2
1. Rezaga la cabeza	No	< 30°	> 30°
2. Se escurre entre las manos	No	Parcialmente	Se escurre entre las manos
3. Estabilidad	Ninguna	Parcial	Ausencia de estabilidad
4. Abducción de la cadera	Normal	Rígido/laxo	Aducción completa
5. Ángulo de dorsiflexión del tobillo	Normal	Rígido/laxo	Extensión completa
6. Reflejo aquileo	1-2+	0 o 3+	Clonus

PATRÓN MOTOR	PUNTUACIÓN 0	PUNTUACIÓN 1	PUNTUACIÓN 2
7. Reflejo tónico laberíntico	Resuelta	Resolviéndose	Obligado
8. Reflejo tónico asimétrico del cuello	Resuelta	Resolviéndose	Obligado
9. Extensión protectora (paracaídas)	Funcional	Iniciándose	Ausente
10. Equilibrio estando sentado	Funcional	Iniciándose	Ausente
11. Empuñado del pulgar	No	Inconstante	Obligada
12. Retracción de los hombros	No	Inconstante	Obligada
13. Extensión tónica (al levantar o empujar hacia atrás)	No	Inconstante	Obligada
14. Cruce de piernas en tijera	No	Inconstante	Obligada
15. Equinismo	No	Inconstante	Obligada

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

Punto de corte para pasar el test: 6 meses: > 9 (sensibilidad: 87,1%; especificidad: 97,8 %). 12 meses: 0-3 (sensibilidad: 91,5%; especificidad: 97,9%).

▶ ANEXO 5. FACTORES DE RIESGO DE CARIES

FACTORES NUTRICIONALES	
Afectación nutricional prenatal	Infecciones graves o déficit nutricional importante en el tercer trimestre gestacional Ingesta de tetraciclinas por la madre Prematuridad
Afectación nutricional posnatal	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	Malformaciones orofaciales Uso de ortodoncias
Deficiente higiene oral	Mala higiene oral de los padres y hermanos Eliminación incorrecta de la placa dental Minusvalías psíquicas importantes (dificultad de colaboración)

FACTORES NUTRICIONALES**ASOCIADOS CON XEROSTOMÍA:**

Hipertrofia adenoidea

Síndrome de Sjögren

Displasia ectodérmica

ENFERMEDADES EN QUE LA MANIPULACIÓN DENTAL ES FRECUENTE:

Cardiopatía

Inmunosupresión

Hemofilia y otros trastornos de coagulación

▶ ANEXO 6. CALCIFICACIÓN Y ERUPCIÓN DE LOS GÉRMEENES DE LOS DIENTES TEMPORALES

DIENTE	EMPIEZA LA CALCIFICACIÓN (SEMANAS DE GESTACIÓN)	CORONA COMPLETA (MESES)	ERUPCIÓN (MESES)
Incisivos laterales	14	1-3	6-9
Incisivos centrales	16	2-3	7-10
Caninos	17	9	16-20
Primeros molares	15,5	6	12-16
Segundos molares	18,5	10-12	20-30

▶ ANEXO 7. CALCIFICACIÓN Y ERUPCIÓN DE LOS GÉRMEENES DE LOS DIENTES PERMANENTES

DIENTE	EMPIEZA LA CALCIFICACIÓN	CORONA COMPLETA (AÑOS)	ERUPCIÓN (AÑOS)
MAXILAR			
Incisivo central	3-4 meses	4-5	7-8
Incisivo lateral	1 año	4-5	8-9
Canino	4-5 meses	6-7	11-12
Primer premolar	1,6-1,9 años	5-6	10-11
Segundo premolar	2-2,5 años	6-7	10-12
Primer molar	Nacimiento	2,5-3	6-7
Segundo molar	2,5-3 años	7-8	12-13

DIENTE	EMPIEZA LA CALCIFICACIÓN	CORONA COMPLETA (AÑOS)	ERUPCIÓN (AÑOS)
MANDIBULAR			
Incisivo central	3-4 meses	4-5	6-7
Incisivo lateral	3-4 meses	4-5	7-8
Canino	4-5 meses	6-7	9-11
Primer premolar	1,9-2 años	5-6	10-12
Segundo premolar	2,25-2,5 años	6-7	11-12
Primer molar	Nacimiento	2,5-3	6-7
Segundo molar	2,5-3 años	7-8	11-13
Tercer molar	8-10 años	12-16	17-25

▶ **ANEXO 8. RECOMENDACIONES DE LOS SUPLEMENTOS DE FLÚOR EN FUNCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE FLÚOR EN EL AGUA DE BEBIDA, SEGÚN LA ACADEMIA DENTAL AMERICANA Y LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA (1995)**

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

▶ **ANEXO 9. 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 EN EL AGUA < 0,3 ppm	FLÚOR EM EL AGUA 0,3-0,6 ppm	FLÚOR EN EL AGUA > 0,6 ppm
De 6 meses a 3 años	0,25 mg	0	0
3-6 años	0,50 mg	0	0
6-16 años	1 mg	0	0

▶ ANEXO 10. CONCENTRACIÓN DE FLÚOR EN PASTAS DENTRÍFICAS

NOMBRE COMERCIAL	PO ₃ FNa ₂ g %	NaF g %	ppm ión flúor	NOMBRE COMERCIAL	PO ₃ FNa ₂ g %	NaF g %	ppm ión flúor
Blendi Infantil		0,055	250	Teelak Acción Total	0,4	0,2	1.435
Elmex Infantil		0,055	250	Teelak Infantil	0,75	0,1	1.441
FluoKids	0,19	0,055	500	Consumer Blanqueador	1,1		1.447
Oral B Infantil		0,11	500	Continente Blanqueadora	1,1		1.447
Fluocaril Kids			500				
D-Bucal		0,13	591	Fluocaril Blanqueador	1,1		1.447
Blenchio Plus	0,6		789	Amm-I-Dent F		0,32	1.455
Flúor Kin Infantil		0,177	805	Amm-I-Dent Fgel Baja Abrasión		0,32	1.455
Dentabrit Clorhexidina	0,73		961	Blend-A-Med Encías		0,32	1.455
Bexident Encías		0,22	1.000	Blend-A-Med Flúor		0,32	1.455
Biancodent	0,76		1.000	Colgate Baking Soda		0,32	1.455
Biotene	0,76		1.000	Colgate Blanqueador		0,32	1.455
Cariax Desensibilizante		0,22	1.000	Colgate Flúor Gel	0,76	0,1	1.455
Cariax Gingival		0,22	1.000	Colgate Gel Ultraprotection Frescura		0,32	1.455
Clinomyn	0,76		1.000	Colgate Total		0,32	1.455
Clysiden		0,22	1.000	Colgate Total Antibacteriano		0,32	1.455
Colgate	0,76		1.000	Colgate Ultraprotection Caries	0,76	0,1	1.455
Colgate Júnior Gel	0,76		1.000	Consumer Blanqueador 2 En 1	0,76	0,1	1.455
Consumer Júnior 2 en 1		0,22	1.000	Consumer Gel Verde	0,76	0,1	1.455
Consumer Mica Star		0,22	1.000	Continente 2 en 1 Biflúor	0,76	0,1	1.455
Dentabrit Flúor	0,76		1.000	Continente Bicarbonato y Flúor		0,32	1.455
Emoform F	0,76		1.000	Dientex 2 En 1 Biflúor+Calcio	0,76	0,1	1.455
Eucryl Fumadores	0,76		1.000	Dientex 2 En 1 Blanqueador	0,76	0,1	1.455
Fkd		0,22	1.000	Dientex 2 en 1 Medical	0,76	0,1	1.455
Fluor Kin Canela/Fresa/Menta		0,22	1.000	Homeodent 2	0,76	0,1	1.455
Fluor Kin Flúor 100		0,22	1.000	Licor del Polo Mentol		0,32	1.455
Homeogencil	0,76		1.000	Sensodyne		0,32	1.455
Interplok		0,22	1.000	Signal Plus		0,32	1.455

NOMBRE COMERCIAL	PO ₃ FNa ₂ g %	NaF g %	ppm ión flúor	NOMBRE COMERCIAL	PO ₃ FNa ₂ g %	NaF g %	ppm ión flúor
Kemphor Fluorada	0,76		1.000	Signal Plus Blanqueador		0,32	1.455
Kemphor Triple Acción	0,76		1.000	Signal Plus F+Calcio		0,32	1.455
Lema Ern		0,22	1.000	Signal Plus Gel Fresco		0,32	1.455
Licor del Polo Júnior	0,76		1.000	Signal Plus Micro-Gránulos		0,32	1.455
Oral B Sensitive		0,22	1.000	Teelak Flúor		0,32	1.455
Sensaid		0,22	1.000	Signal Plus-Acción Global	1,11		1.461
Signal Plus Crecimiento		0,22	1.000	Continente Bi-Flúor Gel	0,757	0,103	1464
Yotuel		0,22	1.000	Boniquet D. Con Flúor		0,325	1.477
Deliplus Gel Infantil		0,222	1.009	Deli Plus Bicarbonato y Flúor		0,325	1.477
Corsodyl	0,75	0,01	1.032	Deli Plus Blanqueador		0,325	1.477
Corsodyl Dientes y Encías	0,75	0,01	1.032	Deli Plus Crema Flúor		0,325	1.477
Corsodyl Sensitive		0,23	1.045	Deli Plus Gel Flúor		0,325	1.477
Binaca	0,8		1.053	Dentisy		0,325	1.477
Binaca Flúor+Bradosol	0,8		1.053	Gingilácer	1,13		1.487
Close-Up	0,8		1.053	Lacer Júnior	1,13		1.487
Colgate Periorgard	0,8		1.053	Consumer Bi-Flúor	0,445	0,2	1.495
Continente Acción Total	0,8		1.053	Consumer Encías y Dientes	0,445	0,2	1.495
Deli Plus Triclosan+Flúor	0,8		1.053	Continente Antisarro	0,445	0,2	1.495
Dentflor	0,8		1.053	Continente Bi-Flúor Crema	0,445	0,2	1.495
Erbe	0,8		1.053	Continente Encías	0,445	0,2	1.495
Farmadent Aliento Fresco	0,8		1.053	Continente Triple Acción	0,445	0,2	1.495
Foramen Flúor Dientes Blancos	0,8		1.053	Dentolit	0,445	0,2	1.495
Foramen Flúor Dientes Sensibles	0,8		1.053	Yucral Fumadores	0,445	0,2	1.495
Periorgard Colgate	0,8		1.053	Acta Flúor		0,33	1.500
Yucral	0,8		1.053	Dentabrit Flúor+Xilitol		0,33	1.500
Amm-I-Dent Júnior		0,24	1.091	Licor del Polo Blanqueador		0,33	1.500
Colgate Antisarro		0,24	1.091	Sensi Gel			1.500
Denivit		0,24	1.091	Oralflúor	0,8	0,1	1.507
Dentabrit Blanqueador		0,24	1.091	Dentulimp Gel	0,758	0,13	1.588

NOMBRE COMERCIAL	PO ₃ FNa ₂ g %	NaF g %	ppm ión flúor	NOMBRE COMERCIAL	PO ₃ FNa ₂ g %	NaF g %	ppm ión flúor
Zendium		0,24	1.091	Fluocaril-Bifluoré 180	0,76	0,177	1.805
Snoopy Infantil	0,83		1.092	Oral B Advantage		0,45	2.045
Binaca con Flúor		0,243	1.105	Dentsiblen	1,89		2.487
Selgin		0,27	1.227	Sensilacer Gel	1,89		2.487
Elgyve Flúor			1.250	Desensín Gel		0,55	2.500
Elmex Pasta		0,275	1.250	Fluor Kin Bifluor Menta Forte		0,55	2.500
Farmadent Protección Total	0,7	0,1	1.376	Lácer	1,9		2.500
Enciodontyl		0,31	1.409	Fluocaril-Bifluoré 250	0,76	0,3315	2.507
Parodontax		0,31	1.409	Lácer-Oros	0,8	0,32	2.507
Blanx	0,8	0,08	1.416	Fluor Aid 250		0,553	2.514
				Dentex Biflúor 300	1,1364	0,331	3.000
				Dientex 2 en 1 Medical	1,1364	0,3315	3.002
				Elmex Gel		2,75	12.500
				Fluodontyl 1350		3	13.636

**VITORIA I. FACULTAD DE FARMACIA. VALENCIA
DE BARUTELL A. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ALFONSO X.
MADRID**

▶ ANEXO 11. INDICADORES ASOCIADOS A SORDERA EN RECIÉN NACIDOS Y NIÑOS PEQUEÑOS

Indicadores asociados a sordera neurosensorial o de conducción en recién nacidos (0-28 días), o a ambas, 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 aquéllas con malformaciones morfológicas del pabellón auricular y el conducto auditivo externo.
5. Infección intrauterina (p. ej., citomegalovirus, herpes, toxoplasmosis o rubéola).

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

Indicadores asociados a sordera neurosensorial o de conducción, o a ambas, en la población infantil de una edad de 29 días a 3 años que requiere 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.

nacido asociada con ventilación mecánica y condiciones que requieran el uso de oxigenación por membrana extracorpórea.

7. Síndromes asociados con pérdida auditiva progresiva como la neurofibromatosis, osteopetrosis, y síndrome de Usher.

8. Enfermedades neurodegenerativas, tales como el síndrome de Hunter, o neuropatías sensoriomotoras, como la ataxia de Friedreich y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

9. Traumatismo cefálico.

10. Otitis media secretora (OMS) persistente o recurrente durante al menos 3 meses.

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

▶ ANEXO 12. PAUTAS PARA PEDIR VALORACIÓN AUDITIVA EN NIÑOS SOSPECHOSOS DE PADECER UNA SORDERA, CUANDO NO SE AJUSTAN AL DESARROLLO NORMAL

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

▶ ANEXO 13. CRITERIOS PARA PEDIR UNA VALORACIÓN AUDIOLÓGICA

EDAD (MESES)	CRITERIOS PARA PEDIR UNA VALORACIÓN AUDIOLÓGICA EN NIÑOS CON RETRASO DEL HABLA
12	No se aprecia balbuceo ni imitación vocal
18	No utiliza palabras aisladas
24	Vocabulario de palabras aisladas con 10 o menos palabras
30	Menos de 100 palabras; no se aprecian combinaciones de 2 palabras; ininteligible
36	Menos de 200 palabras; no usa frases telegráficas, claridad inferior al 50 %
48	Menos de 600 palabras; no usa frases sencillas, claridad inferior al 80 %

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

▶ **ANEXO 14. CRIBADO DE HIPOACUSIA. PREGUNTAS A LOS PADRES A DIFERENTES EDADES**

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



▶ **ANEXO 15. TAMAÑO DEL MANGUITO SEGÚN LA EDAD**

EDAD	TAMAÑO DE MANGUITO
< 1 año	2,5 cm
1-4 años	5-6 cm
4-8 años	8-9 cm
> 8 años	12-13 cm

▶ **ANEXO 16. CRITERIOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

CATEGORÍA	COLESTEROL TOTAL (mg/dl)	COLESTEROL-LDL (mg/dl)
Aceptable	< 170	< 110
Límite alto	170-199	110-129
Elevado	> 200	> 130

▶ **ANEXO 17. CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 0 A 16 AÑOS**

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD / CALENDARIO DE VACUNACIONES RECOMENDADO (2004)

Aprobado en Comisión Delegada del Consejo Interterritorial de 11 de Noviembre de 2003

Elaborado a partir del acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial de 13 de enero de 2003 y de las aportaciones de la Comisión de Salud Pública del 8-9 de octubre de 2002, 28 de marzo de 2003 y 6 de noviembre de 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		VPI1	VPI2	VPI3		VPI4 ^a									
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTP1	DTP2	DTP3		DTP4			DTP5 o DT						Td ^b
Haemophilus-influenzae B		Hib1	Hib2	Hib3		Hib4 opcional									
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV 1 ^c			TV 2				TV ^d			
Hepatitis B		HB 3 dosis 0, 2 y 6 meses ^e									HB 3 dosis				
Meningitis meningocócica C		1	2	3 ^f											

^a Se puede contemplar la posibilidad opcional de una quinta dosis que, en caso que se estime necesario, será administrada entre los 4-6 años de edad. ^b Se aconseja proceder a la revacunación cada 10 años. ^c En situación de especial riesgo, una dosis a los 9 meses o antes. ^d Niños que no hayan recibido segunda dosis antes de los 6 años. ^e Pueden considerarse otras pautas: 0, 1 y 6 meses, según CC.AA. ^f Para algunas vacunas comercializadas sólo se requieren dos dosis (2 y 4 meses).

▶ **ANEXO 18. 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 la edad gestacional, y se administrarán 0,5 ml de inmunoglobulina específica en las primeras 12 horas de vida

En ambos casos se seguirá la vacunación con 3 dosis (a los 0, 1 y 6 meses) a partir del momento que alcancen los 2 kg, o a los 1-2 meses de vida, además de la dosis inicial administrada a los hijos de madre 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 contra la gripe a partir de los 6 meses (y también deberán hacerlo 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 es inferior a 200 o CD4/linfocitos totales es inferior al 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 antivárica-zoster, respectivamente, salvo que hayan recibido gammaglobulina intravenosa en las últimas 3 semanas.

VACUNA ANTIGRIPIAL

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

Cardiopatía congénita o adquirida con repercusión clínica

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

Diabetes

Nefropatía: síndrome nefrótico, glomerulonefritis crónica, insuficiencia renal crónica

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

Tratamiento crónico con salicilatos en épocas de epidemia

Infectados por VIH: 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 (y 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 endemia: África, Asia, Indonesia, Filipinas, Oriente Próximo, región Amazónica, Haití, República Dominicana, antigua Unión Soviética, Europa del Este

Exposición accidental percutánea o mucosa a sangre, fluidos corporales u objetos posiblemente contaminados

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA

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

Drepanocitosis

Asplenia anatómica o funcional

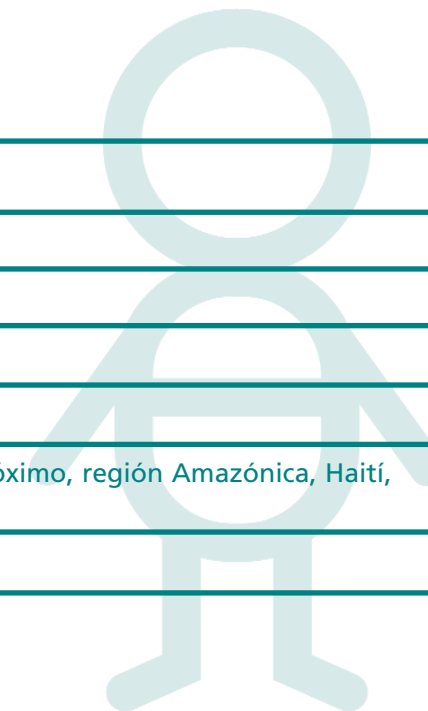
Fístula de líquido cefalo raquídeo (LCR)

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



POTENCIALMENTE ÚTIL Y TAMBIÉN INDICADA (MENOR INMUNOGENICIDAD)

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 de 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)

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

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, centros de 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

VACUNA ANTITUBERCULOSA (BCG)

Se recomienda su uso sistemático en:

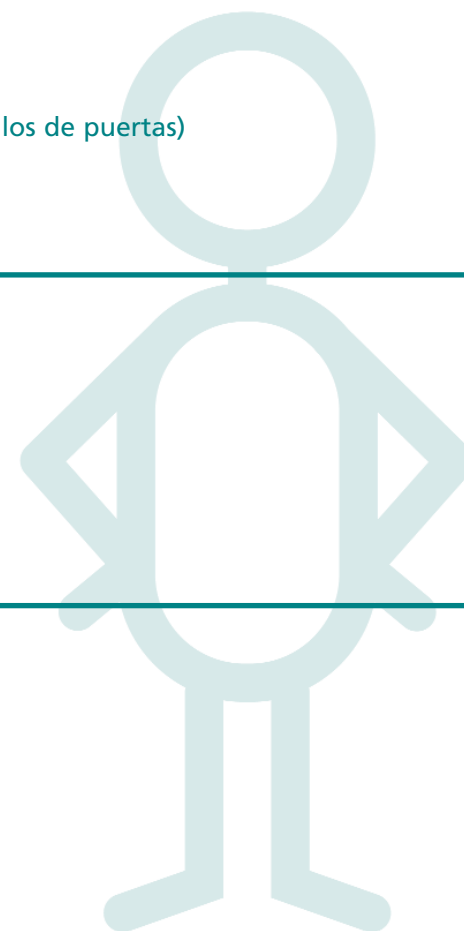
- ▶ Países en desarrollo con altas tasas de infección TBC, donde la mayoría de niños se infectan precozmente (tasas de viraje tuberculínico superiores al 1 % al año de vida).
- ▶ Niños de grupos de riesgo en países desarrollados, cuando otras estrategias de prevención de la TBC resultan inadecuadas o imposibles.

No está indicada de forma sistemática en España. Estaría indicada en niños PPD(-) en las siguientes situaciones:

- ▶ Poblaciones con tasas de infección mayores del 1 % anual.
- ▶ Contacto estrecho, mantenido, inevitable con:
 - a) Bacilífero no tratado o mal tratado.
 - b) Bacilífero con bacilo de Kock (BK) resistente a isoniazida y rifampicina.
- ▶ Niños que no pueden tomar isoniazida y están expuestos de forma mantenida al bacilo tuberculoso.
- ▶ Grupos con alta tasa de infección TBC y difícil acceso a los servicios sanitarios, siendo imposible basar la lucha anti-TBC en la prueba de la tuberculina y la quimioprofilaxis.
- ▶ Situaciones especiales en las que no es posible el control médico de un enfermo bacilífero que convive con el niño.

▶ **ANEXO 19. CONSEJOS PREVENTIVOS DE LOS ACCIDENTES INFANTILES SEGÚN EL GRUPO DE EDAD**

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



▶ ANEXO 20. 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 el mes y los 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 de vaca entera antes de los 12 meses

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

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

Actuación ante los diferentes grupos de riesgo:

GRUPO I

Se hará profilaxis con hierro oral a las siguientes dosis:

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

- ▶ 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 21. CRIBADO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA

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

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

En poblaciones con bajo riesgo (baja tasa de positividad tuberculínica) no está indicado el cribado sistemático porque, además de haber pocos positivos, la mayoría de ellos serían falsos positivos. Se recomienda efectuarlo si hay tasas superiores al 1 % a los 6 años.

En España, salvo en algunas bolsas de pobreza o población marginal, la prevalencia de la infección tuberculosa a esta edad es inferior a esa cifra y no se recomienda el cribado sistemático. Las edades óptimas y la periodicidad con que se practicará dependerá de las circunstancias locales. Indicaciones generalmente aceptadas son:

- ▶ Hijos de adictos a drogas por vía parenteral o de portadores de infección VIH
- ▶ Grupos marginales o de nivel socioeconómico muy bajo
- ▶ Niños con inmunodeficiencias o seropositivos para VIH
- ▶ Contacto o sospecha de contacto con enfermo bacilífero
- ▶ Sospecha clínica o radiológica de infección TBC
- ▶ Niños procedentes de países donde la TBC es endémica: Asia, Oriente Próximo, África, Latinoamérica, Europa del Este, Rusia
- ▶ Antes y después de viajar a países donde la infección TBC es endémica (estancia superior 1 mes)

En estos casos el cribado se hará de manera oportunista, repitiéndose según las posibilidades y las prioridades establecidas localmente. Las recomendaciones varían según la fuente de la que emanan, pero todas incluyen:

- ▶ Cada 1-2 años en grupos de riesgo
- ▶ Anualmente en infectados por VIH
- ▶ Ciertas edades, según la epidemiología local, pero suele ser al empezar y acabar la escuela primaria, en niños sin factores de riesgo pero que viven en zonas con alta prevalencia de infección TBC

▶ ANEXO 22. CALENDARIOS DE VACUNAS EN NIÑOS VACUNADOS INCORRECTAMENTE

MENORES DE 15 MESES

Primera visita	DTPe/a, Hib ^a , VPI y MeC ^a
1 mes después	DTPe/a, Hib ^a , VPI y MeC ^a
2 meses después	DTPe/a, Hib ^a , VPI y MeC ^a
18-24 meses después	DTPe/a, Hib ^a y VPI
A los 12-15 meses de edad	SRP

^aVPI

DE 15 MESES A 6 AÑOS

Primera visita	DTPa, Hib ^a , VPI, MeC y SRP
1 mes después	DTPa y VPI
2 meses después	DTPa y VPI
14 meses después	DTPa ^b y VPI
A los 4-6 años de edad	SRP (2 ^a dosis) ^c
Cada 10 años	Td

^aUna dosis de Hib si son menores de 5 años.

^bTd después de los 6 años.

^cAsegurar 2 dosis de SRP (basta 1 mes de intervalo).

MAYORES DE 6 AÑOS

Primera visita	Td, MeC y SRP
1 mes después	Td y SRP (segunda dosis) ^a
12 meses después	Td
Cada 10 años	Td

^aAsegurar 2 dosis de SRP (basta 1 mes de intervalo).

▶ **ANEXO 23. RECOMENDACIONES DE FOTOPROTECCIÓN SOLAR**

TIPO DE PIEL	TIPO DE PREVENCIÓN
Piel tipo I (se quema siempre y no se broncea nunca)	Evitar la exposición al sol al mediodía y protegerse con pantalones largos, camisa de manga larga y gorra en caso de exposición. Fotoprotector resistente al agua (factor 15 o superior) diariamente en verano y también en caso de exposición
Piel tipo II (se quema siempre y se broncea poco)	Minimizar la exposición solar al mediodía. Ropa protectora y factor fotoprotector (factor 15 o superior) si hay exposición
Piel tipo III (a veces se quema y siempre se broncea)	Exposición intensa: igual que tipo II. Exposición moderada: fotoprotector factor 10-15
Piel tipo IV-VI (no se suele quemar; V y VI piel oscura o negra)	No necesita protección habitualmente
Xeroderma pigmentoso^a	Evitar de forma estricta la luz ultravioleta. Llevar siempre ropa que cubra brazos y piernas, y gorro. Usar habitualmente factor fotoprotector 15 superior
SFNAM^b	Como piel tipo I
Nevos atípicos	Como piel tipo II
Albinismo	Como piel tipo I, estricto

^a Nevos melanocíticos muy abundantes con múltiples nevos atípicos.

^b Síndrome familiar de nevos atípicos y melanoma (2 o más parientes de primer grado).



▶ ANEXO 24. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL

Estadios de desarrollo puberal en la mujer

ESTADIO 1 (M1)

▶ Mamas infantiles



ESTADIO 2 (M2)

▶ Brote mamario

▶ Areolas y pezones sobresalen como un cono

▶ Edad: 11 (8,9-13,2)



ESTADIO 3 (M3)

▶ Elevación de mama y areola en un mismo plano



ESTADIO 4 (M4)

▶ Areola y pezón forman una segunda elevación (este estadio puede ser normal en la mujer adulta)

▶ Edad: 13,3 (10,8-15,3)



ESTADIO 5 (M5)

▶ Desarrollo mamario total

▶ Edad: 15,3 (11,8-18,8)



ESTADIO 1 (P1)

▶ Vello infantil



ESTADIO 2 (P2)

▶ Vello escaso en los labios

▶ Edad: 11,6 (9,5-13,7)



ESTADIO 3 (P3)

▶ Vello púbico rizado y oscuro

▶ Edad: 12,3 (10,1-14,5)



ESTADIO 4 (P4)

▶ Vello de tipo adulto, pero cubre menor área

▶ Edad: 12,9 (10,8-15,8)



ESTADIO 5 (P5)

▶ Vello adulto, extensión a cara interna de muslos

▶ Edad: 14,4 (12,1-16,6)



▶ ANEXO 24. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL

Estadios de desarrollo puberal en el varón

ESTADIO G1 (G1-P1)

- ▶ Vello y genitales infantiles



ESTADIO G2 (G2-P2)

- ▶ Aumento de los testículos
- ▶ Vello escaso en la base del pene
- ▶ Edad G: 11,6 (9,5-13,7)
- ▶ Edad P: 13,4 (11,3-15,6)



ESTADIO G3 (G3-P3)

- ▶ Agrandamiento del pene
- ▶ Escroto rugoso y pigmentado
- ▶ Edad G: 12,6 (10,7-14,9)
- ▶ Edad P: 13,9 (11,8-15,9)



ESTADIO G4 (G4-P4)

- ▶ Aumento de los testículos y glande
- ▶ Pigmentación escrotal
- ▶ Vello de tipo adulto
- ▶ Edad G: 13,7 (11,7-15,8)
- ▶ Edad P: 14,3 (12,2-16,5)



ESTADIO G5 (G5-P5)

- ▶ Genitales de tipo adulto
- ▶ Vello adulto, extensión a muslos y línea alba
- ▶ Vello de tipo adulto
- ▶ Edad G: 14,9 (12,7-17,1)
- ▶ Edad P: 15,1 (13,0-17,3)



▶ **ANEXO 25. GUÍA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS POR GRUPOS DE EDAD EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN**

PREVINFAD/ PAPPS de la Infancia recomienda en primer lugar que el PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA INFANCIA se aplique también en este grupo; además aconseja las siguientes intervenciones integradas en el programa específico para estos niños:

GUÍA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN (EDAD EN AÑOS)

ACTIVIDAD	RECOMENDACIÓN		
Cariotipo Consejo genético	Lo más pronto posible desde el nacimiento		
Actividades preventivas usuales (PAPPS)	Según contenido y frecuencia del PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS		
Evaluación cardíaca	Ecografía cardíaca al nacer o al conocer el niño si no se efectuó. Repetir en la adolescencia		
Evaluación auditiva	<table border="1"> <tr> <td>PAATC o OEA al nacer</td> <td>Realizar cribado de hipoacusia con pruebas basadas en reflejos auditivos conductuales, impedanciometría u otoemisiones acústicas cada año hasta los 3 años, y después cada 2 años</td> </tr> </table>	PAATC o OEA al nacer	Realizar cribado de hipoacusia con pruebas basadas en reflejos auditivos conductuales, impedanciometría u otoemisiones acústicas cada año hasta los 3 años, y después cada 2 años
PAATC o OEA al nacer	Realizar cribado de hipoacusia con pruebas basadas en reflejos auditivos conductuales, impedanciometría u otoemisiones acústicas cada año hasta los 3 años, y después cada 2 años		
Evaluación oftalmológica	Realizar exploración oftalmológica al nacer, a los 6 y 12 meses, y al menos cada 2 años, según método y técnicas definidas en el Programa de Actividades Preventivas en la Infancia		
Evaluación de la tiroides (TSH, T4)	Determinar al nacer (en el cribado universal de metabolopatías, a los 6 meses de vida, al año y anualmente TSH). En la edad escolar determinar anticuerpos antitiroideos al menos en una ocasión (entre los 9 y los 12 años)		
Evaluación del crecimiento (tablas estándares)	Según frecuencia del PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS, utilizar los estándares de somatometría de niños con síndrome de Down		
Evaluación bucodental	<p>Son aplicables las actividades preventivas de salud bucodental contenidas en el PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS</p> <p>A partir de los 6 años y cada 6 meses, el niño debe acudir a un higienista dental para control, limpieza de placa bacteriana y sellados de fisuras en centros de referencia de Atención Primaria. A partir de los 8 años un profesional especializado de Atención Especializada debe realizar, al menos bienalmente, un estudio de maloclusión dentaria</p>		
Cribado de celiaquía	A la edad de 2-4 años: anticuerpos antigliadina y anticuerpos antitransglutaminasa		
Apoyo familiar. Tutela de cuidados y habilidades paternas	Según frecuencia del PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS		
Desarrollo psicomotor	Intervención precoz. Rehabilitación temprana. Examen neurológico en cada visita según frecuencia de visitas del PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS. Coordinación con servicios educativos		
Inestabilidad atlantoaxoidea	Realizar radiografía lateral cervical en posición neutra, flexión y extensión entre los 3 y 5 años de edad		

▶ **ANEXO 26. SEGUIMIENTO DEL PREMATURO CON UN PESO INFERIOR A 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 aleatorios 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 los niños alcancen los 3 kg de peso.

Prevención del raquitismo. Desde los 15 días y hasta el año de vida se recomienda la profilaxis con 400 UI/día de vitamina D. En los primeros meses tras el alta hospitalaria conviene vigilar la aparición de raquitismo. En los niños que han pesado menos de 1.000 g al nacer se recomienda especialmente 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 2 años de edad corregida.

Profilaxis de la anemia de la prematuridad. Se aconseja que a 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 (2-4 mg/kg/día, contabilizando los aportes con la alimentación) y cribado de anemia y ferropenia al mes y a los 3 meses después del

alta por si hay que incrementar la dosis o suspender la profilaxis por depósitos elevados.

Habilidades motoras. Conocer la cronología de las habilidades motoras y las peculiaridades del desarrollo motor de los niños prematuros facilita la identificación de los niños que se apartan de un desarrollo normal. El 50 % de los niños que al nacer tenían un peso inferior a los 1.500 g consiguen mantenerse sentados 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 adquiere 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 inferior a los 750 g, las infecciones del sistema nervioso central y la presencia de lesión parenquimatosa (leucomalacia periventricular o infarto hemorrágico) en la ecografía cerebral. Estos niños deben remitirse tras el alta hospitalaria a estimulación precoz y fisioterapia. Si un niño menor de 32 semanas de edad gestacional no tiene ninguna ecografía cerebral después de la semana de vida, se debe de realizar un nuevo control ecográfico, ya que las lesiones del parénquima cerebral no suelen aparecer como imagen ecográfica hasta la tercera o cuarta semanas de vida.

Parálisis cerebral. La presencia de asimetrías y el retraso en la adquisición de las habilidades motoras sugiere el diagnóstico de parálisis cerebral y de forma precoz se debe remitir al niño

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 a todos los niños con peso de nacimiento inferior a los 1.250 g y todos los niños de menos de 30 semanas de edad gestacional se les han hecho 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 que han pesado menos de 1.500 g al nacer deben ser examinados al año y a los 2 años por un oftalmólogo, ya que tienen un riesgo elevado de problemas visuales graves. **Audición.** Antes de los 6 meses de edad corregida se debe disponer de información objetivable sobre la capacidad auditiva de los niños que pesaron menos de 1.500 g al nacer.

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 niño. Se le 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.

▶ ANEXO 27. INDICADORES FÍSICOS Y COMPORTAMENTALES DEL NIÑO Y DEL AGRESOR

	INDICADORES FÍSICOS DEL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES DEL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
MALTRATO FÍSICO POR ACCIÓN	<p>Magulladuras o moretones</p> <p>Quemaduras</p> <p>Fracturas</p> <p>Heridas o raspaduras</p> <p>Lesiones abdominales, hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes</p> <p>Mordedura humana</p> <p>Intoxicaciones</p> <p>Síndrome de Münchausen por poderes</p>	<p>Cauteloso respecto al contacto físico con adultos</p> <p>Se muestra aprensivo cuando lloran otros niños</p> <p>Muestra conductas extremas (llanto inconsolable, etc.)</p> <p>Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora al terminar las clases y dejar la escuela</p> <p>Dice que su padre le ha causado alguna agresión</p>	<p>Ha sido objeto de maltrato en la infancia</p> <p>Utaliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño</p> <p>No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o las explicaciones que da son ilógicas o nada convincentes</p> <p>Parece no preocuparse del niño</p> <p>Percibe al niño de manera negativa</p> <p>Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de la lesión</p>

	INDICADORES FÍSICOS DEL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES DEL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
NEGLIGENCIA	<p>Falta de higiene</p> <p>Retraso del crecimiento</p> <p>Infecciones leves recurrentes o persistentes</p> <p>Consultas frecuentes a los servicios de urgencias</p> <p>Hematomas inexplicados</p> <p>Accidentes frecuentes por falta de supervisión</p> <p>Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica</p> <p>Ropa inadecuada para las condiciones meteorológicas</p> <p>Alimentación o hábitos horarios inadecuados</p> <p>Retraso en todas las áreas madurativas</p> <p>Problemas de aprendizaje escolar</p>	<p>Comportamientos autogratificantes</p> <p>Somnolencia, apatía, depresión</p> <p>Hiperactividad, agresividad</p> <p>Tendencia a la fantasía</p> <p>Absentismo escolar</p> <p>Se suele quedar dormido en clase</p> <p>Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde</p> <p>Dice que no hay quién le cuide</p> <p>Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto</p> <p>Comportamientos antisociales</p>	<p>Vida en el hogar caótica</p> <p>Muestra evidencia de apatía o inutilidad</p> <p>Mentalmente enfermo o bajo nivel intelectual</p> <p>Tiene una enfermedad crónica que impide la correcta atención al niño</p> <p>Fue objeto de negligencia en la infancia</p>

▶ ANEXO 27. INDICADORES FÍSICOS Y COMPORTAMENTALES DEL NIÑO Y DEL AGRESOR

	INDICADORES FÍSICOS DEL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES DEL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
ABUSO SEXUAL	<p>Dificultad para andar o sentarse</p> <p>Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</p> <p>Se queja de dolor o picor en la zona genital</p> <p>Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</p> <p>Tiene una enfermedad de transmisión sexual</p> <p>Tiene la vulva hinchada o roja</p> <p>Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa</p> <p>Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano</p> <p>Embarazo en la adolescencia</p> <p>Infecciones urinarias de repetición</p>	<p>Dice que ha sido atacado sexualmente</p> <p>Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales</p> <p>Trastornos del sueño y de la alimentación</p> <p>Miedos, fobias, histeria</p> <p>Síntomas inespecíficos (alergias, problemas respiratorios, etc.) que originan intenso consumo médico sin que se aclare la causa</p> <p>Depresión</p> <p>Intento de autolesión</p> <p>Desvalorización corporal (anorexia)</p> <p>Problemas de conducta (fugas, fracaso escolar)</p> <p>Promiscuidad sexual</p> <p>Criminalidad bajo forma de abuso sexual y/o violencia</p>	<p>Extremadamente celoso del niño</p> <p>Alienta al niño a implicarse en actos sexuales</p> <p>Sufrió abuso sexual en su infancia</p> <p>Experimenta dificultades en su matrimonio</p> <p>Abuso de drogas o alcohol</p> <p>Está frecuentemente ausente del hogar</p>

	INDICADORES FÍSICOS DEL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES DEL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
EMOCIONAL	<p>Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático</p> <p>Retraso en varias áreas madurativas</p>	<p>Excesiva ansiedad o rechazo en las relaciones psicoafectivas</p> <p>Asustadizos, tímidos, pasivos</p> <p>Comportamientos agresivos o negativos</p> <p>Ausencia de respuesta a estímulos emocionales</p> <p>Retraso del lenguaje</p> <p>Fracaso escolar</p> <p>Inmadurez socioemocional</p> <p>Conductas autolesivas</p> <p>Problemas graves de control de esfínteres en niños mayorcitos</p>	<p>Culpa o desprecia al niño</p> <p>Es frío con el niño o lo rechaza</p> <p>Niega amor</p> <p>Trata de manera desigual a los hermanos del niño</p> <p>Parece no preocuparse de los problemas del niño</p> <p>Exige al niño por encima de sus capacidades</p> <p>Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno</p>

BIBLIOGRAFÍA

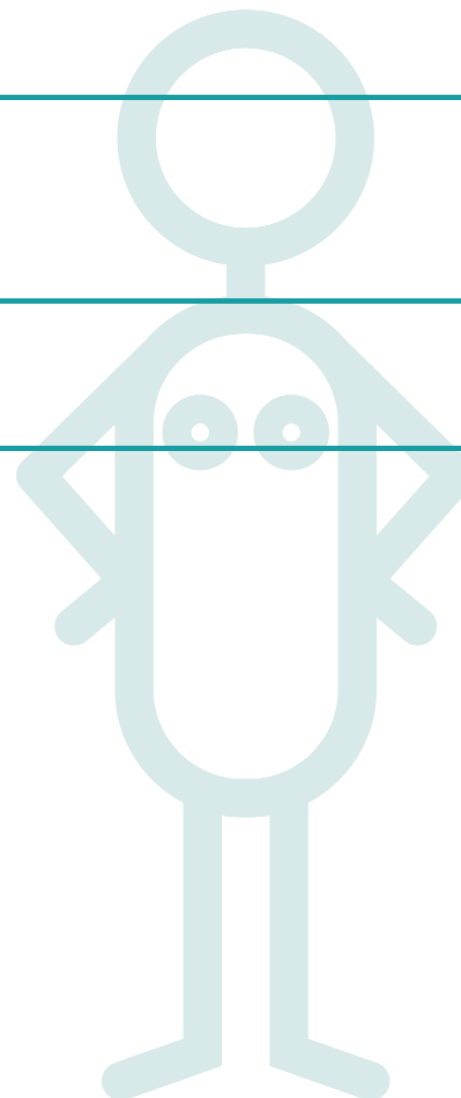
US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services (3.ª ed.), 2000-2003 (fecha de acceso: 23 de agosto de 2003). URL disponible en: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstfix.htm>.

Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001-2003 (fecha de acceso: 23 de agosto de 2003). URL disponible en: <http://www.ctfphc.org/>.

US Department of Health and Human Services. Put Prevention into Practice: Clinician's Handbook of Preventive Services (2.ª ed.), 1998 (fecha de acceso: 23 de agosto de 2003). URL disponible en: <http://www.vnh.org/PreventionPractice/TableOfContents.html>.

The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE), 2001 (fecha de acceso: 23 de agosto de 2003). URL disponible en: <http://www.agreecollaboration.org>.

Grupo de Actividades Preventivas de la AEPap-PrevInfad/PAPPS INFANCIA (SEMFYC). Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia, 2003 (fecha de acceso: 23 de agosto de 2003). URL disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>.



ABREVIATURAS

ADVP ▶ Adictos a drogas por vía parenteral	MeC ▶ Meningitis tipo C
AEP ▶ Asociación Española de Pediatría	OEA ▶ Otoemisiones acústicas
AEPap ▶ Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria	OMS ▶ Otitis media secretora
AINE ▶ Antiinflamatorios no esteroideos	PAATC ▶ Potenciales acústicos automatizados del tronco cerebral
ARPS ▶ Alto riesgo psicosocial	PAPPS ▶ Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
BCG ▶ Bacilo de Calmette y Guerin	PETC ▶ Potenciales evocados del tronco cerebral (igual que PAATC)
BK ▶ Bacilo de Kock	PPD ▶ Purified protein derivative
CHCM ▶ Concentración hemoglobina corpuscular media	PREVINFAD ▶ Prevención Infancia y Adolescencia
CHM ▶ Concentración hemoglobina media	PSM ▶ Psicomotriz
Dt ▶ Difteria tétanos	SFNAM ▶ Síndrome familiar de nevos atípicos y melanoma
DEC ▶ Displasia evolutiva de cadera	SMSL ▶ Síndrome de muerte súbita del lactante
DPM ▶ Desarrollo psicomotor	SRP ▶ Sarampión-Rubéola y Paperas
DTP ▶ Difteria tétanos y Tos ferina	Td ▶ Tétanos y difteria tipo adulto
DTPa ▶ Difteria tétanos y Tos ferina acelular	TBC ▶ Tuberculosis
ETS ▶ Enfermedades de transmisión sexual	TSH ▶ Hormona Tiroide estimulante
HB ▶ Hepatitis B	VCM ▶ Volumen corpuscular medio
Hib ▶ Hamphilus tipo B	VPI ▶ Vacuna Polio Intramuscular
LCR ▶ Líquido cefalo raquídeo	