



Programa de Atención al Niño

REVISIONES DE 2 A 14 AÑOS *pág. 90*

Puntos clave

● La supervisión del desarrollo físico y del estado nutricional es una actividad básica que todos los grupos de expertos recomiendan.

● Los padres no suelen equivocarse cuando sospechan anomalías en sus hijos: las preocupaciones de los padres acerca del desarrollo son útiles como primer elemento de juicio y se confirman en un 90%.

● La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses para todos los lactantes: su promoción está al alcance de todos los profesionales de atención primaria y es un aspecto importante en la prevención de los trastornos del desarrollo psicomotor.

● Los más importantes grupos de expertos han incluido el consejo de posición en supino durante el sueño y el consejo antitabáquico a la embarazada y a la madre en sus recomendaciones para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

● Ofrecer a las familias una guía anticipadora explicando las características y cuidados básicos del niño durante la infancia favorece el autocuidado y la adaptación a las distintas fases evolutivas del niño y del entorno familiar.

● La promoción de hábitos saludables y la modificación de los nocivos, si los hubiera, probablemente sea eficaz en la prevención de problemas de salud en la edad adulta.

Revisiones del niño menor de 2 años

MARÍA L. ARROBA Y MAR DUELO

Centro de Salud El Naranjo. Fuenlabrada. Madrid. España.
mlarroba@pap.es

Uno de los aspectos más importantes del trabajo de los pediatras de atención primaria es el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud (tabla 1). Se han elaborado e implantado muchos programas de atención al niño, con diferencias notables en cuanto al número, las edades y las actividades realizadas en las revisiones periódicas de salud. Esta disparidad dificulta la evaluación de la eficacia y el coste de las medidas aplicadas. En otros países existen desde hace tiempo grupos consolidados de expertos (Task Force) que elaboran informes sobre la pertinencia y aplicabilidad de las actividades preventivas¹⁻⁴. En España, el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) es un grupo de trabajo que, desde 1988, revisa anualmente el programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. En 1992 elaboró un subprograma para el grupo de edad de 0-14 años.

Tabla 1. La prevención pediátrica en atención primaria de salud (Grupo PREVINFAD/PAPPS)⁵

1. La educación alimentaria y nutricional
2. La educación en hábitos sanos y la prevención de hábitos tóxicos
3. La higiene antiinfecciosa y bucodental
4. La protección y prevención de la lesiones accidentales
5. La capacitación del entorno familiar en el autocuidado y el uso correcto de los recursos sanitarios
6. La previsión (traducida a menudo como guía anticipadora) de las características y necesidades del desarrollo de los hijos

El PAPPS-PREVINFAD (Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en la Infancia y Adolescencia) es el principal punto de referencia para la atención primaria pediátrica en España (tabla 2). La intención de los autores es que estas recomendaciones sirvan de guía práctica en la revisión, elaboración y evaluación de los protocolos de atención al niño. También han elaborado subprogramas específicos para niños prematuros y niños con síndrome de Down⁵.

En este trabajo se proponen actividades preventivas y de promoción de la salud orientadas a las afecciones más prevalentes y a las alteraciones del desarrollo más frecuentes en cada edad (tablas 1 y 2). Es difícil demostrar la vulnerabilidad de esos procesos a la intervención preventiva, bien porque su etiología no es bien conocida o porque es multicausal y su evaluación precisa estudios epidemiológicos largos y costosos. La evidencia disponible sobre algunas de las actividades habituales del examen de salud infantil y juvenil es escasa; la prudencia indica que deben mantenerse mientras no se demuestre lo contrario. Son necesarios estudios de riesgo-beneficio; no podemos olvidar que, en principio, estamos trabajando con una población sana. Los pediatras de atención primaria vemos cómo cambian los motivos de consulta y aumenta la demanda por problemas psicosociales. El sistema sanitario y las habilidades de los profesionales deben adaptarse a esos cambios: los programas de atención al niño no pueden ser estáticos. Las principales causas de morbimortalidad en la edad adulta se relacionan con hábitos adquiridos en la infancia; por ello es importante favorecer la adquisición de hábitos saludables o modificar tempranamente los nocivos. La educación para la salud es fundamental; ya sea individualmente en la consulta o mediante proyectos en centros educativos.

Lectura rápida



Introducción

Uno de los aspectos más importantes del trabajo de los pediatras de atención primaria es el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud. En España, el PAPPS-PREVINFAD es un grupo de trabajo que elabora y actualiza las actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas durante la infancia y adolescencia.



Axel Oliveres

¿Qué retos tenemos los pediatras en la atención al *niño sano*? La atención genómica y la prenatal, la aparición de nuevas vacunas, el aumento de demanda por traumatismos y por problemas psicosociales, los nuevos modelos de familia, la inmigración, la asistencia a adolescentes, la incorporación de la metodología de enfermería, el manejo de la historia clínica informatizada, de las dinámicas de grupo, de trabajo en equipo y de habilidades de comunicación eficaces. Como sintetiza el Dr. Bras, un pionero en la docencia y la investigación en pediatría primaria en nuestro país, “la esperanza de vida de los niños que atendemos es de unos 100 años, con lo que aumenta la importancia de prevenir las afecciones asociadas al estilo de vida y al envejecimiento. ¿Deberemos ir aceptando cada vez más intervenciones preventivas aun con escasa evidencia?”.

Examen de salud del niño

Los objetivos del examen periódico de salud del niño son la promoción de la salud mediante la introducción del consejo de salud adecuado a cada edad y la detección temprana de alteraciones físicas, psíquicas y sociales en su etapa presintomática^{1,2,4-6}.

El número de visitas adecuado no está bien establecido. Se recomienda como mínimo una visita al nacer, las visitas correspondientes a las vacunas, 2 controles entre los meses séptimo y decimoquinto y, posteriormente, una revisión cada 2 años.

En la tabla 3 se expone el calendario y en la tabla 4 la hoja de seguimiento del Programa de Atención al Niño del Área Sanitaria 9 del IMSALUD⁷, adaptado a las condiciones socioculturales, a los medios de que se disponen, a las normas técnicas mínimas de la cartera de servicios y diseñado para la atención de niños con un desarrollo adecuado y que están recibiendo cuidados satisfactorios⁶⁻⁸. Cada niño y su familia son únicos, y puede ser necesario cambiar la frecuencia de las revisiones^{3,4}.

Contenidos de los controles periódicos de salud

Guía anticipadora: características y cuidados básicos del niño hasta los 2 años

Entre sus objetivos está favorecer la integración adecuada de la salud física y emocional del niño y la adaptación de la madre y del entorno familiar a la nueva situación. La autonomía y adquisición de criterios para atender al niño irán paralelos a la escucha, apoyo y cuidados que se hayan ofrecido en las primeras revisiones^{4,7}. Es conveniente facilitar la expresión verbal de los sentimientos de la madre hacia su hijo y atender a las alteraciones emocionales o las incapacidades manifestadas para el cuidado del niño. Pueden indicar depresión o trastorno mental puerperal, con graves repercusiones en la vinculación madre-hijo y, por tanto, sobre el desarrollo emo-

cional y cognitivo del niño. La estimulación adecuada desde el nacimiento es fundamental en la maduración y el desarrollo del niño; también es conveniente fomentar la participación del padre en su cuidado. Es útil explicar a los

padres las diferentes fases evolutivas del niño durante los 2 primeros años y comentarles las dificultades que pueden surgir (tabla 5)^{3,4,7,9,10}. La familia puede aumentar su grado de autonomía si recibe consejos anticipadores sobre el autocuidado en afecciones banales.

Tabla 2. Recomendaciones del Grupo PREVINFAD/PAPPS⁵

Actividades básicas o priorizadas

- Cribado neonatal de fenilcetonuria e hipotiroidismo
- Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante
- Cribado clínico de la displasia del desarrollo de la cadera
- Promoción de la leche materna y supervisión de la alimentación durante el primer año
- Supervisión del crecimiento y del estado nutricional: antropometría seriada
- Cribado del retraso psicomotor y trastornos del lenguaje
- Cribado de la criptorquidia
- Cribado del estrabismo, ambliopía y otras anomalías oculares
- Cribado de la hipoacusia
- Consejo de prevención de accidentes
- Actividades de prevención y promoción de la salud bucodental
- Detección del abuso, maltrato y falta de cuidados
- Prevención del tabaquismo pasivo y activo
- Prevención del consumo de alcohol
- Vacunas sistemáticas de 0-14 años
- Prevención en adolescentes del embarazo y ETS

Actividades en grupos de alto riesgo

- Ex prematuro menor de 1.500 g de peso al nacimiento
- Síndrome de Down
- Displasia evolutiva de cadera
- Maltrato (prevención primaria)
- Ateromatosis
- Neoplasia cutánea
- Vacunas especiales
- Tuberculosis

Actividades sin evidencia científica suficiente

- Cribado de obesidad
- Cribado de escoliosis
- Cribado de trastornos del aprendizaje en escolares
- Exploración cardiológica
- Prevención de la alergia

Cribado de enfermedades metabólicas congénitas

Su objetivo es detectar errores congénitos metabólicos mediante cribado a todos los recién nacidos y aplicar el tratamiento preciso en las primeras semanas de vida para evitar lesiones cerebrales invalidantes (fenilcetonuria e hipotiroidismo) o la aparición de cuadros graves con un alto índice de mortalidad (hiperplasia adrenal congénita)^{3,4,11}.

Vacunaciones

La política vacunal es competencia específica de las comunidades autónomas. Todas las revisiones son una oportunidad de actualizar y completar las inmunizaciones del niño^{1-5,7}.

Supervisión del desarrollo físico y estado nutricional

La antropometría seriada en todas las revisiones, valorada junto con la historia clínica, personal y familiar, es útil para diagnosticar el retraso de crecimiento, la malnutrición por defecto o por exceso y las anomalías del desarrollo¹⁻⁶. En el niño pretérmino se utiliza la edad corregida hasta los 2 años. En algunas si-

Tabla 3. Calendario de revisiones⁷

| Visita | Profesional encargado |
|----------|----------------------------------|
| 7 días | Enfermera y pediatra |
| 21 días | En al menos uno de los controles |
| 2 meses | Pediatra y enfermera |
| 4 meses | Enfermera |
| 6 meses | Pediatra y enfermera |
| 10 meses | Pediatra y enfermera |
| 15 meses | Enfermera |
| 18 meses | Pediatra y enfermera |
| 2 años | Enfermera |
| 4 años | Pediatra y enfermera |
| 6 años | Pediatra y enfermera |
| 8 años | Enfermera |
| 11 años | Pediatra y enfermera |
| 14 años | Pediatra y enfermera |

Lectura rápida



Examen de salud

El número de visitas adecuado no está bien establecido. Se recomienda, como mínimo, una visita al nacer, las visitas correspondientes a las vacunas, 2 controles entre los meses séptimo y decimoquinto y, posteriormente, una revisión cada 2 años.



Lectura rápida



Contenido de los controles periódicos de salud

Es útil explicar a los padres las diferentes fases evolutivas del niño durante los 2 primeros años, y comentarles las dificultades que pueden surgir (guía anticipadora).

Se supervisa el desarrollo físico, psicomotor y social, se efectúa un cribado de enfermedades metabólicas y se aplica el calendario vacunal vigente.



tuciones concretas (síndrome de Down) se utilizan tablas de crecimiento específicas^{12,13}.

A pesar de que el control del crecimiento se considera una actividad básica de la pediatría, es sorprendente la escasez de estudios que evalúan sus beneficios y daños potenciales¹⁴.

Detección de la displasia evolutiva de cadera

Se presenta en 2-50 de cada 1.000 nacidos vivos. No disponemos de suficiente evidencia de

que el estudio ultrasónico rutinario de caderas a todos los recién nacidos mejore su evolución o el pronóstico a largo plazo, por lo que, de momento, se sigue recomendando realizar las maniobras de Ortolani-Barlow a todos los recién nacidos y la exploración clínica cuidadosa de las caderas en cada control de salud durante el primer año. Debe realizarse una ecografía entre las 4 y las 8 semanas de vida o una radiografía de caderas en el niño mayor de 3 meses con explo-

Tabla 4. Hoja de seguimiento del Programa de Atención al Niño del Área 9 del IMSALUD⁷

| Hoja de seguimiento | | 7 días | 21 días | 2 meses | 4 meses | 6 meses | 10 meses | 15 meses | 18 meses |
|---|----------------|------------------|-----------------------------|---------|---------|------------|------------|----------|------------------|
| N.º de historia | | Nombre: _____ | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | Apellidos: _____ | | | | | | | |
| Fecha | | | | | | | | | |
| Peso y percentil (anotar la cifra) | | | | | | | | | |
| Talla y percentil (anotar la cifra) | | | | | | | | | |
| Perímetro cefálico (anotar la cifra) | | | | | | | | | |
| Fontanella | | | | | | | | | |
| Boca/CAOO | | | | | | | | | |
| Reflejo rojo | | | | | | | | | |
| Fijación y seguimiento | | | | | | Bruckner | | | |
| Estrabismo | | | | | | Hirschberg | Hirschberg | | Hirschberg |
| Audición | | | | | | | | | |
| ACP Pulsos | | | | | | | | | |
| Abdomen | | Ombigo | | | | | | | |
| Genitales | | | | | | | a | | |
| Desarrollo/psicomotor/neurológico | | | | | | | | | |
| Caderas | | | | | | | | | |
| Columna vertebral | | | | | | | | | |
| MM/marcha | | | | | | | | | |
| Piel | | | | | | | | | |
| Vacunación | | | | | | | | | |
| Crisis familiares (separación, malos tratos, toxicomanías, duelos, otros riesgos) | | | | | | | | | |
| Hospitalización (número) | | | | | | | | | |
| Otras actividades | Metabolopatías | Vit. D | Vit. D Resultados Metab. | Vit. D | Vit. D | Vit. D | Vit. D | | |
| Consejos | | | | | | | | | |
| Alimentación | | | | | | | | | |
| Bucodental | | | | | | | | | |
| Higiene | | | | | | | | | |
| Prevención de accidentes | | | | | | | | | |
| Muerte súbita | | | | | | | | | Ejercicio físico |
| Tabaquismo ^b | | | | | | | | | |
| Consejo de protección solar | | | | | | | | | |
| Enfermedades comunes | | | | | | | | | |

^aSi en el control de los 10 meses presenta criptorquidia, se aconseja repetir la exploración a los 12 meses.
^bAnotar N si los padres no fuman y P si fuman (tabaquismo pasivo).
Se anotará N si la valoración es normal y P si es patológica. En este segundo caso, la valoración específica se realizará en la hoja SOAP.
En las casillas referidas a consejo, se pondrá un aspa cuando se realice la actividad.

ración dudosa o anormal y a los pacientes de alto riesgo (tabla 6)^{1,5,15,16}.

Detección temprana de anomalías del aparato genitourinario

La criptorquidia, caracterizada por el descenso insuficiente del testículo a lo largo del conducto inguinoescrotal, es la anomalía congénita genitourinaria más frecuente en varones (2% de recién nacidos a término)¹⁷. Se recomienda la palpación testicular a todos los recién nacidos, a los 6 y a los 12 meses. Los niños con criptorquidia se deben atender en un servicio de cirugía pediátrica antes de los 2 años de edad. La orquidopexia facilita la exploración testicular, aunque no está claro que mejore las tasas de neoplasia y de infertilidad¹⁷⁻¹⁹.

Tabla 5. Fases evolutivas del niño de 0-2 años

Características de cada edad

0-6 meses

Creación del vínculo afectivo con el niño
Aprendizaje de respuestas apropiadas
Reciprocidad: interacciones satisfactorias y previsibles
Interés cuerpo-medio externo

6 meses-1 año

Desarrollo socioemocional:
Apego
Confianza-desconfianza
Desarrollo cognoscitivo:
Constancia objetal
Relaciones para conseguir un fin
Desarrollo físico: movilidad

12 meses-2 años

Reclamo de atención
Cambios de comportamiento "terribles 2 años"
Explora los límites de su comportamiento
Ámbito socioemocional:
Autonomía-vergüenza y duda
Dependencia-independencia: "quiero hacerlo yo"
Negativismo
Incorporación a la mesa familiar
Ámbito cognoscitivo:
Exploración-autoexploración
Lenguaje inicial
Juego imaginario
Ámbito físico:
Deambulación
Crecimiento más lento (inapetencia)

La afectación bilateral, con testículos no palpables e hipospadias precisa estudio genético y endocrinológico.

La fimosis se considera fisiológica el primer año de vida y durante ese tiempo no se debe retraer el prepucio, por el riesgo de ocasionar pequeñas hemorragias con cicatrización posterior⁷. La observación del chorro miccional normal en los varones permite descartar válvulas uretrales.

Detección de hipoacusia

La hipoacusia bilateral congénita moderada o severa se presenta en 1,5-6 de cada 1.000 recién nacidos. El 80-90% de las sorderas graves están presentes en el nacimiento¹. Los estímulos auditivos son necesarios para el desarrollo del lenguaje; crecer sin él es la consecuencia más importante de la hipoacusia infantil, que se previene con un diagnóstico temprano de la sordera y su rehabilitación. Los niños identificados y tratados adecuadamente antes de los 6 meses obtienen mejores resultados en el desarrollo del lenguaje. El objetivo es la detección de la sordera congénita antes de los 3 meses de vida y entre el nacimiento y los 3 años en los casos adquiridos o de aparición tardía. La valoración subjetiva de la audición es poco sensible como método de cribado durante los primeros meses de vida; cualquier sospecha de hipoacusia debe ser investigada. Las pruebas objetivas de audición, que se pueden realizar a cualquier edad, son los potenciales evocados auditivos del tronco cerebral y las otoemisiones acústicas. En ausencia de un cribado auditivo neonatal universal, que sería lo adecuado^{3,4,20-22}, es aconsejable interrogar a las familias sobre la audición de los niños, la exploración subjetiva valorando la reacción al sonido y evaluar la adquisición del lenguaje verbal²⁰. Debe identificarse a los niños con indicadores asociados con sordera (tabla 6) y aplicarles pruebas objetivas^{4,5,20}.

Detección de las anomalías de la visión y oculares: cribado de ambliopía

La disminución o ausencia de visión tiene consecuencias importantes en el aprendizaje, la comunicación y la relación social. Su detección temprana puede permitir la corrección total o parcial y la educación especial en los casos en que no se pueda evitar la ceguera parcial o total. La ambliopía es la causa más frecuente de pérdida de visión (2-5%). Consiste en la reducción de la agudeza visual unilateral o bilateral causada por la estimulación visual inadecuada del cerebro durante el período crítico del desarrollo visual¹. Puede estar causada por el estrabismo (ambos procesos afectan al 5% de la población), los defectos de refracción unilaterales o muy asimétricos o por opacidades en la córnea o el cristalino. Se considera recuperable hasta los 5

Lectura rápida



Debe realizarse una ecografía entre las 4 y 8 semanas de vida o una radiografía de caderas en el niño mayor de 3 meses con exploración dudosa o anormal y a los pacientes con alto riesgo de displasia de caderas.

Se recomienda la palpación testicular a todos los niños a los 6 y 12 meses.



Lectura rápida



El 80-90% de las sorderas graves están presentes al nacer.

El objetivo es la detección de la sordera congénita antes de los 3 meses de vida y entre los 3 meses y 3 años en los casos adquiridos.

La ambliopía es la causa más frecuente de pérdida de visión. Se considera recuperable hasta los 5 años.



años; es irrecuperable a partir de los 10 años. Por eso es necesaria la exploración del recién nacido (reflejo rojo, leucocoria, malformaciones, fofobia, nistagmo) y del lactante (alineación ocular, comportamiento visual). El estrabismo fijo (3-6%) siempre precisa estudio; también cualquier tipo de estrabismo a partir de los 6 meses^{1-3,5,7,23}.

Prevención de la ferropenia del lactante

Se realiza mediante la indicación de lactancia materna o fórmula infantil fortificada con hierro y la administración de hierro oral a los niños con factores de riesgo (tabla 6)^{1,2,5}.

Supervisión del desarrollo psicomotor

La supervisión del desarrollo psicomotor (DPM) precisa valorar cuidadosamente las observaciones de los padres o cuidadores sobre el desarrollo del niño²⁴. El tiempo de maduración en el proceso evolutivo no es igual para todos los individuos; se considera un DPM normal el que permite al niño alcanzar las habilidades correspondientes a su edad cronológica¹. La necesidad del cribado para la valoración del DPM no está universalmente aceptado; parece preferible una supervisión del desarrollo *oportunista* aprovechando cualquier contacto entre el profesional y el niño y todas las revisiones del pro-

Tabla 6. Factores de riesgo en el recién nacido⁷

| Anamnesis de factores de riesgo en el recién nacido | | Actividad |
|---|--|---|
| Factores de riesgo de displasia de cadera | Presentación podálica Antecedentes familiares de displasia de cadera Oligoamnios Tortícolis Pies zambos Metatarso aducto | Ecografía al mes de vida |
| Factores de riesgo de hipoacusia | Antecedentes familiares de hipoacusia Infección perinatal (toxoplasmosis, sífilis, rubéola, CMV, herpes) Peso inferior a 1.500 g o prematuros (nacidos antes de la semana 30) Hiperbilirrubinemia con exanguinotransfusión Sepsis neonatal, meningitis bacteriana Síndrome alcohólico fetal Hemorragia intracraneal fetal Drogas ototóxicas Ventilación mecánica durante un mínimo de 5 días Hipoxia perinatal Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento o fractura | Potenciales evocados |
| Factores de riesgo de retinopatía | Prematuridad | Revisión oftalmológica a las 4-6 semanas y después cada 2-4 semanas hasta la semana 37 |
| Factores de riesgo de ferropenia | Prematuridad | Sulfato ferroso |
| Otras pruebas en el niño prematuro | | Ecografía craneal en el 2.º-3.º mes Control hematológico al mes (hemograma, ferritina y reticulocitos) |
| Factores de riesgo psicosocial | Familias con antecedentes de malos tratos Drogodependencias, alcoholismo y otras toxicomanías Familias monoparentales Antecedentes de enfermedades mentales graves en los padres Emigrantes en situación de desadaptación Familias con algún adulto con minusvalías Madres adolescentes | Evaluación individualizada y seguimiento (incluir el código correspondiente en cada revisión) |

grama de atención al niño. Los trastornos del DPM constituyen la disfunción neurológica más frecuente en la infancia (2-3%); su detección obliga al estudio etiológico y a la derivación a centros de rehabilitación. El test de cribado más utilizado para 0-6 años es el Denver Developmental Screening test II; su utilidad estriba en la detección, no en la medición ni en el diagnóstico del retraso y no está validado para la población española. El test de Haizea-Llevant se ha realizado en nuestro ámbito¹⁻⁵.

Salud mental: detección y prevención de problemas del desarrollo y del comportamiento

Los problemas psicosociales son muy frecuentes y, probablemente, estén infradiagnosticados. La detección de los factores de riesgo es más fácil si se tienen en cuenta las transiciones o crisis psicosociales y los factores que dificultan su elaboración. Su conocimiento permite al pediatra ayudar al niño y a la familia a adaptarse a la nueva situación. En las revisiones periódicas de salud es conveniente preguntar a los padres sobre el comportamiento y el aprendizaje del niño y atender a sus preocupaciones²⁵⁻²⁸. El diagnóstico temprano es la única manera de iniciar el tratamiento oportuno. Los métodos de detección que utilizan la participación activa de los padres son los más eficaces. También es útil conocer las señales de alerta psicopatológicas en el recién nacido, el lactante y el niño en edad preescolar (tabla 6)^{5,7}.

Tabla 7. Recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN)

Mantener la fórmula adaptada o leche materna, sin introducir leche de vaca hasta el año

Iniciar la alimentación complementaria entre los 4 y 6 meses. El orden de introducción de cereales, frutas, carne y verduras no es importante

A partir de los 6 meses, no más del 50% de calorías debe provenir de la alimentación complementaria. Mantener un aporte de leche materna o fórmula de al menos 500 ml/día

No introducir el gluten hasta después de los 6-7 meses

Algunos alimentos especialmente alergénicos (pescado y huevo) es mejor introducirlos después de los 9-10 meses

Educación del entorno familiar y del niño

Supervisión de la alimentación

La leche humana es el alimento de elección para todos los niños durante los 6 primeros meses^{5,10}, aunque no existe un límite de edad establecido y se debe continuar con ella cuando se introduzca la alimentación complementaria, respetando siempre la decisión de la madre^{10,29-31}. Tiene ventajas nutricionales, inmunitarias, afectivas, sociales, económicas y medioambientales y cubre todas las necesidades del lactante sano hasta los 6 meses de edad³²⁻⁴¹. El momento fisiológicamente apropiado para administrar alimentos semisólidos con cuchara se encuentra entre los 4 y los 6 meses, manteniendo un aporte de leche de al menos 500 ml/día. La alimentación complementaria asegura la cobertura de los requerimientos nutricionales y el cambio gradual a una dieta tipo adulto (tabla 7)⁴². A partir del año conviene incorporar al niño a la comida familiar, permitir que coma solo y retirar los biberones en el caso de que se hayan utilizado. Es importante evitar conflictos en las horas de las comidas, que deben ser momentos agradables. El niño no debe ser forzado a comer, ni premiado con alimentos. Es recomendable dar preferencia a verduras, cereales, legumbres y frutas: la adquisición de hábitos de alimentación adecuados durante la infancia probablemente sea eficaz en la prevención de problemas de salud en la edad adulta^{3,43}.

Tabla 8. Consejos preventivos de las lesiones accidentales (Grupo PREVINFAD/PAPPS)⁵

Consejos preventivos de los accidentes infantiles según el grupo de edad

De 0 a 2 años

Seguridad en el automóvil

Temperatura del agua de baño

Prevención de incendios en el hogar (cocina)

Elementos peligrosos del hogar (enchufes, puntas cortantes, ventanas, ángulos de puertas, etc.)

Prevención de la aspiración de un cuerpo extraño

Almacenamiento de drogas y sustancias tóxicas y agresivas

Teléfono del Instituto de Toxicología

Lectura rápida



Educación del entorno familiar y del niño

Es importante favorecer la adquisición de hábitos saludables o modificar tempranamente los nocivos.

Las visitas del Programa de Atención al Niño son una oportunidad para la supervisión de la alimentación, la promoción de la salud bucodental, la prevención de accidentes, la muerte súbita, los malos tratos y los hábitos tóxicos.



Bibliografía recomendada

Guidelines for Health Supervision del Grupo de Trabajo de la Asociación Americana de Pediatría.
Disponible en:
http://aappolicy.aappublications.org/policy_statement/index.dtl.

Bright Futures at Georgetown University. Bright Futures Guidelines for Health Supervision for Infants, Children and Adolescents. 2nd ed., rev. Disponible en:
<http://www.brightfutures.org/bf2/pdf/index.html>

US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 3rd edition: periodic updates. Disponible en:
<http://www.ahrq.gov/clinic/ps3dix.htm>

Canadian Task Force for Preventive Health Care.
Disponible en:
<http://www.ctfphc.org/>

Guías de prevención pediátrica realizadas por grupos de expertos con recomendaciones basadas en la evaluación del grado de evidencia científica de la efectividad preventiva de las actividades realizadas en atención primaria. De todas ellas, Bright Futures resulta más novedosa, porque incluye aspectos psicosociales.

Protección solar

Las quemaduras solares en la infancia favorecen la aparición de cáncer de piel a lo largo de la vida. Debe recomendarse moderación y protección adecuada durante la exposición solar^{1,2,5,44}.

Promoción de la salud bucodental

La caries y las enfermedades periodontales constituyen uno de los problemas sanitarios más frecuentes de la sociedad actual. En cada revisión debe anotarse el estado bucodental (exploración de la cavidad oral, seguimiento de la erupción de la dentición primaria) e informar a los padres sobre los hábitos cariogénicos y de higiene^{3,5,7,45}.

Prevención de lesiones accidentales^{1,3-5,7} (tabla 8)

Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es la primera causa de muerte posneonatal (1/1000 nacidos vivos) en los países desarrollados. Las recomendaciones para su prevención son: postura en decúbito supino para dormir a todos los lactantes menores de 6 meses (calidad de la evidencia II-2A), lactancia materna exclusiva durante 6 meses y evitar el tabaquismo en los padres, el arropamiento excesivo, el exceso de temperatura ambiental (20-22 °C) y los colchones blandos^{34,46,47}. Existen recomendaciones específicas para el control de niños con alto riesgo^{2,3,5,47}.

Prevención y detección de los malos tratos y la falta de cuidados en el niño

La etiología del maltrato infantil es multifactorial y su prevalencia desconocida. Se estima que entre el 10-15% de los niños de los países industrializados son víctimas de malos tratos^{1,7,9}. Los pediatras de atención primaria debemos identificar situaciones de riesgo (tabla 6), ya que somos casi los únicos con acceso al núcleo familiar del niño menor de 3 años^{1,7,9,25-28,48,49}.

Prevención de hábitos tóxicos

El uso familiar de tóxicos tiene varios efectos en el niño: toxicidad directa (síndrome alcohólico fetal, tabaquismo pasivo), deterioro del familiar intoxicado y de su entorno (alcoholismo) y el componente imitativo o educativo de la toxicomanía en los hijos^{4,5,50,51}.

Bibliografía



● Importante ● Muy importante

■ Metaanálisis
■ Epidemiología

- Canadian Task Force for Preventive Health Care. Octubre de 2003. Disponible en: <http://www.ctphc.org/>
- US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd and 3rd edition: periodic updates. Octubre de 2003. Disponible en: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/PUBS/GUIDECPSPDF/Frontmtr.PDF>
- American Academy of Pediatrics (Committee on Practice and Ambulatory Medicine). Recommendations for Preventive Pediatric Health Care [Disponible en: <http://www.aap.org/policy/re9939.html>]. Pediatrics 2000;105(3):645.
- Bright Futures at Georgetown University. Bright Futures Guidelines for Health Supervision for Infants, Children and Adolescents. 2nd ed. Octubre de 2003. Disponible en: <http://www.brightfutures.org/bf2/pdf/index.html>
- Grupo PREVINFAD/PAPPS. Actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Octubre de 2003. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>
- Magnusson M, Persson K, Sundelin C. The effectiveness of routine health examinations at 2, 6, 9 and 12 months of age: experiences based on data from a Swedish county. Child: Care, Health and Development 2001;27:117-31.
- Programa de Atención al Niño. Madrid: Gerencia del Área 9 de Atención Primaria. Instituto Madrileño de la Salud, 2002.
- Sanderson D, Wright D, Acton C, Duree D. Cost analysis of child health surveillance. Health Technol Assess 2001;5:1-103.
- Dubowitz H. Prevención del abandono y el maltrato físico de niños: una tarea para los pediatras. Pediatrics in Review (ed. esp.) 2003;24:3-8.
- Figueras Aloy J, García Alix A, Alomar Ribes A, Blanco Bravo D, Esqué Ruiz MT, Fernández Lorenzo JR. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. An Esp Pediatr 2001;55:141-5.
- Larsson A. Neonatal screening for metabolic, endocrine, infectious and genetic disorders. Current and future directions. Clin Perinatol 2001;28:449-61.
- Committee on Genetics. American Academy of Pediatrics. Health supervision for children with Down syndrome. Pediatrics 2001;107:442-9.

13. Myreliid A, Gustafsson J, Ollars B, Anneren G. Growth charts for Down's syndrome from birth to 18 years of age. *Arch Dis Child* 2002;87:97-103.
14. Panpanich R, Garner P. Monitorización del crecimiento en niños. (Translated Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Oxford: update software.
15. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. *Can Med Assoc J* 2001;164:1669-77.
16. Sánchez Ruiz-Cabello J, Bras i Marquillas J. Luxación congénita de cadera. Displasia evolutiva de cadera. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2001;11:445-51.
17. Ghirri P, Ciulli C, Vucich M, Cuttano A, Faraoni M, Guerrini L, et al. Incidence at birth and natural history of cryptorchidism: a study of 10730 consecutive male infants. *J Endocrinol Invest* 2002;25:709-15.
18. American Academy of Pediatrics. Surgical Advisory Panel. Pautas para la remisión de pacientes a los especialistas quirúrgicos pediátricos. *Pediatrics* (ed. esp.) 2002;54:50-3.
19. Riedmiller H, Androulakakis P, Beurton D, Kocvara R, Gerharz E. European Association of Urology. EAU guidelines on paediatric urology. *Eur Urol* 2001;40:589-99.
20. Fortnum HM, Summerfield AQ, Marshall DA, Davis AC, Bamford JM. Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal screening: questionnaire based ascertainment study. *BMJ* 2001;323:536-40.
21. Cunningham M, Cox EO, the Committee on Practice and Ambulatory Medicine and the Section on Otolaryngology and Bronchoesophagology. Evaluación de la audición en lactantes y niños: recomendaciones tras el cribado neonatal. *Pediatrics* (ed. esp.) 2003;55:115-9.
22. Thompson DC, McPhillips H, Davis RL, Lieu TL, Homer CJ, Helfand M. Universal newborn hearing screening. Summary of evidence. *JAMA* 2001;286:2000-10.
23. American Academy of Pediatrics (Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Section on Ophthalmology), American Association of Certified Orthoptist, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy of Ophthalmology. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians. *Pediatrics* 2003;111:902-7.
24. Glascoe FP. Parent's concerns about children's development: pre-screening technique or screening test? *Pediatrics* 1997;99:522-8.
25. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1999.
26. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse. How good is the evidence? *Lancet* 2000;356:814-9.
27. Mac Millan H. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Can Med Assoc J* 2000;163:1451-8.
28. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Neg* 2000;24:1127-49.
29. Leis Trabazo R, Tojo Sierra R. Lactancia materna. Guías prácticas sobre nutrición. Alimentación en el lactante. *An Esp Pediatr* 2001;54:145-7.
30. Jovani Roda L, Gutiérrez Culsant P, Aguilar Martín C, Navarro Caballé R, Mayor Pegueroles I, Jornet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002;57:534-9.
31. Pallás Alonso CR. Lactancia materna. Actividades preventivas en la infancia y adolescencia (grupo PREVINFAD). *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003;5:69-88.
32. Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Breast feeding and allergic diseases in infants—a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child* 2002;87:478-81.
33. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002;360:187-95.
34. Oddy WH, Sly P, De Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth control study. *Arch Dis Child* 2003;88:224-8.
35. Buñuel JC, Vila C, Puig M, Diez S, Corral A, Pérez M. Influencia del tipo de lactancia y otros factores sobre la incidencia de infecciones del tracto respiratorio en lactantes controlados en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2002;29:268-77.
36. Alm B, Wennergren AB, Norvenius SG, Skaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-1995. *Arch Dis Child* 2002;86:400-2.
37. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA, Berkey CS, Frazier AL, Rockett HRH, et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001;285:2461-7.
38. Arena Ansotegui J. La lactancia materna en la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. *An Esp Pediatr* 2003;58:208-10.
39. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collette JP, Chalmers B. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics* 2002;110:343-7.
40. Anderson JW, Johnstone B, Remley T. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.
41. Jain A, Concato J, Leventhal JM. How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence? *Pediatrics* 2002;109:1044-53.
42. Alonso Franch M, Bedate Calderon P, Calvo Romero C. Recomendaciones de ingesta durante el primer año de vida. Guías prácticas sobre nutrición. Alimentación en el lactante. *An Esp Pediatr* 2001;54:153-7.
43. Serra Majem L, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Román Viñas B, Aranceta Bartrina J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Med Clin* 2003;121:126-31.
44. American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health. Ultraviolet light: a hazard to children. *Pediatrics* 1999;104:328-33.
45. Aligne CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M. Association of pediatric dental caries with passive smoking. *JAMA* 2003;289:1258-64.
46. Iyasu S, Randall LL, Welty TK, Hsia J, Kinney HC, Mandell F, et al. Risk factors for sudden infant death syndrome among northern plains Indians. *JAMA* 2002;288:2717-23.
47. Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita del Lactante de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de la muerte súbita del lactante. Medidas preventivas ambientales. *An Esp Pediatr* 2001;54:573-4.
48. Oliván Gonzalvo G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2002;56:219-23.
49. Weitoft GR, Hjern A, Haglund B, Rosen M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet* 2003;361:289-95.
50. Cano Fernández J, Zabaleta Camino C, De la Torre Montes de Neira E, Yep Chullen GA, Melendi Crespo JM, Sánchez Bayle M. Tabaquismo pasivo prenatal y posnatal y bronquiolitis. *An Esp Pediatr* 2003;58:115-20.
51. Blackburn C, Spencer N, Bonas S, Coe C, Dolan A, Moy R. Effect of strategies to reduce exposure of infants to environmental tobacco smoke in the home: cross sectional survey. *BMJ* 2003;327:257.

Bibliografía recomendada

Delgado Domínguez JJ y Grupo PREVINFAD de AEPap. Actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Introducción. En: *AEPap, editor. Curso de Actualización Pediatría 2003*. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 129-32.

Pallás Alonso CR, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Galbe Sánchez-Ventura J y Grupo PREVINFAD de AEPap. Resumen de las recomendaciones sobre actividades preventivas en la infancia y adolescencia del grupo PREVINFAD. En: *AEPap, editor. Curso de Actualización Pediatría 2003*. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 133-66.

Bras i Marquillas J. La prevención pediátrica en atención primaria de salud. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2001;3:75-84.

El grupo PREVINFAD de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria elabora recomendaciones, que son la referencia más importante en nuestro país, sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica. Además de estar adaptadas a la realidad sociosanitaria de nuestro medio, se actualizan casi permanentemente. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1999.

Esta publicación, aunque es del año 1999, recoge todos los aspectos que los profesionales sanitarios dedicados a la asistencia a niños y adolescentes, sea el que sea nuestro trabajo diario, debemos conocer respecto a la atención al maltrato infantil. Existe también en formato de bolsillo y se puede solicitar en el Instituto Madrileño del Menor y la Familia.