# Programa de Atención al Niño

REVISIONES DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS *pág.* 81

## Puntos clave

- Los pediatras de atención primaria, mediante la educación para la salud, debemos fomentar desde la infancia un estilo de vida saludable que disminuya los factores de riesgo de las principales causas de morbimortalidad en la edad adulta.
- Explicar a los padres el momento del desarrollo evolutivo en el que se encuentra el niño les ayudará a comprender los comportamientos de su hijo y la actitud que deben adoptar ante éstos.
- La ambliopía, el estrabismo y la anisometría deben diagnosticarse antes de los 2-4 años, el tratamiento temprano mejora el resultado de la visión final.
- En los países desarrollados, los accidentes son la primera causa de muerte desde el segundo año de vida hasta los 40 años; todos los grupos de expertos recomiendan incluir consejos de seguridad específicos para cada edad en los controles de salud.
- La prevención de la arteriosclerosis debe iniciarse en la infancia, fomentando hábitos de vida saludables y mediante el cribado de la concentración de colesterol total sanguíneo en los mayores de 2 años con antecedentes familiares de riesgo.
- En los controles de salud de los adolescentes se recomienda aconsejar contra las drogas e informar sobre las posibilidades de embarazo, métodos anticonceptivos y riesgos de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

# Revisiones de 2 a 14 años

MAR DUELO Y MARÍA L. ARROBA
Centro de Salud El Naranjo. Fuenlabrada. Madrid. España.
mmduelo@pap.es

Los objetivos generales del Programa del Niño son: la detección precoz de anomalías congénitas y adquiridas, la promoción de un adecuado desarrollo físico, psíquico y social, y el cumplimiento del calendario vacunal vigente[1-5].
Los pediatras de atención primaria, mediante la educación para la salud, debemos fomentar desde la infancia un estilo de vida saludable que disminuya los factores de riesgo de las principales causas de morbimortalidad en la edad adulta[6].
La historia clínica, personal y familiar, y una exploración física detallada orientarán sobre posibles trastornos y pertenencia a grupos de riesgo con indicación de hacer un cribado determinado.

## Revisiones de salud de 2 a 14 años

Los controles de salud a partir de los 2 años son una continuación del proceso iniciado desde los primeros días de vida. Hay muchas actividades en las que es difícil hacer una barrera por edades, ya se han desarrollado en el artículo anterior "Programa del Niño. Revisiones del niño menor de 2 años", y que, por lo tanto, se omiten ya que son comunes a períodos posteriores.

### Guía anticipatoria: características del niño de estas edades

La educación para la salud debe ser una actividad continuada en el tiempo y basarse en la comunicación bidireccional. Explicar a los padres el momento del desarrollo evolutivo en el que se encuentra el niño les ayudará a comprender los comportamientos de su hijo[2] y la actitud que deben adoptar ante éstos, evitando así numerosos conflictos. Sin embargo, hay que recordar que la efectividad preventiva de las estrategias poblacionales basadas en la educación sanitaria en atención primaria es escasa y está poco demostrada.

### Supervisión del desarrollo físico y estado nutricional

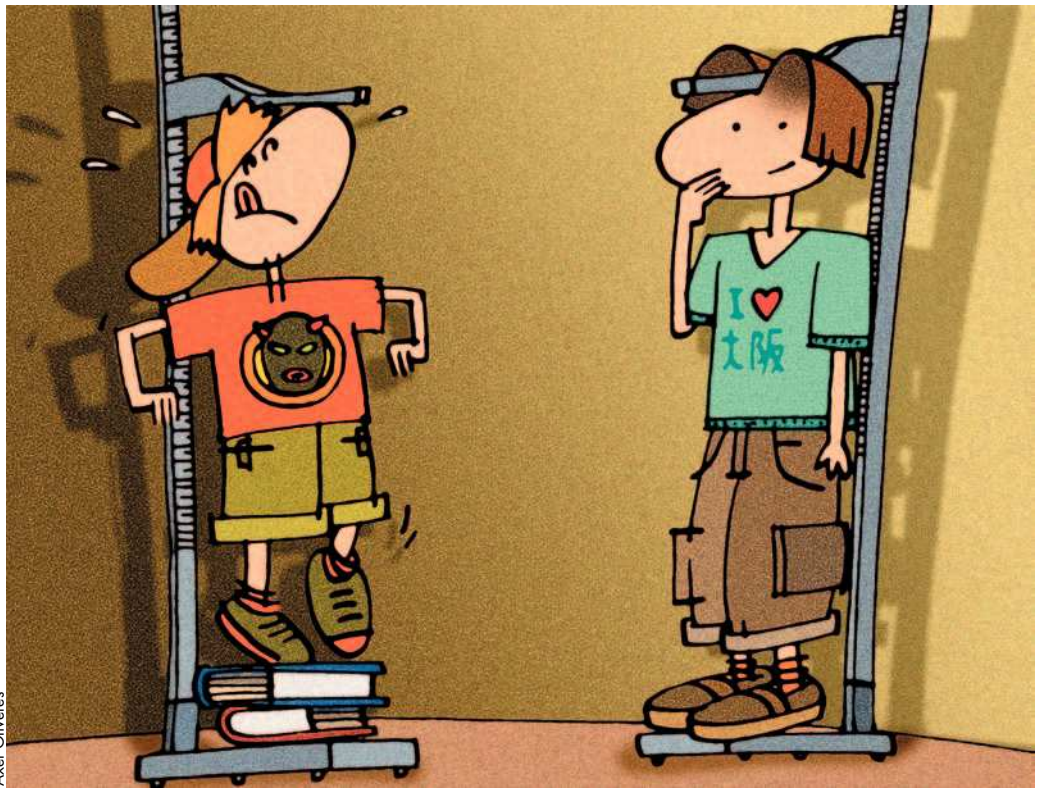
Ésta es una actividad básica que todos los grupos de expertos recomiendan realizar en los controles de salud[1-5]. Se debe valorar la evolución a lo largo del tiempo y en relación con los antecedentes familiares. La velocidad de crecimiento es el mejor parámetro disponible para valorar el crecimiento a corto plazo. Se debe observar el momento de inicio de signos de pubertad con las escalas de Tanner para detectar alteraciones en el desarrollo de la pubertad.

### Supervisión del desarrollo del lenguaje

Suele asociarse a dificultades en otras áreas (socialización, motora, etc.), puede ser un síntoma de retraso mental (hay otros signos más tempranos) y es frecuente encontrar una historia familiar con el mismo problema y/o un ambiente que no estimule el desarrollo del lenguaje. Siempre hay que estudiar la audición y valorar defectos estructurales (paladar hendido, ojival, maloclusión, etc.)[1].
Son signos de alarma las estereotipias verbales a los 2 años y el lenguaje incomprensible a los 3 años[7].

### Cribado de las alteraciones oculares y de la visión

La ambliopía, el estrabismo y la anisometría deben diagnosticarse antes de los 2-4 años, el tratamiento temprano mejora el pronóstico de la visión final[8,9]. El cribado de estrabismo se realiza en todos los controles hasta los 6 años con los test de Hirschberg y Cover, este último requiere la colaboración del paciente (difícil en menores de 2-3 años). A pesar de estar recomendado por todos los expertos, no existen es-




Axel Oliveres

tudios de la sensibilidad y especificidad de los tests realizados por personal de atención primaria[8]. La ambliopía se detecta con sencillez con el test de visión estereoscópica a partir de los 3 años, pero no disponemos en la consulta de los medios técnicos necesarios. La medida de la agudeza visual debe iniciarse a los 3 años con optotipos adecuados a la edad del paciente[9]. Casi todos los grupos de expertos lo recomiendan en todos los controles hasta la adolescencia, salvo la US Task Force que no encuentra evidencia a favor ni en contra del cribado rutinario en escolares asintomáticos, y no existen pruebas de que su tratamiento temprano produzca beneficios respecto al instaurado cuando aparece sintomatología[10].

**Promoción de la salud bucodental**

En todas las revisiones se debe realizar exploración bucal y aconsejar sobre la prevención de la caries dental: utilización de flúor, medidas dietéticas, higiene dental y tratamiento de las lesiones activas[11]. Se derivará al odontólogo si presenta caries (en piezas definitivas, o en 4 o más piezas de dentición primaria) y a los 6 años para el sellado de muelas definitivas[1]. Existe evidencia científica de que la utilización de flúor tópico de forma continuada es una de las mejores medidas preventivas de las caries y sólo se aconseja dar suplementos por vía oral a mayores de 6 meses en función del flúor que haya en el agua consumida y a su pertenencia a un grupo de riesgo de caries (tabla 1)[11].

**Prevención de lesiones accidentales**

En los países desarrollados los accidentes son la primera causa de muerte desde el segundo año de vida hasta los 40 años y una de las principales causas de morbilidad. Hay 2 picos de incidencia: entre los 2-3 años de vida y, posteriormente, la adolescencia. En el preescolar, los accidentes domésticos son los de mayor frecuencia, en el escolar lo son las intoxicaciones y en el adolescente, las lesiones por caídas y los accidentes de tráfico. La mayoría de los accidentes que sucede durante la infancia son evitables[12]. La prevención se realizará mediante una legislación que potencie el uso de medidas protectoras y cambie los elementos del medio que pueden lesionar y con la educación en medidas de prevención tanto a los padres como a los niños. Es necesario que también implique a la escuela, los medios de comunicación y al sector sanitario[13]. Las medidas más eficaces son las intervenciones pasivas[14]: envase de seguridad para evitar intoxicaciones, protección de ventanas, obligatoriedad de sillas de seguridad en vehículos, etc. Todos los grupos de expertos[12-15] recomiendan incluir consejos de seguridad específicos para cada edad en los controles de salud (tabla 2)[13]. Es especialmente efectivo el consejo sobre el uso de asientos de seguridad en vehículos, pues reduce la cifra de lesiones graves hasta en un 70%[13]. Como medida práctica se entregan folletos explicativos a los padres según las distintas edades del niño, aunque se deben priorizar los consejos en cada

## Lectura rápida

**Introducción**

Los objetivos generales del Programa del Niño son la detección temprana de anomalías congénitas y adquiridas, la promoción de un adecuado desarrollo físico, psíquico y social; y el cumplimiento del calendario vacunal vigente.

Los pediatras de atención primaria, mediante la educación para la salud (alimentaria, prevención de accidentes, hábitos tóxicos, etc.), debemos fomentar, desde la infancia, un estilo de vida saludable que disminuya los factores de riesgo de las principales causas de morbimortalidad en la edad adulta.

La historia clínica, personal y familiar, y una exploración física detallada orientarán sobre posibles trastornos y pertenencia a grupos de riesgo, con indicación de hacer un determinado cribado.

## Lectura rápida

**Revisiones de salud: contenidos**

Explicar a los padres el momento del desarrollo evolutivo en el que se encuentra el niño les ayudará a comprender los comportamientos de su hijo y la actitud que deben adoptar ante éstos.

En el desarrollo del lenguaje, son signos de alarma las estereotipias verbales a los 2 años y el lenguaje incomprensible a los 3 años.

La ambliopía, el estrabismo y la anisometría deben diagnosticarse antes de los 2-4 años, el tratamiento temprano mejora el resultado de la visión final.

familia y reseñar en la historia clínica del paciente los principales factores de riesgo de accidentes. En las familias de mayor riesgo es aconsejable realizar una visita domiciliaria[16].

### Prevención cardiovascular

La prevención cardiovascular (CV) consiste en el control de los factores de riesgo conocidos: obesidad, tabaco, dislipemia, hipertensión arterial (HTA), diabetes; y en favorecer actividades protectoras: dieta saludable y actividad física.

***Tabla 1.*** *Factores de riesgo de caries (Grupo PREVINFAD/PAPPS)*

**I. 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

**II. 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**

- Incorrecta eliminación de la placa dental
- Minusvalías psíquicas importantes (dificultad de colaboración)

**III. Factores asociados con xerostomía**

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

**IV. Enfermedades en las que la manipulación dental supone un riesgo**

- Cardiopatías
- Inmunosupresión
- Hemofilia y otros trastornos de coagulación

Existe evidencia científica para iniciar la prevención primaria de la arteriosclerosis en la infancia[17-19]. Las intervenciones dirigidas a fomentar conductas que disminuyan los factores de riesgo CV son seguras y eficaces[17]. Es prioritario fomentar *una dieta saludable, un control del sobrepeso, una actividad física regular y prevenir el consumo de tabaco pasivo y activo*[1,17,20-22] en todos los controles de salud, así como en las escuelas y crear así hábitos adecuados para disminuir las afecciones en la edad adulta. Esta estrategia parece ser la más eficaz, junto con el tratamiento familiar para prevenir y tratar la obesidad[21], problema emergente en los países desarrollados (22% de sobrepeso en las personas de 6-17 años en Estados Unidos) e importante por su asociación al síndrome de resistencia a la insulina: hiperinsulinemia, HTA, dislipemia y diabetes tipo 2 de inicio en la infancia, ésta última con una prevalencia en ascenso[17,18]. En la tabla 3 se recogen los criterios propuestos por la Asociación Americana de Diabetes[23] para descartar en los niños la diabetes tipo 2 .

Los pediatras de atención primaria deberíamos solicitar a las autoridades sanitarias el control de los menús de los comedores escolares e im-

***Tabla 2.*** *Consejos preventivos de los accidentes según el grupo de edad (Grupo PREVINFAD/PAPPS)*

**De 2 a 6 años**

- Seguridad en el automóvil y educación vial
- Almacenamiento de medicamentos y sustancias tóxicas
- Elementos peligrosos en el hogar
- Prevención de incendios en el hogar
- Seguridad en las piscinas
- Prevención de la aspiración de un cuerpo extraño
- Seguridad en la bicicleta
- Teléfono del Instituto de Toxicología

**De 6 a 14 años**

- Seguridad en el automóvil y educación vial
- Seguridad en bicicleta, monopatín y ciclomotor
- Consejo contra el alcohol 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

plicarnos en la educación para la salud en la escuela, ya que los programas de prevención escolar son el método más eficaz de adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades que mejoran las conductas de riesgo[21].

La necesidad de controlar la *presión arterial* (PA) en la infancia es controvertida[24]. No existe evidencia científica que avale su inclusión o exclusión en los controles rutinarios para disminuir el riesgo CV[24,25] y tampoco hay evidencia de que el tratamiento de la HTA en esta edad disminuya la enfermedad coronaria en la edad adulta[24]. Algunas asociaciones de expertos[2,26] recomiendan su control en mayores de 3 años cada uno o 2 años. El grupo español que realiza el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en la Infancia y la Adolescencia (PREVINFAD/PAPPS)[21] considera que la HTA en esta edad suele ser secundaria y recomienda 2 controles de la PA antes de los 15 años: uno entre los 3-4 años y otro a partir de los 11 años. El cribado se realiza con una única medición. Se consideran valores de presión, sistólica o diastólica, normal-alta los situados entre el percentil 90-95 e HTA sobre el percentil 95 (curvas PA/talla). En estos casos debe controlarse en otras 2 ocasiones y hacer la media.

El *colesterol* elevado en la infancia no predice hipercolesterolemia en la edad adulta[20] y no parece constituir un indicador de riesgo CV[1,21]. Se debe realizar el colesterol total (CT) a mayores de 2 años con factores de riesgo [17,20,21,27] de hipercolesterolemia familiar monogénica, ya que su detección temprana es esencial para iniciar el tratamiento y prevenir la enfermedad coronaria[20]. Estos factores de riesgo son[17,20,21,27]: antecedentes familiares de primer grado de enfermedad CV en varones menores de 55 años y/o mujeres menores de 65 años, y padres con CT ≥ 300 mg/dl[20,21]; algunos expertos lo recomiendan a partir de 240 mg/dl[27], pero esto supondría estudiar el 25% de la población de esta edad y la mayoría corresponde a hipercolesterolemia poligénica en la que la dieta desempeña el papel primordial. Por otra parte, no hay datos que avalen que su tratamiento temprano mejore los resultados del iniciado en la edad adulta y su manejo sería igual al de la población general pediátrica, es decir, la promoción de hábitos saludables[20,21]. Si se desconocen los antecedentes familiares o existen otros factores de riesgo (diabetes, obesidad, HTA, tabaquismo, vida sedentaria) está indicado realizar el CT[17,20,27].

El ayuno de 12 h previo a la extracción es necesario para la valoración de triglicéridos y fracciones de colesterol, no para el CT[27]. Si el CT es > 200 mg/dl se debe repetir incluyendo triglicéridos y la fracción de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y calcular el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (cLDL). El valor más discriminador para diagnosticar la enfermedad familiar monogénica es cLDL > 164 mg/dl[20]. El objetivo es mantener la cLDL < 160 mg/dl (mejor < 130 mg/dl) y en diabéticos < 110 mg/dl[17]. Si es superior a estos valores se debe aconsejar aumentar la actividad física, controlar el peso y realizar dieta (grasa saturada < 7% de las calorías y colesterol < 200 mg/día); si persiste elevado descartar las causas de hipercolesterolemia secundaria[17,27]. Se debe considerar el tratamiento farmacológico en mayores de 10 años si la cLDL > 190 mg/dl, o > 160 mg/dl y existen otros factores de riesgo CV[1,17,21,27].

***Tabla 3.*** *Cribado de diabetes tipo 2 en niños (American Diabetes Association)*

**Criterios:**

Sobrepeso (IMC > 85 percentil para la edad y sexo)

o peso para la talla > 85 percentil

o peso > 120% del ideal para la talla

**Más 2 de los siguientes factores de riesgo:**

Antecedentes familiares de diabetes tipo 2 en familiares de primer o segundo grado

Etnias: americanos nativos, afroamericanos, latinos, asiaticoamericanos, nativos de las islas del Pacífico

Signos de resistencia a la insulina o condiciones asociadas (acantosis nigricans, hipertensión, dislipemia o síndrome de ovario poliquístico)

**Edad de inicio del cribado:** 10 años o antes si entra en la pubertad

**Periodicidad:** cada 2 años

**Test de cribado:** glucemia plasmática basal

### Prevención de hábitos tóxicos

El consumo de tóxicos es un importante problema de salud pública. La adolescencia es una etapa especialmente vulnerable para el inicio de estos hábitos y la aparición de conductas de riesgo relacionadas con ellos.

La última Encuesta Escolar del Plan Nacional de Drogas de 2002[28] destaca el patrón dominante de consumo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana. El alcohol, el tabaco y el cannabis son las drogas más utilizadas (tabla 4)[28].

En la adolescencia se debe realizar una prevención inespecífica de conductas de riesgo.

## Lectura rápida

Los procedimientos más útiles para la profilaxis de la caries son la higiene dental, el empleo continuado y tópico de flúor, las medidas dietéticas y el tratamiento de las lesiones activas.

En los países desarrollados los accidentes son la primera causa de mortalidad desde el segundo año de vida hasta los 40 años; todos los grupos de expertos recomiendan incluir consejos de seguridad específicos para cada edad en los controles de salud.

Dentro de la prevención cardiovascular se debe fomentar una dieta saludable en todos los controles de salud, una actividad física regular, el control de peso y la prevención del consumo activo y pasivo de tabaco. El cribado de colesterol total hay que realizarlo en mayores de 2 años con historia familiar de cardiopatía isquémica o padres con CT ≥ 300 mg/dl. La necesidad de controlar la PA en la infancia es controvertida.

## Lectura rápida

El alcohol, el tabaco y el cannabis son las drogas más consumidas por los adolescentes españoles. Los PPE tienen un impacto positivo y fomentan hábitos saludables. Aunque no hay trabajos que evalúen su eficacia se recomienda aconsejar contra las drogas en los controles de salud del adolescente; también se debe informar de las posibilidades de embarazo, de los métodos anticonceptivos y de los factores de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual.

No hay suficiente grado de evidencia científica para incluir o excluir el cribado de escoliosis en los adolescentes y no puede desaconsejarse la inspección visual de la espalda mediante la maniobra de Adams.

No está aconsejado realizar Mantoux de forma rutinaria en España, ya que sólo se recomienda en zonas con una prevalencia de infección mayor del 1% en escolares.

La prevención basada exclusivamente en limitar la oferta o en información sobre las drogadicciones ha tenido resultados muy pobres[29]. Los Programas de Prevención en la Escuela (PPE) tienen un impacto positivo, aunque precisan de refuerzo a medio y largo plazo[29,30]. Deben basarse en un modelo de aprendizaje social (que modifique conocimientos o creencias sobre la salud), que aumente la capacidad de resistencia "para decir no", que mejore las habilidades sociales, la resolución de problemas y la autoestima; deben hacer hincapié en los aspectos negativos a corto plazo del consumo (fumar mancha los dientes, provoca mal aliento, etc.), y sustituir los mensajes de abstinencia total por el consumo responsable[30].

No hay trabajos que evalúen la eficacia del consejo, breve y oportunista, contra el consumo de tabaco ni contra el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes[29]. La eficacia global del consejo breve contra el tabaco en adultos tiene un efecto pequeño, pero implica un importante beneficio global por la simplicidad de la intervención[31].

Los grupos de expertos recomiendan dar consejos contra las drogas en los controles de salud en función de la madurez del chico/a y sitúan el intervalo entre los 11-14 años[29]. Debe ser un mensaje positivo, ya que no les motiva hablar de salud y menos a largo plazo. Se deben utilizar estrategias que contengan aspectos estéticos, deportivos y económicos, y usar preguntas con estilo indirecto. Lo más eficaz es el consejo continuado por distintos profesionales. El consejo contra el tabaquismo pasivo debe darse en todos los controles de salud.

***Tabla 4.*** *Prevalencia de los consumos habituales de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años (porcentaje). España, 2002*

| Sustancias | Últimos 30 días |
|---|---|
| Alcohol | 55,1 |
| Tabaco | 28,8 |
| Cannabis | 22 |
| Tranquilizantes | 2,4 |
| Cocaína | 3,1 |
| *Speed*/Anfetaminas | 1,9 |
| Éxtasis | 1,7 |
| Alucinógenos | 1,3 |
| Sustancias volátiles | 1,1 |

Fuente: Encuesta sobre Drogas a Población Escolar, 2002. Observatorio Español sobre Drogas.

**Detección de las alteraciones del aparato locomotor**

No existe evidencia suficiente para recomendar o rechazar el cribado de escoliosis, por lo que mientras no se compruebe su ineficacia no puede desaconsejarse la inspección visual de la espalda mediante la maniobra de Adams en la exploración física del adolescente[3,32,33].

**Prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes**

La educación sexual debe iniciarse en la familia desde los primeros años de vida y posteriormente también en la escuela. En los controles periódicos de salud del adolescente se informará de las posibilidades de embarazo, de los métodos anticonceptivos existentes y de los factores de riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual[34]. Se fomentará el uso del preservativo. Cuando se recomiende la anticoncepción a un menor de edad, se le debe aconsejar que los padres tengan conocimiento del tratamiento, pero no es necesario su consentimiento para instaurarlo[35].

**Cribado tuberculínico**

No está aconsejado realizar Mantoux de forma rutinaria en España, ya que la prevalencia de infección es menor del 1% en escolares[36]. En los controles de salud estaría indicado en niños que llevan menos de 5 años en España y que proceden de zonas donde la infección es endémica (Asia, Oriente Medio, África, Latinoamérica, Europa del Este y Rusia), grupos de nivel socioeconómico muy bajo, hijos de adictos a drogas por vía parenteral o portadores de infección del virus del sida (HIV) y niños con inmunodeficiencias o seropositivos para HIV[36,37].

# Número de controles de salud

No hay evidencia científica sobre *el número y contenido óptimo de los controles periódicos de salud.* Es difícil conocer qué intervenciones pueden disminuir significativamente la mortalidad y la morbilidad. No se conoce la eficacia de muchas de las actividades preventivas y, frecuentemente, las recomendaciones son opiniones de expertos. La Academia Americana de Pediatría ha sido, para los pediatras españoles, el referente para realizar los programas preventivos, el número de visitas que recomienda es elevado[38]. Hay cierta evidencia científica de que una reducción del número de controles no altera los resultados en términos de salud. La US Task Force no hace ninguna recomendación sobre la cronología de los controles perió-

***Tabla 5.*** *Programa de Atención al Niño. Área 9 del IMSALUD*

| | 2 años | 4 años | 6 años | 8 años | 11 años | 14 años |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** | | | | | | |
| Peso y percentil (anotar la cifra) | | | | | | |
| Talla y percentil (anotar la cifra) | | | | | | |
| Presión arterial | | | | | | |
| Bucodental-CAOD | | | | | | |
| Agudeza visual | | | | | | |
| Estrabismo (test de Cover) | | | | | | |
| Audición | | | | | | |
| ACP | | | | | | |
| Abdomen | | | | | | |
| Desarrollo puberal | | | | | | |
| Desarrollo-psicomotor-neurológico y escolaridad | | | | | | |
| Cifosis-escoliosis | | | | | | |
| MMII-simetría, pies y marcha | | | | | | |
| Piel | | | | | | |
| Vacunación | | | | | | |
| Crisis familiares (separación, malos tratos, toxicomanías, duelos, otros) | | | | | | |
| Valoración del comportamiento alimentario | | | | | | |
| Otras actividades | | | Derivación a odontopediatra | | Derivación a odontopediatra | |
| | | | Confirmación | | Confirmación | |
| **Consejos** | | | | | | |
| Alimentación | | | | | | |
| Higiene dental y corporal | | | | | | |
| Prevención de accidentes | | | | | | |
| Tabaquismo* | | | | | | |
| Drogas-alcohol | | | | | | |
| Ejercicio físico-ocio | | | | | | |
| Consejo de protección solar | | | | | | |
| Enfermedades comunes | | | | | | |

*Anotar N si los padres no fuman y P si fuman (tabaquismo pasivo) A si es tabaquismo activo del niño.

dicos de salud[4]. En la tabla 5[1] se expone la hoja de seguimiento, entre los 2 y 14 años, del Programa de Atención al Niño del Área 9 del IMSALUD.

## Bibliografía

www.apcontinuada.com
Encontrará enlaces a los resúmenes de esta bibliografía

● Importante ●● Muy importante

Metaanálisis
Ensayo clínico controlado
Epidemiología

1. Programa de Atención al Niño. Gerencia del Área 9 Atención Primaria. Madrid: Instituto Madrileño de la Salud, 2002.
2. Bright Futures at Georgetown University. Bright Futures Guidelines for Health Supervision for Infants, Children and Adolescents. 2nd ed. [consultado 09/10/2003]. Disponible en: http://www.brightfutures.org/bf2/pdf/index.html
3. Bras i Marquillas J. Prevención en la infancia y adolescencia. Grupo PREVINFAD/PAPPS. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [consultado 12/10/2003]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/introducción.htm
4. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd and 3rd ed.: Periodic updates. [consultado 15/10/2003].Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm.
5. Canadian Task Force for Preventive Health Care. [consultado 13/10/2003]. Disponible en: http://www.ctfphc.org
6. Bras i Marquillas J. La prevención pediátrica en atención primaria de salud. Rev Pediatr Aten Primaria 2001;3:75-84.
7. Pallás Alonso CR, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Galbe Sánchez-Ventura J y Grupo PREVINFAD/PAPPS. 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.
8. Delgado Domínguez JJ. Anomalías oculares y de la visión. Grupo PREVINFAD/PAPPS. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [consultado 9/10/2003]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/Vision.htm
9. American Academy of Pediatrics (Committe on Practice and Ambulatory Medicine and Section on Ophthalmology), American Association of Certified Orthoptistd, American

## 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.**

*Guía de seguimiento clínico que recomienda la realización de distintas actividades preventivas durante la infancia y adolescencia.*

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

*Igual que la anterior se trata de una guía, centrada en el niño y la familia, que recomienda actividades preventivas durante toda la infancia y adolescencia, y se distingue por un enfoque fundamentalmente psicosocial.*

# Bibliografía recomendada

**U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd and 3rd ed.: periodic updates. Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm**

*Guía con recomendaciones basadas en la evaluación del grado de evidencia científica de la eficacia preventiva de las actividades realizadas en atención primaria.*

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

*Similar a la anterior.*

**Grupo PREVINFAD/PAPPS. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm**

*Recomendaciones preventivas del grupo español basadas en la validez y viabilidad de la realización de las diferentes actividades preventivas en nuestro medio y en nuestro sistema sanitario.*

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.
10. U.S. Preventive Task Force. Cribado de la pérdida de la agudeza visual. En: Guía de Medicina Clínica Preventiva, edición española de la U.S. Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Barcelona: Medical Trends S.L., 1998; p. 290-7.
11. ● **Vitoria Miñana I, Barutell Castillo A. Promoción de la salud bucodental. Grupo PREVINFAD/PAPPS. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [consultado 07/10/2003]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/Dental.htm**
12. U.S. Public Health Service Put Prevention into Practice. La seguridad. En: Manual de medicina clínica preventiva. Edición española de The Clinician's Handbook of Preventive services. 2nd ed. Barcelona: Medical Trends S.L., 1999; p. 146-51.
13. Bras i Marquillas J. Prevención de accidentes infantiles. Grupo PREVINFAD/PAPPS. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [consultado 10/10/2003]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/accidentes.htm
14. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent household and recreational injuries. En: Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996; p. 643-85.
15. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Prevention of household and recreational injuries in children (< 15 years of age). En: The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Canada: Minister of Supply and services, 1994; p. 306-17.
16. King WJ, Klassen TP, LeBlanc J, Bernard-Bonnin A, Robitaille Y, Pham B, et al. The effectiviness of a home visit to prevent chilhood injury. Pediatrics 2001;108:382-8.
17. Kavey RW, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, Taubert K. American Heart Association Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning in Childhood. Circulation 2003;107:1562-6.
18. ● **Steinberger J, Daniels SR. Obesity, insulin resistance, diabetes, and cardiovascular risk in children. An American Heart Association Scientific Statement From the Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee and the Diabetes Committee. Circulation 2003;107:1448-53.**
19. Berenson GS, Srinivassan SR, Bao W, Newman WP, Tracy RE, Wattigney WA. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults: the Bogalusa Heart Study. N Engl J Med 1998;338: 1650-6.
20. ●● **Woolley T, Kottke T, O'Connor P, Pine D, Bache-Wiig B, Conroy W, et al. Health Care Guideline: lipid screening in children and adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Seventh edition. [consultado 20/10/2003]. Disponible en: http://icsi.org/knowledge/browse_bydate.asp?catID=29&page=3**
21. Bras i Marquillas J. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia. Grupo PREINFAD/PAPPS. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [consultado 08/10/2003]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/Cardiovascular.htm
22. Williams C, Hayman L, Daniels S, Robinson T, Steinberger J, Paridon S, et al. American Heart Association. Cardiovascular Health in Chilhood. Circulation 2002;106:143-60.
23. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2003. Diabetes care 2003;26(Suppl 1):535.
24. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations and Rationale Screening for High Blood Pressure. Am J Med 2003;25:159-64.
25. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Lowering the blood total cholesterol level to prevent coronary heart disease. Can Med Assoc J 1993;148:521-3.
26. The American Academy of Pediatrics. Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendatios for Preventive Pediatric Health Care. Pediatrics 1995;96:373-4.
27. Dalmau J. Dislipemias. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Tomo 5. España: Asociación Española de Pediatría, 2002; p. 329-32.
28. ● **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Interior. Encuesta sobre drogas a población escolar, 2002. [consultado 09/08/2003]. Disponible en: http://www.mir.es/pnd/novedad/index.htm y http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/encuesta%20escolar%202002.ppt**
29. Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Grupo PREVINFAD/PAPPS. Web de la Asociación Española de Atención Primaria. [consultado 13/10/2003]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/drogas.htm
30. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los metaanálisis?. Rev Esp Salud Pública 2002;76:175-87.
31. Silagy C, Stead LI. Physician advice for smoking cessation. (Translated Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
32. Goldbloom RB. Screening for idiopathic adolescent scoliosis. En: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; p. 346-54.
33. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for adolescent idiopathic scoliosis. En: Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996; p. 517-29.
34. Colomer Revuelta J. Prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Grupo PREVINFAD/PAPPS. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [consultado 06/10/2003]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/rec_embarazo.htm
35. Benítez Rubio MR, Medranda de Lázaro MI, Pizarro Hernández C. Anticoncepción en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria 2003;5:89-114.
36. Pericas Bosch J. Tuberculosis infantil. Cribado tuberculínico. Grupo PREVINFAD/PAPPS. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [consultado 09/10/2003]. Disponible en: http://aepap.org/previnfad/TBC.htm
37. Orejón de Luna G. Atención al niño de origen extranjero desde la consulta de Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 33-43.
38. American Academy of Pediatrics (Committee on Practice and Ambulatory Medicine). Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Policy Statement. Pediatrics 2000: 105:645.