

PROTOCOLO

DE

ATENCIÓN AL PREESCOLAR

Este protocolo está totalmente elaborado a partir de la Guía y Anexos del Programa del Preescolar presentado recientemente para Atención Primaria en Zaragoza (1992). Contiene asimismo las sugerencias y recomendaciones elaboradas a partir del taller realizado a tal efecto.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1.- OBJETIVOS	4
2.- POBLACIÓN DIANA	6
3.- ACTIVIDADES	8
4.- SISTEMA DE REGISTRO	10
5.- GUÍA DE VISITAS PROGRAMADAS:	
<i>Visita de los 3 años</i>	13
<i>Visita de los 4 años</i>	17
<i>Visita de los 5 años</i>	21
 <u>ANEXOS:</u>	
<i>Anexo I Trastornos pondo-estaturales</i>	26
<i>Anexo II Salud Bucodental</i>	36
<i>Anexo III Trastornos del aparato locomotor</i>	41
<i>Anexo IV Trastornos sensoriales</i>	48
<i>Anexo V Valoración del desarrollo psicomotor</i>	53
<i>Anexo VI Signos precursores de enfermedad</i>	57
<i>Anexo VII Accidentes</i>	62
 • HOJA DE REGISTRO	 72

1



OBJETIVOS

1.1.- Detectar nuevos problemas de salud y proceder al seguimiento de los ya existentes.

1.2.- Valorar el adecuado desarrollo físico y psicomotor del niño y proceder a la detección precoz de las disfunciones.

1.3.- Favorecer la adquisición de hábitos saludables referentes a alimentación, higiene, sueño y salud bucodental.

1.4.- Fomentar una adecuada relación padres-niño.

1.5.- Brindar consejos de educación para la salud.

2



POBLACIÓN DIANA

Todos los niños de 2 a 5 años de la Zona Básica de Salud, según la población estimada del censo o de la actualización del padrón correspondiente.

3



ACTIVIDADES

3.1.-CAPTACIÓN.

Principalmente del servicio de atención al lactante.

3.2.-VISITAS.

Las consultas serán programadas y realizadas por el médico-pediatra y/o enfermera.

Médico-Pediatra (3 y 5 años)

A.T.S./D.U.E. (4 años)

3.3.-PROCEDIMIENTOS.

Los contenidos en la guía de procedimientos perteneciente al Programa Marco de Atención al Preescolar.

4



SISTEMA DE REGISTRO

Recordar la necesidad de registrar en la H. Clínica los resultados del interrogatorio y exploraciones practicadas, como mínimo los contenidos en las Normas Técnicas, peso, talla y percentiles correspondientes, exploración de miembros inferiores, exploración sensorial, bucodental y desarrollo psicomotor, así como los consejos de cepillado y consumo de azúcares refinados, consejos sobre alimentación e higiene, salud bucodental y prevención de accidentes. Para ello, se ofrece en este protocolo una hoja de registro específica del servicio.

Para el control y seguimiento activo de los niños captados en el servicio se contará con un fichero ordenado por edad y sexo, procedente del seguimiento del lactante, que permitirá el conocimiento de la cobertura y la identificación de los casos para la evaluación.

5



GUÍA DE VISITAS PROGRAMADAS

VISITA DE LOS 3 AÑOS

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita realizada en Consulta Programada en el Centro de Salud a los 3 años.

2.-NORMAS.

- ◇ *La visita la realizará el Pediatra en Consulta Programada previa citación.*
- ◇ *Duración aproximada de 30 minutos.*
- ◇ *Mantener una actitud positiva ante los logros del niño y reforzar a padres o cuidadores en su funciones.*

3.-PROCEDIMIENTOS.

3.1.-REVISIÓN DE LA HISTORIA ANTERIOR:

- ◇ *Hoja de listado de problemas.*
- ◇ *Ficha de edad y sexo.*
- ◇ *Calendario vacunal.*
- ◇ *Registro de exploración dental.*
- ◇ *Registro de Programa del Lactante.*

3.2.-ANAMNESIS:

- ◇ *Procesos intercurrentes.*
- ◇ *Posibles problemas detectados anteriormente.*
- ◇ *Hábitos:*
 - *Alimentación:*
¿Come solo? ¿Qué come? ¿Cuánto tarda? ¿Le fuerzan? ¿Chucherías?
 - *Higiene:*
Baño. Lavado de manos y dientes. ¿Toma flúor?
 - *Eliminación y excretas:*
¿Control diurno? ¿Control nocturno? ¿Con qué frecuencia?
 - *Sueño:*
¿Cuánto duerme? ¿Duerme bien? ¿Duerme solo? ¿Miedo? ¿Terrores nocturnos?
 - *Ocio y actividad:*
T.V., paseos, juegos
 - *Preguntar si usa chupete o biberón.*
- ◇ *Conducta: ¿Cómo es? ¿Qué le gusta? Rabietas.*
- ◇ *Accidentes: N° de accidentes, circunstancias y tipo de las lesiones ocurridas hasta los 3 años.*
- ◇ *Escolarización: ¿Desde cuándo? ¿Va contento? ¿Bien adaptado?.*

◇ *Hábitos tóxicos en la familia.*

3.3.-EXPLORACIÓN:

◇ *Antropometría: Peso y talla. P. Cefálico si no se ha medido en el nacimiento (Ver Anexo I).*

◇ *Exploración física:*

- *Estado general*
- *Auscultación C/P*
- *Abdomen*
- *Genitales*
- *Bucodental (Ver Anexo II)*
- *Faringe*
- *Sistema linfático*
- *Aparato locomotor (Ver Anexo III):*
 - *Podoscopia*
 - *Rodillas*

◇ *Exploración sensorial (Ver Anexo IV):*

- *Anamnesis sobre molestias oculares y posibles defectos visuales. "Signos de alarma"*
- *Otoscopia*
- *Inspección de ojo y anejos*
- *Despistaje subjetivo de hipoacusia*
- *Hirschberg y Cover test*
- *Despistaje de ambliopías severas*

◇ *Evaluación psicomotriz (Ver Anexo V):*

- *Motor:*
 - *TODOS pueden mantenerse sobre un solo pie, al menos un segundo*
 - *TODOS construyen torres de seis cubos*
 - *Suben las escaleras alternando los pies*
 - *Montan en triciclo*
 - *Salta en el sitio*
- *Adaptativo:*
 - *TODOS imitan un círculo*
 - *Pintan una cruz*
 - *Imitan la construcción de un puente con 3 cubos*
- *Lenguaje:*
 - *Da su nombre*
 - *Sabe su edad y sexo*
 - *TODOS señalan partes de su cuerpo*
 - *TODOS usan plurales*
- *Social:*
 - *TODOS se ponen los zapatos*
 - *TODOS se lavan las manos*
 - *Juegos en compañía*

- *Se viste vigilado*

3.4.-DERIVACIÓN:

- ◇ *Niños con alto riesgo de patología auditiva (ver Anexo IV).*
- ◇ *Patología detectada, tanto aguda como crónica, que lo requiera.*
- ◇ *Caries.*
- ◇ *Patología sensorial detectada.*
- ◇ *Patología de pies y rodillas.*
- ◇ *Malformaciones genitales no tratadas.*
- ◇ *Trastornos del desarrollo psicomotor.*
- ◇ *Niño multiaccidentado (T. Social).*
- ◇ *Niño con ambiente sociofamiliar de riesgo (T. Social).*
- ◇ *Alteraciones pondoestaturales (ver Anexo I).*

3.5.-MEDIDAS PREVENTIVAS:

- ◇ *En caso de calendario vacunal incompleto, VACUNAR.*
- ◇ *Profilaxis con flúor con dosis de 1 mg/día.*

3.6.-EDUCACIÓN PARA LA SALUD.- CONTENIDOS:

- ◇ *Características de la edad.*
- ◇ *Estímulos adecuados:*
 - *Juegos: pelotas, triciclos, construcciones, puzzles grandes, plastilina*
 - *Cuentos: leídos por los mayores*
 - *Socialización en parques, guarderías, otros niños*
 - *T.V. controlada*
 - *Estimular su lenguaje haciéndole participar en conversaciones, ejercitar su verbalización*
- ◇ *Alimentación:*
 - *El niño debe de comer solo. Alimentos troceados*
 - *Debe de comer con el resto de la familia, sin juegos ni T.V.*
 - *Tener en cuenta que sus necesidades alimenticias no son grandes, pero la dieta debe ser equilibrada. "No ceder ante caprichos"*
 - *Comer preferentemente verduras, frutas, legumbres, carne poco grasa, pescados y aceites vegetales. Evitar la alimentación exclusiva de productos lácteos. Cantidad aconsejada de leche, alrededor de 500 c.c. (puede sustituirse por derivados lácteos)*
 - *Evitar comer entre horas, sobre todo chucherías y bollería industrial*
 - *Evitar el consumo excesivo de dulces y sal (alimentos precocinados y salazones)*
- ◇ *Higiene:*
 - *Insistir en el baño o ducha diarias. Higiene genital*
 - *Lavado de manos antes de las comidas*

- *Cepillado de dientes sin pasta después de las comidas*
- *A esta edad el control de esfínteres diurno debe ser completo. El nocturno, si no lo ha logrado, debe de estimularse*
- *Casa bien ventilada*
- *Recordar los peligros del fumador pasivo*
- *Evitar el excesivo abrigo*
- *Cambio diario de ropa interior y semanal de ropa de cama*
- ◇ *Sueño:*
 - *Debe de dormir, al menos, 10 horas y, si el niño lo solicita, una siesta*
 - *Es aconsejable una hora fija para ir a la cama y evitar los estímulos excesivos dos horas antes de dormir (cosquillas, T.V., etc.)*
 - *La habitación será ventilada, oscura y aislada de ruidos*
 - *El niño dormirá solo. En caso de trastorno funcional del sueño la actitud de los padres debe de ser firme y negociadora puerta abierta, luz poco luminosa, etc.) y sin transigir en el abandono de su habitación*
- ◇ *Conducta:*
 - *Iniciar las relaciones fuera de la familia*
 - *Refuerzo de conductas positivas y mostrar indiferencia sobre lo que se quiere eliminar*
 - *Celos: intentar que el niño no obtenga ningún beneficio con su demostración de celos (no premiar los celos)*
 - *Advertir al niño que cuando pida bien las cosas se le darán. Sin amenazas y con tranquilidad*
 - *La masturbación es una fase en los niños de esta edad. No darle importancia. Evitar la recriminación*
- ◇ *Accidentes (Ver Anexo VII):*
 - *Golpes y caídas:*
Baños, ventanas, terrazas, zonas de juego (toboganes y columpios). Vigilancia adecuada
 - *Tráfico:*
Seguir utilizando sillón en el asiento de atrás o cinturón
Por la calle ir de la mano de un adulto
 - *Intoxicaciones:*
Medicamentos. Productos de limpieza
 - *Quemaduras:*
Escaldaduras y líquidos calientes
 - *Ingestión de cuerpos extraños y asfixia:*
Cuidado con los frutos secos y juguetes pequeños
 - *Inmersión:*
Aconsejar y estimular enseñanza de natación
 - *Diagnóstico diferencial con malos tratos*

3.7.-RESPONDER A CUESTIONES PLANTEADAS POR LOS PADRES.

3.8.-RECORDAR LA PRÓXIMA VISITA A LOS 4 AÑOS.
VISITA DE LOS 4 AÑOS

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita realizada a los 4 años en Consulta Programada en el Centro de Salud.

2.-NORMAS.

- ◇ *La visita la realizará la Enfermera en Consulta Programada previa citación.*
- ◇ *Duración aproximada de 30 minutos.*
- ◇ *Mantener una actitud positiva ante los logros del niño y reforzar a los padres en su función.*

3.-PROCEDIMIENTOS.

3.1.-REVISIÓN DE LA HISTORIA ANTERIOR:

- ◇ *Hoja de listado de problemas.*
- ◇ *Ficha de edad y sexo.*
- ◇ *Calendario vacunal.*
- ◇ *Registro de exploración bucodental.*
- ◇ *Registro de Programa del Niño.*

3.2.-ANAMNESIS:

- ◇ *Procesos intercurrentes.*
- ◇ *Posibles problemas detectados anteriormente.*
- ◇ *Hábitos:*
 - *Alimentación:*
¿Come solo? ¿Qué come? ¿Cuánto tarda? ¿Le fuerzan?
 - *Higiene:*
Baño. Lavado de manos y dientes. ¿Toma flúor?
 - *Eliminación y excretas:*
Enuresis, estreñimiento
 - *Sueño:*
¿Cuántas horas duerme? ¿A qué hora se acuesta? ¿Miedo? ¿Terror nocturnos? ¿Pesadillas?
 - *Ocio y actividad:*
Tiempo de T.V., aire libre, fin de semana
- ◇ *Conducta: ¿Cómo es el niño? ¿Qué le gusta? ¿Se relaciona bien con otros niños? ¿y con sus hermanos? Rabietas. Celos. Autonomía.*
- ◇ *Accidentes: N° de accidentes, circunstancias y tipo de las lesiones ocurridas en el período entre los 3 años y 4 años.*
- ◇ *Escolarización: ¿Va a guardería? ¿Aprende bien? ¿Va contento? ¿Bien adaptado?.*

◇ *Hábitos tóxicos en la familia.*

3.3.-EXPLORACIÓN:

◇ *Antropometría: Peso y talla. (Ver Anexo I).*

◇ *Exploración física:*

– *Estado general*

– *Bucodental (Ver Anexo II):*

• *Caries*

• *Mucosas*

• *Maloclusión*

– *Genitales*

– *Aparato locomotor (Ver Anexo III):*

• *Podoscopia*

• *Rodillas*

• *Columna vertebral*

◇ *Exploración sensorial (Ver Anexo IV):*

– *Anamnesis*

– *Informe escolar si procede*

– *Otoscopia (tapones)*

– *Audioscopia o examen subjetivo de la audición*

– *Ojos y anejos*

– *Hirschberg y Cover test*

– *Optotipos adaptados a la edad*

◇ *Evaluación psicomotriz (Ver Anexo V):*

– *Motor:*

• *Salta sobre un pie*

• *TODOS aguantan sobre un pie 5 minutos*

• *Lanza pelota sobre cabeza*

• *Trepa bien*

– *Adaptativo:*

• *TODOS copian una cruz*

• *Dibuja un hombre con tres partes*

• *Señala una línea más larga 3 veces sobre 3*

– *Lenguaje:*

• *TODOS comprenden “frío”, “cansado”, etc.*

• *Entiende tres preposiciones: encima, debajo, delante*

• *Reconoce tres colores*

• *Cuenta cuatro monedas u objetos*

– *Social:*

• *Se desviste solo*

• *Se aparta sin protestar de la madre*

• *Se viste sin vigilancia*

• *Va solo al cuarto de baño*

– *Despistaje:*

• *Tensión arterial (Ver Anexo VI): Se tomará T.A. en caso de no haberlo hecho a los 2 años*

- *Tiras reactivas en orina*

3.4.-DERIVACIÓN:

- ◇ *Ante cualquier problema detectado derivar a consulta pediátrica.*
- ◇ *Derivar a Programas de Salud Bucodental si se detecta patología.*

3.5.-MEDIDAS PREVENTIVAS:

- ◇ *Aporte profiláctico de flúor a dosis de 1 mgr./día.*
- ◇ *En caso de calendario vacunal incompleto, vacunar.*

3.6.-EDUCACIÓN PARA LA SALUD.- CONTENIDOS:

- ◇ *Características de la edad.*
- ◇ *Estímulos adecuados:*
 - *Juegos: pelotas, triciclos, plastilina, puzzles, construcciones*
 - *Cuentos: leérselos hasta que el niño sea capaz de hacerlo*
 - *Canciones: acostumbrarlo a la música*
 - *Lenguaje: estimularlo, llamar a las cosas por su nombre*
 - *T.V. controlada, comentada, ofrecer otras alternativas*
- ◇ *Alimentación:*
 - *Debe de comer con el resto de la familia, sin T.V.*
 - *No dar nada entre comidas*
 - *Evitar el consumo excesivo de sal y azúcares*
 - *Evitar la alimentación exclusiva de productos lácteos. Cantidad aconsejada de leche, alrededor de 500 c.c. (puede sustituirse por derivados lácteos)*
 - *Dieta equilibrada. Insistir en el consumo de verduras, frutas, legumbres, carne poco grasa, aceites vegetales y pescados*
- ◇ *Higiene:*
 - *Baño y/o ducha diario. Higiene de genitales*
 - *Lavado de manos antes de las comidas y después de ir al baño*
 - *Cepillado y corte de uñas*
 - *Cepillado de dientes después de todas las comidas, sin pasta*
 - *Casa bien ventilada*
 - *Cambio diario de ropa interior y semanal de ropa de cama*
 - *Evitar el excesivo abrigo*
 - *Aconsejar calzado adecuado*
 - *Recordar los peligros del fumador pasivo*
- ◇ *Sueño:*
 - *Debe de dormir, al menos, 10 horas*
 - *Recomendar hora fija para ir a dormir, sobre todo en niños con trastornos del sueño. Ambiente tranquilo al menos dos horas antes de acostarse*

- *Debe de dormir solo en la cama. Habitación ventilada*
- ◇ *Conducta:*
 - *Estimular autonomía*
 - *Facilitar contacto con otros niños*
 - *Establecer normas y límites claros. Evitar castigos. Reforzar conductas positivas*
 - *Comentar con los padres la importancia de que ambos participen en la educación de los niños. Mantener una línea coherente entre ambos, incluso en el colegio o guardería*
 - *Curiosidad por las diferencias entre sexos, juegos de autoexploración entre ellos. No recriminar*
- ◇ *Accidentes (Ver Anexo VII):*
 - *Golpes y caídas:*
Baños, ventanas, zonas de juego (toboganes y columpios)
 - *Tráfico:*
Cinturón. Como peatón
 - *Intoxicaciones:*
Medicamentos. Productos de limpieza
 - *Quemaduras:*
Escaldaduras y líquidos calientes
 - *Ingestión de cuerpos extraños y asfixia*
 - *Inmersión:*
Estimular enseñanza de natación
 - *Diagnóstico diferencial con malos tratos*

3.7.-RESPONDER A CUESTIONES PLANTEADAS POR LOS PADRES:

Recomendar un tiempo personal para los padres y otro tiempo dedicado al niño.

3.8.-RECORDAR LA PRÓXIMA VISITA A LOS 5 AÑOS.

VISITA DE LOS 5 AÑOS

1.-DEFINICIÓN.

Es la visita realizada a los 5 años en Consulta Programada en el Centro de Salud.

2.-NORMAS.

- ◇ *La visita la realizará el Pediatra en Consulta Programada previa citación.*
- ◇ *Duración aproximada de 30 minutos.*
- ◇ *Mantener una actitud positiva ante los logros del niño.*

3.-PROCEDIMIENTOS.

3.1.-REVISIÓN DE LA HISTORIA ANTERIOR:

- ◇ *Hoja de listado de problemas.*
- ◇ *Calendario vacunal.*
- ◇ *Registro de exploración bucodental.*
- ◇ *Registro de Programa del Niño.*

3.2.-ANAMNESIS:

- ◇ *Procesos intercurrentes.*
- ◇ *Posibles problemas detectados anteriormente.*
- ◇ *Hábitos:*
 - *Alimentación:*
¿Dónde come? ¿Cómo come? ¿Cuánto tarda? ¿Le fuerzan?
Distribución de las comidas
 - *Higiene:*
Baño diario. Lavado de manos y dientes. ¿Toma flúor?
 - *Eliminación y excretas:*
Enuresis, estreñimiento
 - *Sueño:*
¿Qué tal duerme? ¿A qué hora se acuesta? ¿Cuántas horas duerme? ¿Miedos?
¿Terrores nocturnos? ¿Pesadillas?
 - *Ocio y actividad:*
¿Va contento al colegio? ¿Aprende bien? ¿Se relaciona bien con otros niños?
T.V. Aire libre. Fines de semana
- ◇ *Conducta: ¿Cómo es el niño? ¿Juega con otros niños? ¿Que tal se lleva con sus hermanos?. Autonomía.*
- ◇ *Accidentes:*
 - *Nº de accidentes, circunstancias y tipo.*

3.3.-EXPLORACIÓN:

- ◇ *Antropometría (Ver Anexo I):*
 - *Peso y talla*
 - *P. Cefálico si no se ha medido anteriormente*
- ◇ *Exploración física:*
 - *Estado general*
 - *Auscultación C/P*
 - *Abdomen*
 - *Genitales*
 - *Bucodental (Ver Anexo II)*
 - *Faringe*
 - *Sistema linfático*
 - *Aparato locomotor (Ver Anexo III):*
 - *Pies*
 - *Rodillas*
 - *Columna vertebral*
- ◇ *Exploración sensorial (Ver Anexo IV):*
 - *Anamnesis*
 - *Otoscopia*
 - *Ojos y anejos*
 - *Audioscopia o examen subjetivo de la audición*
 - *Hirschberg y Cover test*
 - *Optotipos*
- ◇ *Evaluación psicomotriz (Ver Anexo V):*
 - *Motor:*
 - *TODOS saltan sobre un pie*
 - *Aguantan en un pie*
 - *Coge la pelota al rebote*
 - *Adaptativo:*
 - *Copia cuadrado*
 - *TODOS imitan modelo de cubos*
 - *TODOS dibujan un hombre de tres partes*
 - *Dibuja hombre de seis partes*
 - *Lenguaje:*
 - *Reconoce cuatro colores*
 - *Define por su uso tenedor, muñeca y lápiz*
 - *Analogías opuestas dos entre tres: papá es un hombre, mamá es ... Un caballo grande, un ratón ... El fuego es caliente, el hielo ...*
 - *Social:*
 - *TODOS se visten sin vigilancia*
 - *Prefieren el juego en grupo*
 - *Preguntan sobre el significado de las palabras*

3.4.-DERIVACIÓN:

- ◇ *Trastornos sensoriales detectados recientemente.*
- ◇ *Patología genital:*
 - *Anomalías de nueva detección*
 - *Anomalías ya detectadas y no derivadas*
 - *Fimosis*
 - *Adherencias balanoprepuciales*
 - *Frenillo hipertrófico*
- ◇ *Déficit del desarrollo psicomotor.*
- ◇ *Patología aguda o crónica que lo requiera.*
- ◇ *Caries.*
- ◇ *Trastornos pondoestaturales.*
- ◇ *Patología de:*
 - *Pies*
 - *Rodillas*
 - *Columna vertebral*
- ◇ *Trastornos del lenguaje (logopedia).*
- ◇ *Al Trabajador Social: niños con ambiente socio-familiar de riesgo y los niños multiaccidentados.*

3.5.-MEDIDAS PREVENTIVAS:

- ◇ *Aporte profiláctico de flúor a dosis de 1 mgr./día.*
- ◇ *En caso de calendario vacunal incompleto, vacunar.*

3.6.-EDUCACIÓN PARA LA SALUD.- CONTENIDOS:

- ◇ *Características de la edad.*
- ◇ *Estímulos adecuados:*
 - *Juegos: favorecer juegos con otros niños, bicicleta, construcciones, muñecas, puzzles, colores, plastilina, disfraces*
 - *Cuentos: leerle hasta que el niño sea capaz de hacerlo solo. Canciones*
 - *Lenguaje: estimularlo, llamar a las cosas por su nombre*
 - *T.V. controlada, comentada, ofrecer otras alternativas*
 - *Corregir infantilismos en el lenguaje. Llamar a las cosas por su nombre*
- ◇ *Alimentación:*
 - *Insistir en que coma solo*
 - *Evitar juegos y shows en el tiempo de la comida*
 - *Comer con el resto de la familia, sin T.V.*
 - *No dar nada entre comidas: chucherías, bollería industrial*

- *La dieta será equilibrada. Cada niño tiene su medida*
- *Insistir en dietas ricas en: verduras, frutas, legumbres, carnes magras y pescados. Aceites vegetales*
- *Controlar consumo de azúcar y sal*
- *Evitar la alimentación exclusiva de productos lácteos. Cantidad aconsejada de leche, alrededor de 500 c.c. (puede sustituirse por derivados lácteos)*
- ◇ *Higiene:*
 - *Insistir en el baño o ducha diarios. Higiene de genitales*
 - *Lavado de manos antes de las comidas*
 - *Cepillado de dientes sin pasta después de las comidas*
 - *Cambio diario de ropa interior y semanal de ropa de cama*
 - *Casa bien ventilada*
 - *Recordar los peligros del fumador pasivo*
 - *Evitar el excesivo abrigo*
- ◇ *Sueño:*
 - *Descanso nocturno de, al menos, 10 horas*
 - *Es aconsejable una hora fija para ir a dormir*
 - *Recomendar ambiente tranquilo en las dos horas antes de dormir*
 - *Habitación ventilada, oscura y sin ruido*
- ◇ *Conducta:*
 - *Estimular su autonomía (dar responsabilidades)*
 - *Facilitar su contacto con otros niños*
 - *Reforzar actitudes positivas*
 - *Necesitan del modelo del padre y de la madre para desarrollar su propia identidad sexual y, posteriormente, sus relaciones con los miembros del sexo opuesto*
 - *Los padres deben buscar tiempo para “salir” con los hijos*
 - *Deben interesarse los padres por las tareas del colegio*
- ◇ *Accidentes (Ver Anexo VII):*
 - *Golpes y caídas: Tijeras, cuchillos*
 - *Tráfico: Peatón y bicicleta*
 - *Quemaduras: Manipulación de cerillas y mecheros*
 - *Intoxicaciones: Cuidado con productos escolares*
 - *Armas de fuego*
 - *Inmersión: Insistir en la necesidad de aprender a nadar*

3.7.-RESPONDER A CUESTIONES PLANTEADAS POR LOS PADRES.

ANEXOS

ANEXO I

TRASTORNOS PONDO-ESTATURALES

El crecimiento es un proceso dinámico que se inicia en la fecundación y se desarrolla a lo largo de toda la infancia.

Esta etapa (2-7 años) podemos considerarla de crecimiento estable. Los aumentos de peso y altura son relativamente constantes, con ganancias de alrededor de 2 Kgs./año y 6-8 cms./año y la mayoría de los niños van haciéndose más delgaditos a medida que se aleja la época del lactante. El niño va equilibrando peso y talla.

El control del crecimiento debe comenzar con:

1.-ANAMNESIS FAMILIAR.

- ◇ *Talla de ambos padres, a ser posible midiéndolos nosotros mismos.*
- ◇ *Existencia de baja talla y obesidad familiar.*
- ◇ *Desarrollo puberal de padres y hermanos.*
- ◇ *Condiciones socioeconómicas y ambiente familiar.*
- ◇ *Presencia de enfermedades hereditarias con dismorfias o displasias óseas.*

2.-ANAMNESIS PERSONAL.

- ◇ *Embarazo y parto.*
- ◇ *Peso y talla al nacer.*
- ◇ *Test de APGAR.*
- ◇ *Presencia de anoxia y crisis convulsivas neonatales.*
- ◇ *Tratamientos prolongados en períodos anteriores.*
- ◇ *Enfermedades intercurrentes en la época de lactante.*
- ◇ *Valoración del crecimiento en los dos primeros años.*
- ◇ *Alimentación actual.*

3.-EXPLORACIÓN FÍSICA.

3.1.-MEDIDA DE LA TALLA:

Debe realizarse a partir de los dos años de edad con el niño de pie, con los pies juntos, con los talones bien apoyados, rodillas estiradas y mirando al frente horizontalmente, efectuando una tracción de la cabeza hacia arriba a nivel de la nuca. La pieza horizontal del tallímetro se desliza horizontalmente hasta tocar el vértex.

Para evitar al máximo los errores debe usarse el mismo tallímetro y ser efectuada la medida por los mismos observadores.

3.2.-MEDIDA DEL PESO:

Debe colocarse al niño sobre la báscula, desprovisto de ropas y sin apoyarse en sitio alguno.

La báscula debe revisarse previamente, asegurándose que está equilibrada.

3.3.-VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL:

Existen métodos diversos para la valoración de la grasa corporal, muchos de ellos caros y laboriosos.

En Atención Primaria son recomendables métodos quizás menos exactos, aunque bien correlacionados con la grasa corporal.

En el control del niño normal es suficiente el análisis de las gráficas de peso y talla como cuantificación del grado de obesidad. Consideramos ideal que el peso y la talla estén en el mismo percentil, admitiendo diferencias de un percentil entre ambos.

Desde el punto de vista práctico definiremos:

$$\% \text{ EXCESO DE PESO: } \frac{\text{Peso actual} - \text{Peso ideal referido a la talla}}{\text{Peso actual}} \times 100$$

En los niños que se detecte exceso de peso superior al 10% debe medirse el pliegue tricipital y subescapular como método que presente una mayor correlación con la grasa corporal.

3.3.1.- Medida del pliegue tricipital:

Se mide con un calibrador de presión continua en la distancia media entre el olécranon y el acromion del brazo izquierdo, los dedos pulgar e índice del examinador toman un pellizco de piel y tejido subcutáneo manteniendo la presión del calibrador durante tres segundos y efectuando la medida.

3.3.2.- Medida del pliegue subescapular:

Se mide de la misma forma que el tricipital, inmediatamente por debajo del ángulo inferior de la escápula izquierda en su parte interna. Todos los datos obtenidos deben reflejarse en gráficas percentiladas para la edad y sexo.

Existen gráficas de peso, edad y pliegues para cada sexo. Deben usarse gráficas previamente contrastadas. Se aconseja unificar criterios para generalizar el uso de las mismas gráficas en toda la población aragonesa.

El crecimiento es un proceso dinámico y es el control sucesivo, verificando que el niño crece en el mismo percentil (velocidad de crecimiento normal), lo que asegura que el desarrollo se realiza correctamente.

3.4.-CÁLCULO DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO:

Se calcula dividiendo el incremento de la talla en dos mediciones sucesivas por el tiempo transcurrido entre ellas. Debe referirse en centímetros por año y comparar la cifra obtenida con las gráficas percentiladas de velocidad de crecimiento.

Aunque el objetivo de este programa es el niño sano, por ser la talla y la obesidad problemas que deben ser en su mayor parte controlados en Atención Primaria, se adjunta una guía de manejo de ambos problemas.

4.-PROTOCOLO DE MANEJO DE BAJA TALLA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

El estudio de baja talla debe iniciarse con la realización de historia clínica dirigida.

4.1.-ANTECEDENTES FAMILIARES:

4.1.1.- Talla paterna y materna:

Se puede calcular la Talla Media Familiar (talla paterna + talla materna/2) para relacionarla con la talla del niño con la gráfica de Tanner, o bien puede calcularse la Talla Diana (target height) que es la zona teórica donde suele llegar la talla del niño según la talla familiar. Se calcula según la siguiente fórmula:

$$\text{Para varones: } \frac{T. \text{ padre} + T. \text{ madre} + 13}{2} \pm 8,5$$

$$\text{Para hembras: } \frac{T. \text{ padre} + T. \text{ madre} - 13}{2} \pm 8,5$$

4.1.2.- Existencia de bajas tallas familiares.

4.1.3.- Desarrollo puberal de padres y hermanos, menarquía materna y cambios puberales paternos.

4.1.4.- Condiciones socioeconómicas y ambiente familiar.

4.2.-ANTECEDENTES PERSONALES:

4.2.1.- Embarazo y parto.

4.2.2.- Peso y talla al nacer.

4.2.3.- Valoración del crecimiento previo.

4.2.4.- Valoración nutricional.

4.2.5.- Desarrollo psicomotor.

4.3.-EXPLORACIÓN FÍSICA:

4.3.1.- Valoración del estado de nutrición y aspecto en general.

4.3.2.- Peso, talla y medida de pliegues.

4.3.3.- Exploración completa observando, especialmente, si detectamos dismorfias o malformaciones.

4.4.-EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Determinación de la maduración ósea: se valora mediante Rx de mano izquierda. El grado de maduración de los huesos de la mano y carpo izquierdo, permite determinar la edad del esqueleto. Existen varios métodos de valoración, los más usados son: GREULICH-PYLE (comparación con el atlas radiológico), TANNER-WHITEHOUSE (método numérico). La primera permite obtener el pronóstico de crecimiento con las tablas de Bayley Pinneau para obtener el pronóstico de talla adulta.

Se acepta como normal una variación de más-menos un año entre la edad ósea y cronológica. Cualquier variación superior o inferior a este límite se considera adelantada o retrasada.

4.5.-DIAGNÓSTICO:

Con los datos obtenidos, junto con un control a los 4 ó 6 meses para valorar velocidad de crecimiento (puede hacerse en la primera consulta si disponemos de tallas previas), podemos diagnosticar alrededor del 80% de los retrasos de crecimiento, que corresponden a dos entidades: talla baja familiar y retraso constitucional del crecimiento.

4.5.1.- Talla baja familiar:

Es la causa más frecuente de talla baja de herencia poligénica. Con velocidad de crecimiento normal (en el límite bajo), la curva de crecimiento es paralela a la curva de la gráfica y la edad ósea que corresponde a la cronológica. La talla está en los límites normales cuando se valora en función de los padres o talla media familiar. Sin embargo, si la talla media familiar está por debajo del P_3 ó gran parte de la zona diana está por debajo del P_3 , el diagnóstico de déficit familiar de GH no puede ser excluido y el niño debe ser evaluado por un especialista.

4.5.2.- Retraso constitucional del crecimiento (cronopatía):

Es la segunda causa de baja talla. Existen antecedentes de retraso de crecimiento en la familia (menarquía tardía o pubertad tardía en los padres). Se trata de un fenómeno de enlentecimiento del ritmo de maduración lo que lleva a un retraso de la edad ósea respecto a la cronológica y, por tanto, a un retraso de la pubertad. La curva de crecimiento está desviada a la derecha. La talla final suele ser normal.

El 20% restante de los hipocrecimientos estarán encuadrados entre las siguientes causas:

a) Retraso del crecimiento primario (anomalías intrínsecas de los tejidos de crecimiento):

- * *Displasias esqueléticas*
- * *Anomalías cromosómicas*
- * *Síndromes dismórficos asociados a retardo del crecimiento*
- * *Retraso del crecimiento intrauterino*
- * *Irradiación del cartílago de crecimiento*

b) Retraso del crecimiento secundario:

- * *Malnutrición*
- * *Enfermedad crónica*
- * *Enanismo psicosocial*
- * *Trastornos endocrinos:*
 - *Déficit de hormona de crecimiento*
 - *Hipopituitarismo secundario (disfunción hipotalámica)*
 - *Resistencia a la hormona del crecimiento*
 - *Resistencia a las somatomedinas*
 - *Hipotiroidismo*
 - *Hipercorticismos*
 - *Pseudohipoparatiroidismo*

Para la orientación de estos casos, dependiendo de nuestras posibilidades y recursos, podemos solicitar los siguientes exámenes complementarios:

- * Analítica general:*
 - Hemograma, velocidad de sedimentación*
 - Función renal (urocultivo, test de concentración)*
 - Función hepática*
 - Malabsorción*
 - Test del sudor*
 - Analítica hormonal*
 - Cariotipo*

4.6.-CONTROL Y SEGUIMIENTO:

Los casos diagnosticados de talla baja familiar o cronopatía deben ser controlados con:

- 4.6.1.- Somatometría semestral.*
- 4.6.2.- Control del desarrollo puberal de forma semestral.*
- 4.6.3.- Control de la edad ósea anual.*

4.7.-CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL ENDOCRINÓLOGO PEDIATRA:

- 4.7.1.- Talla inferior al P₃, si no corresponde a talla baja familiar o cronopatía o si el niño es mayor de siete años.*
- 4.7.2.- Velocidad de crecimiento inferior al P₁₀.*
- 4.7.3.- Retraso de la maduración ósea mayor de 2,5 años con respecto a la cronológica si va acompañada de talla baja.*
- 4.7.4.- Niño disarmónico o dismórfico.*
- 4.7.5.- Talla para la talla familiar por debajo del P₃.*
- 4.7.6.- Ansiedad familiar.*

5.-PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL.

La obesidad es la forma más común de malnutrición en los países desarrollados. Su prevalencia en la población prepúber aragonesa es, aproximadamente, del 6%. La importancia de la obesidad como factor de riesgo incrementado para diversas patologías médicas, ortopédicas y psicológicas, justifica la necesidad de prevenir y controlar el problema en fases tempranas.

5.1.-DEFINICIÓN:

Se define como obesidad el exceso de grasa corporal. Los métodos exactos de cuantificación de la grasa son complejos. En nuestro medio consideramos como suficiente el cálculo del exceso de peso realizado según la siguiente fórmula:

$$\% \text{ EXCESO DE PESO: } \frac{\text{Peso actual} - \text{Peso ideal referido a la talla}}{\text{Peso actual}} \times 100$$

Definimos como sobrepeso cuando exista un exceso de peso mayor del 10% para su talla, edad y sexo.

Hablamos de obesidad cuando el exceso de peso para la talla, edad y sexo supera el 20%.

Incluiremos en el protocolo aquellos niños que tengan un exceso superior al 10%.

5.2.-ETIOLOGÍA:

La inmensa mayoría de las obesidades infantiles son exógenas por desbalance ingesta-gasto calórico y constituyen el grupo de mayor importancia en nuestro medio.

La llamada obesidad secundaria o morbosa engloba a menos del 5% de los casos y su diagnóstico viene sugerido por antecedentes, síntomas acompañantes, signos exploratorios...

Síndromes que cursan obesidad secundaria son, entre otros:

5.2.1.- Lesiones del S.N.C. (Síndrome de Frolich):

- * Por traumatismo
- * Por tumor
- * Por secuelas postinfección

5.2.2.- Endocrinopatías:

- * Hipotiroidismo
- * Hiperinsulinismo
- * Síndrome de Cushing
- * Corticoterapia
- * Hipopituitarismo
- * Síndrome de Mauriac
- * Pseudohipoparatiroidismo

5.2.3.- Alteraciones congénitas:

- * Síndrome de Prader-Willi
- * Síndrome de Laurence-Moon-Bield
- * Síndrome de Alström
- * Síndrome de Vázquez
- * Alteraciones del cromosoma X

5.2.4.- Otras...

5.3.-DIAGNÓSTICO:

Dado que la mayor parte de las obesidades son de causa nutricional es básico realizar una correcta anamnesis y exploración física.

5.3.1.- Anamnesis:

Se insistirá en la presencia de obesidad en familiares cercanos y antecedentes de enfermedades familiares relacionadas con obesidad: dislipemias, H.T.A., diabetes, etc.

Antecedentes personales: peso al nacimiento, alimentación durante el primer año, desarrollo psicomotor, antecedentes de enfermedades previas, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, etc.

Encuesta nutricional (Figura 1) y ejercicio físico.

5.3.2.- *Exploración física:*

- * *Somatometría*
- * *Exploración física completa por aparatos*
- * *Desarrollo puberal*
- * *Distribución de la grasa corporal*
- * *Medida de pliegues tricípital y subescapular*
- * *Cálculo del exceso de peso*

5.3.3.- *Exploraciones complementarias:*

Si se puede descartar claramente el diagnóstico de obesidad secundaria no es preciso realizar prácticamente exploraciones complementarias, será suficiente con una determinación básica:

- * *Hemograma y V.S.G.*
- * *Glucemia*
- * *Creatinina*
- * *Proteínas totales*
- * *Ácido úrico*
- * *Lipidograma*

5.4.-TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento es conseguir la adecuación de peso y talla, igualando los respectivos percentiles. Para ello tenemos varias armas:

5.4.1.- *Control de la ingesta calórica:*

No deben realizarse con dietas de menos de 1.000 calorías. Son, en principio, preferibles dietas no demasiado estrictas, sino listas de alimentos prohibidos y permitidos que permiten una mayor flexibilidad (ver menús orientativos). Una vez logrado el peso deseable se mantendrá al niño con una dieta más libre pero con restricción de alimentos hipocalóricos.

5.4.2.- *Incremento de la actividad física:*

Debe intentarse un cambio de hábitos con realización de ejercicio físico de forma rutinaria, a ser posible de manera diaria. Deben aconsejarse también actividades grupales que son más llevaderas para el niño obeso. Éstas se pueden realizar también en el grupo familiar.

5.4.3.- *Estímulo de la adhesión al tratamiento y apoyo psicológico:*

Es indispensable para obtener resultados y deben ir dirigidas tanto al niño como a la familia. Hay que rebatir argumentos negativistas como “toda la familia es así, adelgazará con el cambio”. Informar a la familia sobre aspectos básicos de alimentación. Establecer un sistema de recompensas según los resultados obtenidos.

Modificar la actitud respecto al tiempo y forma de comer: comer en horarios fijos, no picar entre horas, no realizar actividades simultáneas a la comida, etc.

Los controles iniciales serán realizados por el pediatra y la enfermera de forma quincenal en los dos primeros meses, siendo luego espaciados a periodicidad mensual o bimensual en dependencia de los recursos de tiempo y espacio y de los resultados obtenidos. Serán realizados por la enfermera.

**ENCUESTA SEMANAL DE ALIMENTOS INGERIDOS
Y EJERCICIO FÍSICO**

<i>DÍA</i>	<i>DESAYUNO</i>	<i>ALMUERZO</i>	<i>COMIDA</i>	<i>MERIENDA</i>	<i>CENA</i>	<i>EJERCICIO FÍSICO</i>	<i>ENTRE COMIDAS</i>
<i>Lunes</i>							
<i>Martes</i>							
<i>Miércoles</i>							
<i>Jueves</i>							
<i>Viernes</i>							
<i>Sábado</i>							
<i>Domingo</i>							

(Figura 1)

EJEMPLOS DE MENÚS CON LA DIETA DE RACIONES

MENÚ 1	MENÚ 2	MENÚ 3
<p><u>DESAYUNO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 pieza de fruta • 1 taza de leche descremada • 5 galletas pequeñas <p><u>COMIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensalada (lechuga, tomate, espárragos, pepino, apio, ... a voluntad) + 1 cucharadita de aceite + sal • 1 filete de ternera a la plancha + media taza de guarnición de guisantes y zanahorias • 1 rebanada de pan • 1 pieza de fruta <p><u>MERIENDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medio yogur descremado • 1 pieza de fruta <p><u>CENA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensalada de tomate (a voluntad) • 1 huevo a la plancha • 2 salchichas • 1 rebanada de pan • 1 pieza de fruta • 1 yogur descremado 	<p><u>DESAYUNO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 pieza de fruta • 1 yogur descremado • Medio bollo <p><u>COMIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verdura (judías verdes, borraja, col, acelgas, ... a voluntad) + ¼ de cebolla + 1 patata pequeña + ½ cucharadita de aceite + sal • 2 gallos a la plancha + ½ cucharadita de aceite + limón • 1 pieza de fruta <p><u>MERIENDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 taza de leche descremada • 1 manzana asada (sin azúcar) <p><u>CENA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensalada (lechuga, tomate, pepino, ...) + ½ taza de zanahoria rallada + ½ cucharadita de aceite + sal • 1 tortilla francesa (con media cucharadita de aceite) • 1 rebanada de pan 	<p><u>DESAYUNO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rebanada de pan (ó 2 tostadas) untado con tomate • 1 filete de jamón de York • 1 vaso de leche descremada <p><u>COMIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Puré de espinacas con zanahoria y cebolla • 1 filete de pechuga de pollo a la plancha con media cucharadita de aceite + sal • 1 rebanada de pan • 1 vaso de zumo de naranja sin azúcar <p><u>MERIENDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 trozo de queso fresco • 2 cucharaditas de pasas <p><u>CENA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zanahoria rallada con lechuga + ½ cucharadita de aceite + limón • 2 salchichas vienas + ½ cucharadita de aceite • 1 rebanada de pan • 1 yogur descremado
MENÚ 4	MENÚ 5	MENÚ 6
<p><u>DESAYUNO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 yogur descremado + 2 cucharaditas de cereales + ½ pieza de fruta a trocitos + 1 cucharada de pasas <p><u>COMIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revuelto de setas (a voluntad) + ½ filete de jamón + 1 cucharadita de aceite • 1 filete de ternera a la plancha + ½ taza de guisantes • 1 rebanada de pan • 1 pieza de fruta <p><u>MERIENDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Media taza de frutas variadas <p><u>CENA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Judías verdes (a voluntad) + 1 patata pequeña + ½ cebolla • 6 sardinas a la plancha • 1 vasito de jugo de piña • 1 yogur descremado 	<p><u>DESAYUNO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 vaso de zumo de naranja • 1 tostada con queso crema • Medio vaso de leche descremada <p><u>COMIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Espárragos (a voluntad) + 3 filetes finos de jamón (sin tocino) • 1 gallo a la plancha + 1 zanahoria con limón • 1 pieza de fruta <p><u>MERIENDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 rebanadas de pan + ½ lata de atún (sin aceite) <p><u>CENA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 tazón de caldo sin grasa + ½ huevo duro • 1 salchicha con ensalada de tomate + 1 cucharadita de aceite + sal • 1 pieza de fruta 	<p><u>DESAYUNO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 vaso de leche descremada + ½ taza de cereales • 1 filete de jamón de York <p><u>COMIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensaladilla rusa (1 patata mediana + tomate + guisantes + pimienta roja + espárragos + atún + 1 cucharada de mahonesa) • 1 filete de ternera • 1 pieza de fruta <p><u>MERIENDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 yogur descremado <p><u>CENA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 huevo a la plancha • 1 rebanada de pan • Ensalada de tomate con sal • 1 pieza de fruta

MENÚ 7

DESAYUNO:

- 1 vaso de leche descremada
- 4 galletas María

COMIDA:

- Arroz a la cubana (½ taza de arroz blanco + 1 cucharada de salsa de tomate + 1 huevo a la plancha + cebolla)
- 1 filete de pechuga de pollo
- 1 rebanada de pan

MERIENDA:

- Macedonia de fruta (1 naranja + ½ plátano + 1 pera)

CENA:

- Ensalada (tomate, lechuga, ...)
- 1 gallo a la plancha + ½ taza de guisantes
- ½ vaso de leche descremada

FRUTA

1 pieza equivale a:

- 1 manzana
- ½ taza de puré de manzanas
- 2 albaricoques medianos
- Medio plátano
- 2/3 de taza de moras
- 10 cerezas grandes
- 2 higos grandes
- 1 higo seco pequeño
- 12 uvas
- ¼ de taza de jugo de uva
- 2 dátiles
- 1/8 de melón
- 1 naranja
- ½ taza de jugo de naranja
- 1 melocotón
- 1 pera
- ½ taza de piña picada
- ½ taza de jugo de piña
- 2 ciruelas
- 2 ciruelas pasas secas
- 2 cucharadas de pasas
- 1 mandarina grande
- 1 taza de sandía

ALIMENTOS PROHIBIDOS

- Azúcar
- Dulces
- Bombones
- Miel
- Chicle con azúcar
- Mermeladas
- Pasteles
- Leche condensada
- Pastas
- Bizcochos
- Tortas
- Bebidas gaseosas con azúcar
- Alimentos fritos y rebozados
- Bebidas alcohólicas

VEGETALES DE CONSUMO LIBRE

- Espárragos
- Col
- Coles de Bruselas
- Repollo
- Coliflor
- Apio
- Pepinos
- Berenjenas
- Escarola
- Verduras: judías verdes, acelgas, espinacas, borrajas, ...
- Lechuga
- Setas
- Pimientos verdes y rojos
- Tomates

VEGETALES DE CONSUMO LIMITADO

- Zanahoria
- Cebolla
- Guisantes
- Calabaza

ANEXO II

SALUD BUDOCENTAL

1.-EXPLORACIÓN BUCODENTAL.

Se debe realizar la exploración con el niño sentado, iluminado por luz de día de 100 W. Se utilizará un espejo y una sonda odontológica.

1.1.-EXPLORACIÓN DENTAL:

Se comenzará sistemáticamente siguiendo los cuatro cuadrantes en que podemos dividir la boca, observando diente por diente y en todas sus caras.

Se considera caries cualquier lugar de la superficie del diente en la que la sonda penetre, tanto lesiones cavitadas como lesiones en los hoyos y fisuras de los molares en la que notemos que penetra la sonda, o zonas de la superficie lisa en la que la sonda se engancha.

1.2.-EXPLORACIÓN DE LAS MUCOSAS:

Se realiza de forma visual o por el tacto por sonda.

Se seguirá la misma sistemática que en la exploración dental. Se debe observar si existe enrojecimiento y edema o si la encía sangra al tocarla como signos iniciales de periodontopatía.

1.3.-EXPLORACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES:

Se realiza para detectar si existe alguna alteración en el engranaje de los dientes. Los dientes incisivos superiores deben quedar cubriendo los inferiores, aunque no en su totalidad, y las caras oclusales de los molares superiores e inferiores deben quedar en contacto.

Las maloclusiones pueden dividirse en:

1.3.1.- Mordida cubierta: Cuando los incisivos superiores cubren totalmente a los inferiores.

1.3.2.- Mordida anterior abierta: Los dientes anteriores no cierran.

1.3.3.- Mordida posterior: Cuando los incisivos inferiores quedan por delante de los superiores.

1.3.4.- Mordida cruzada lateral: Los molares superiores quedan por dentro de los inferiores.

2.-ADMINISTRACIÓN DE FLÚOR POR VÍA GENERAL.

Se prescribirá la dosis según las recomendaciones de la O.M.S. y la A.D.A., teniendo en cuenta que las aguas de la provincia de Zaragoza se encuentran por debajo del nivel de flúor de 0,3 ppm.

EDAD	DOSIS EN ION FLUORURO
2-3 años	0,50 mg./día
4-7 años	1,00 mg./día

La administración se realizará en una o dos tomas diarias, masticando los comprimidos y se hará buches con ellos un minuto, tragándolos después. Previo a la toma se aconseja el cepillado dental.

Se evitará la ingestión de alimentos en los 30 minutos siguientes a la toma, sobre todo de alimentos lácteos.

Dada la frecuencia de uso de aguas minerales embotelladas para consumo casero, adjuntamos las agua que, por su alto contenido en flúor, no deben ser usadas en niños que reciben suplemento oral.

2.1.-AGUAS QUE NO DEBEN SER ADMINISTRADAS DE FORMA CONTINUA A NINGÚN NIÑO:

NOMBRE	CONTENIDO DE FLÚOR (ppm.)
Cabreiroa	4,00
Fontecelta	11,25
Fontenova con gas	10,00
Fontenova sin gas	6,25-10,80
Fuensanta	3,33
Imperial	8,00
Mondáriz	1,38-2,98
San Narciso	7,50
San Roque	6,25
Sousas	7,00
Vichy Catalán	7,00
Vilajuiga	2,25

2.2.-AGUAS QUE NO DEBEN SER ADMINISTRADAS A NIÑOS QUE RECIBEN SUPLEMENTO DE FLÚOR:

NOMBRE	CONTENIDO DE FLÚOR (ppm.)
Burgaret	0,83
Fonte Blanca	0,82
Monteverde	1,02
Peñaclara	0,9

3.-EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.

Deben existir contenidos de higiene dental, conocimientos de la capacidad cariogena de los azúcares, actitud ante la presencia de caries y ante los traumatismos dentales.

A fin de promover una salud dental óptima, se recomienda que se interrumpa la utilización del biberón en estas edades.

3.1.-HIGIENE DENTAL:

La técnica del cepillado no tiene en sí misma importancia siempre que sea eficaz. Se recomienda seguir una sistemática por cuadrantes, cepillando todas las caras de los dientes y cepillando también las encías.

El cepillado debe realizarse, al menos, 2 veces al día, sobre todo antes del sueño. Así mismo, siempre después de cada exposición a los azúcares y antes de la toma de flúor.

La eficacia del cepillado depende de éste en sí mismo y no del dentífrico.

El cepillo dental debe tener la cabeza pequeña, de tal manera que permita el fácil acceso a todas las zonas, de mango recto y de cerdas sintéticas dispuestas en tres hileras longitudinales. Deben desecharse siempre que los penachos queden abiertos, como mínimo cada tres meses.

3.2.-CAPACIDAD CARIÓGENA DE LOS ALIMENTOS:

3.2.1.- Son más cariogénicos los alimentos con azúcares refinados.

3.2.2.- Son más cariogénicos cuanto más adherentes son.

3.2.3.- Son más cariogénicos si se consumen entre comidas que en las comidas.

3.2.4.- Su capacidad de producir caries depende más de la frecuencia del contacto que si la misma cantidad se ingiere de una sola vez.

3.3.-ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE CARIES:

Siempre que existan caries deben ser obturadas ya que suponen un foco infeccioso para el organismo. Definen estructuras dentarias y si se altera una pieza caduca se produce una migración de las piezas posteriores, produciéndose una maloclusión posterior. En el caso de dientes definitivos son estructuras orgánicas irremplazables.

3.4.-ACTITUD ANTE LOS TRAUMATISMOS DENTALES:

Ante un traumatismo dental, visitar lo antes posible a un odontólogo. Si existe ablusión dental colocar el diente en un vaso con leche o suero y acudir lo antes posible al estomatólogo (en la 1ª hora las posibilidades de reinserción son muy altas).

Los dientes temporales negros a causa de traumatismos no deben ser extraídos, los definitivos pueden erupcionar de forma correcta después.

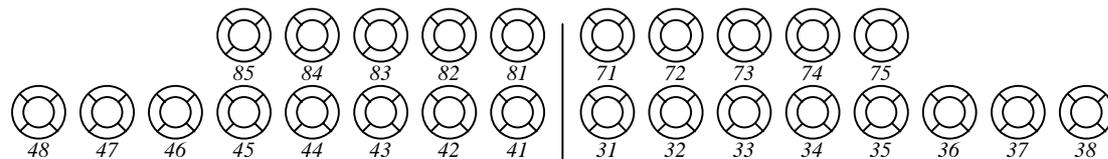
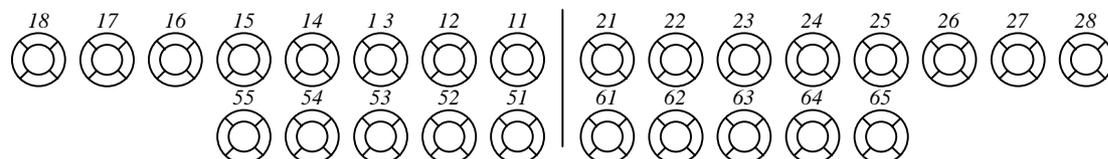
Los traumatismos crónicos como morder lapiceros, abrir botellas con los dientes, bruxismo, etc., pueden producir fracturas o abrasiones en los bordes incisales y maloclusiones.



INSALUD ZARAGOZA
UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
CENTRO DE SALUD:

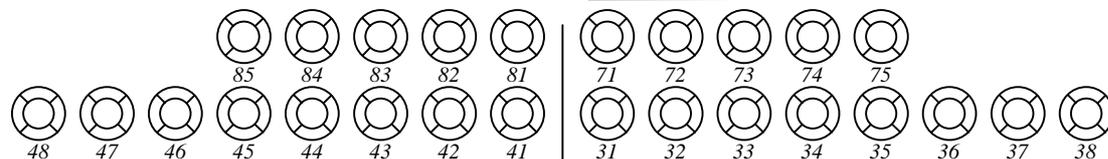
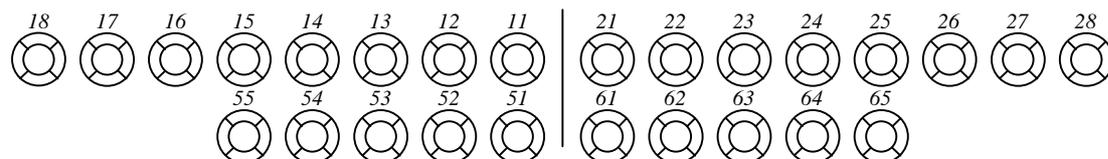
APELLIDO 1º	APELLIDO 2º
NOMBRE	Nº HªCª

FECHA NACIMIENTO:



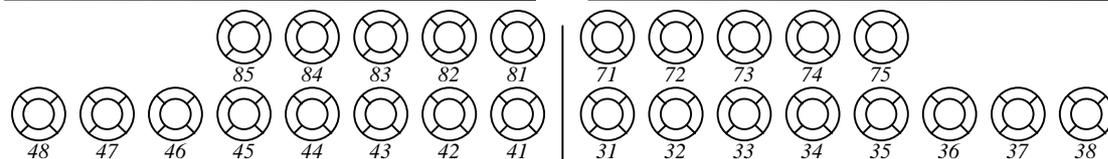
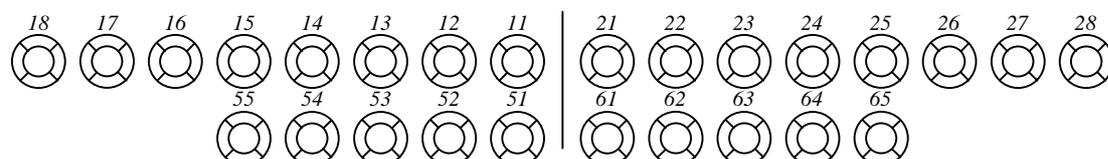
Fecha:
Edad:

Maloclusión Sí No Tipo:
Prevención con Flúor Sí No Tipo:
Selladores oclusales Sí No Tipo:



Fecha:
Edad:

Maloclusión Sí No Tipo:
Prevención con Flúor Sí No Tipo:
Selladores oclusales Sí No Tipo:



Fecha:
Edad:

Maloclusión Sí No Tipo:
Prevención con Flúor Sí No Tipo:
Selladores oclusales Sí No Tipo:



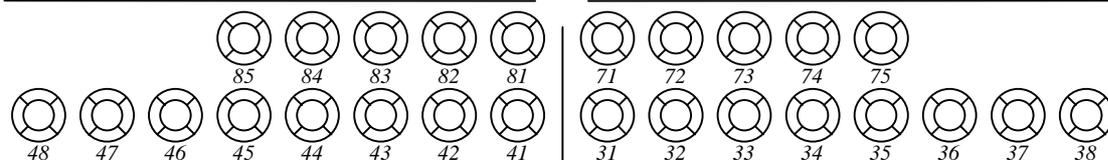
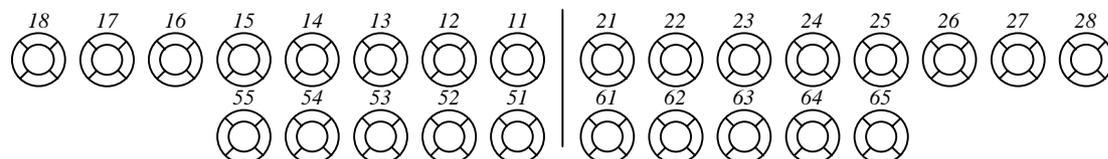
areatres

Gerencia de Atención Primaria

INSALUD ZARAGOZA

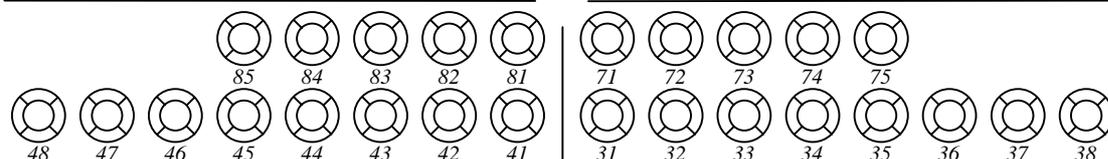
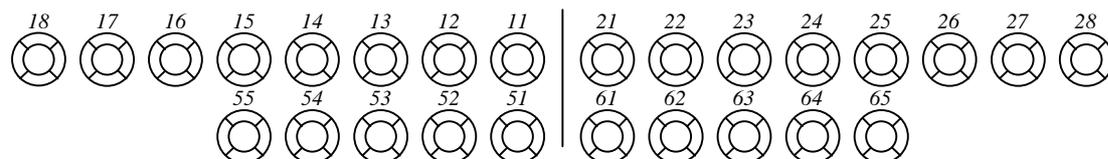
UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

CENTRO DE SALUD:



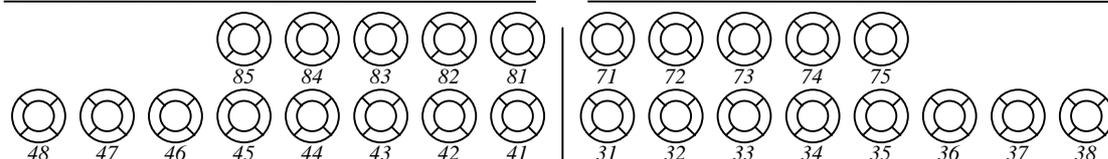
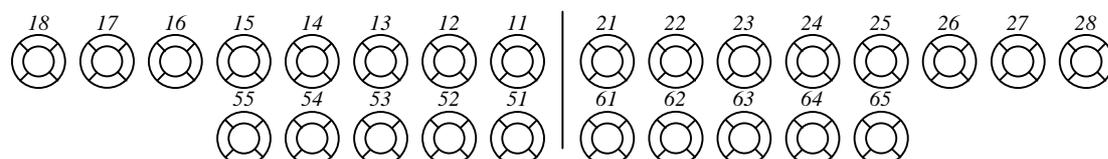
Fecha:
Edad:

Maloclusión Sí No Tipo:
Prevenición con Flúor Sí No Tipo:
Selladores oclusales Sí No Tipo:



Fecha:
Edad:

Maloclusión Sí No Tipo:
Prevenición con Flúor Sí No Tipo:
Selladores oclusales Sí No Tipo:



Fecha:
Edad:

Maloclusión Sí No Tipo:
Prevenición con Flúor Sí No Tipo:
Selladores oclusales Sí No Tipo:



ANEXO III

TRASTORNOS DEL APARATO LOCOMOTOR

Las alteraciones en el aparato locomotor tienen una gran prevalencia en la infancia. En estas edades las más frecuentes afectan a pie, rodilla y columna vertebral. De su diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y buen control depende en buena medida su evolución.

1.-PIE.

Las deformaciones más frecuentes son:

- 1) PIE PLANO, en que hay desaparición, por aplanamiento, del arco longitudinal interno.*
- 2) PIE CAVO, cuando hay aumento de ese arco longitudinal.*
- 3) PIE EQUINO, cuando el pie solamente se apoya en el suelo por su parte anterior, quedando libre el calcáneo.*
- 4) PIE TALO, cuando el pie solo se apoya en el suelo por el calcáneo, quedando elevada su porción anterior.*
- 5) PIE VARO, cuando la planta del pie, en lugar de apoyarse en el suelo, mira hacia el plano sagital.*
- 6) PIE VALGO, cuando la planta del pie mira hacia la parte externa.*
- 7) VARIACIONES EN EL ÁNGULO DE FICK, (Figura 1.a.), estas variaciones, en el sentido de apertura o cierre del ángulo, tienen su causa por encima del pie, normalmente a nivel de la cadera.*

Muchas veces estas alteraciones no son aisladas sino complejas, asociándose varias de ellas (el pie plano-valgo, talo-cavo, cavo-varo, equino-varo, etc.).

*En la exploración de las deformidades citadas es de gran ayuda el **PODOSCOPIO**, aparato que consiste en un cajón iluminado cuya parte superior está formada por un cristal lo bastante duro como para soportar el peso de un niño. Al menos dos de las caras laterales son transparentes para permitir ver el fondo del cajón, constituido por un espejo oblicuo en el que se refleja el apoyo plantar del paciente. Sirve para examinar la huella plantar en carga y obtenemos imágenes dinámicas de apoyo plantar.*

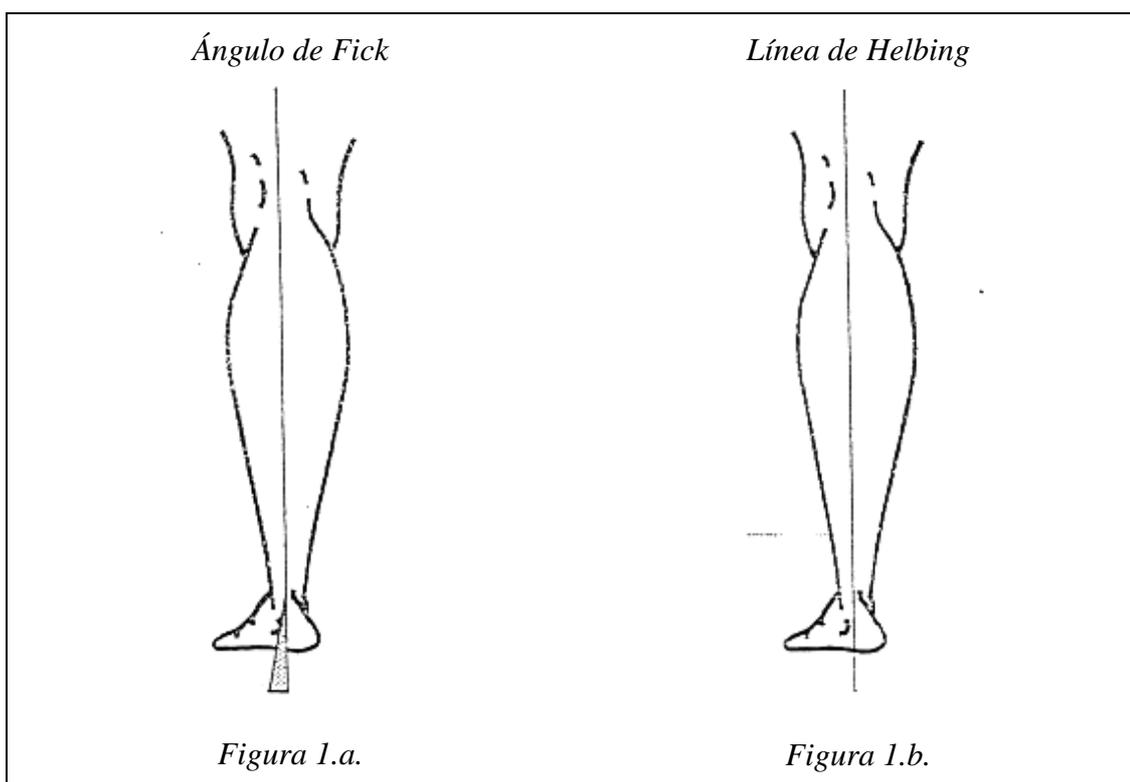
Para la exploración, mediante el podoscopio, es preferible tener al niño desnudo para cerciorar que no existe ninguna lesión en el resto de la unidad motora de la que forma parte el pie.

1.1.-LA EXPLORACIÓN DEL PIE EN BIPEDESTACIÓN:

Las puntas de los pies divergen de los talones, formando con el plano sagital del cuerpo un ángulo de 18° denominado ángulo de FICK (Figura 1.a.).

Al examinar el pie por su parte posterior hay que observar el ángulo que forma el talón con el resto de la pierna. Éste se comprueba mediante la línea de HELBING (Figura 1.b.) la vertical que pasa por el centro del hueso poplíteo y por el centro del talón.

Se debe considerar que un discreto grado de valgus, de unos 5° a 10° es fisiológico.



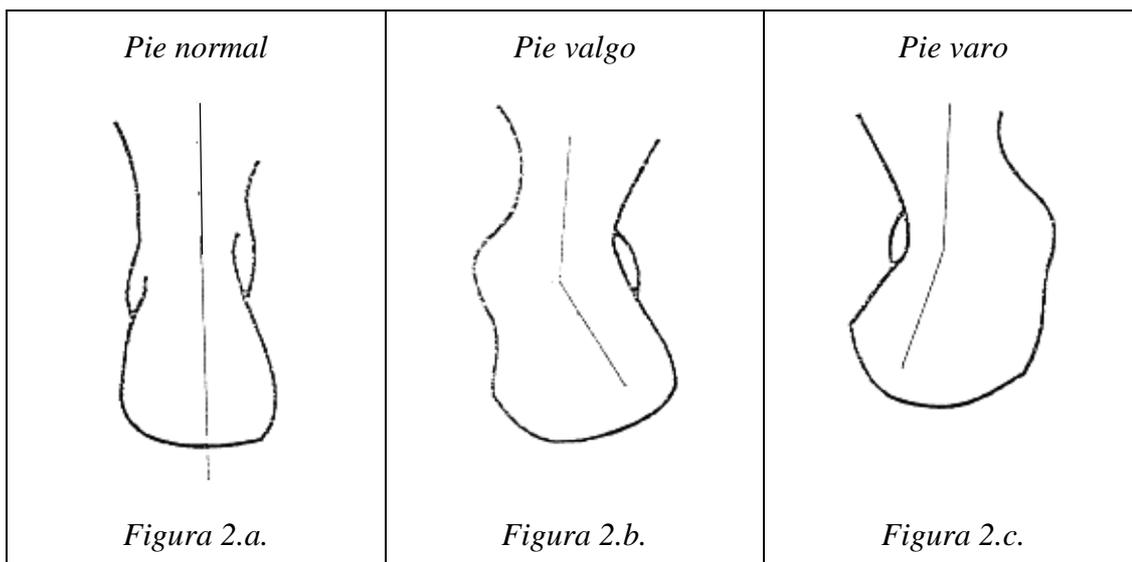
1.2.-PIE VALGO/VARO:

Al examinar los pies por la cara posterior y con el paciente en bipedestación, se observa el alineamiento de los talones.

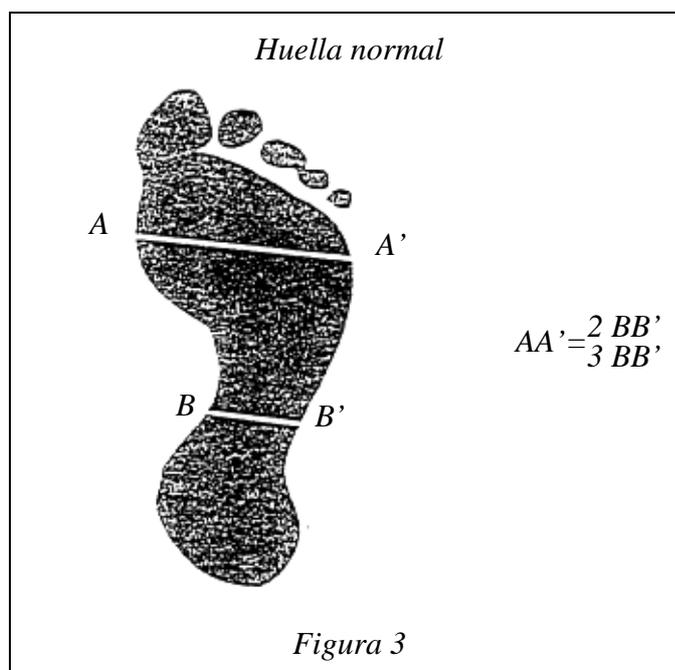
La prolongación de la pierna debe caer en la parte media del talón (Figura 2.a.).

Cuando el talón se desvía hacia afuera formando un ángulo de vértice medial se está en presencia del valgus. Aquí el tendón de Aquiles se coloca en el lado medial, atrás del maléolo interno (Figura 2.b.).

Por el contrario, cuando la desviación es hacia adentro y, por lo tanto, el ángulo que forma con el eje de la pierna es de vértice lateral, la deformidad del talón es en varo y en ella el tendón de Aquiles está colocado lateralmente, cerca del maléolo peroneo (Figura 2.c.).



La huella normal se considera cuando la anchura mínima de la bóveda se halla entre un tercio y la mitad de la anchura máxima del pie (Figura 3).



1.3.-PIE PLANO:

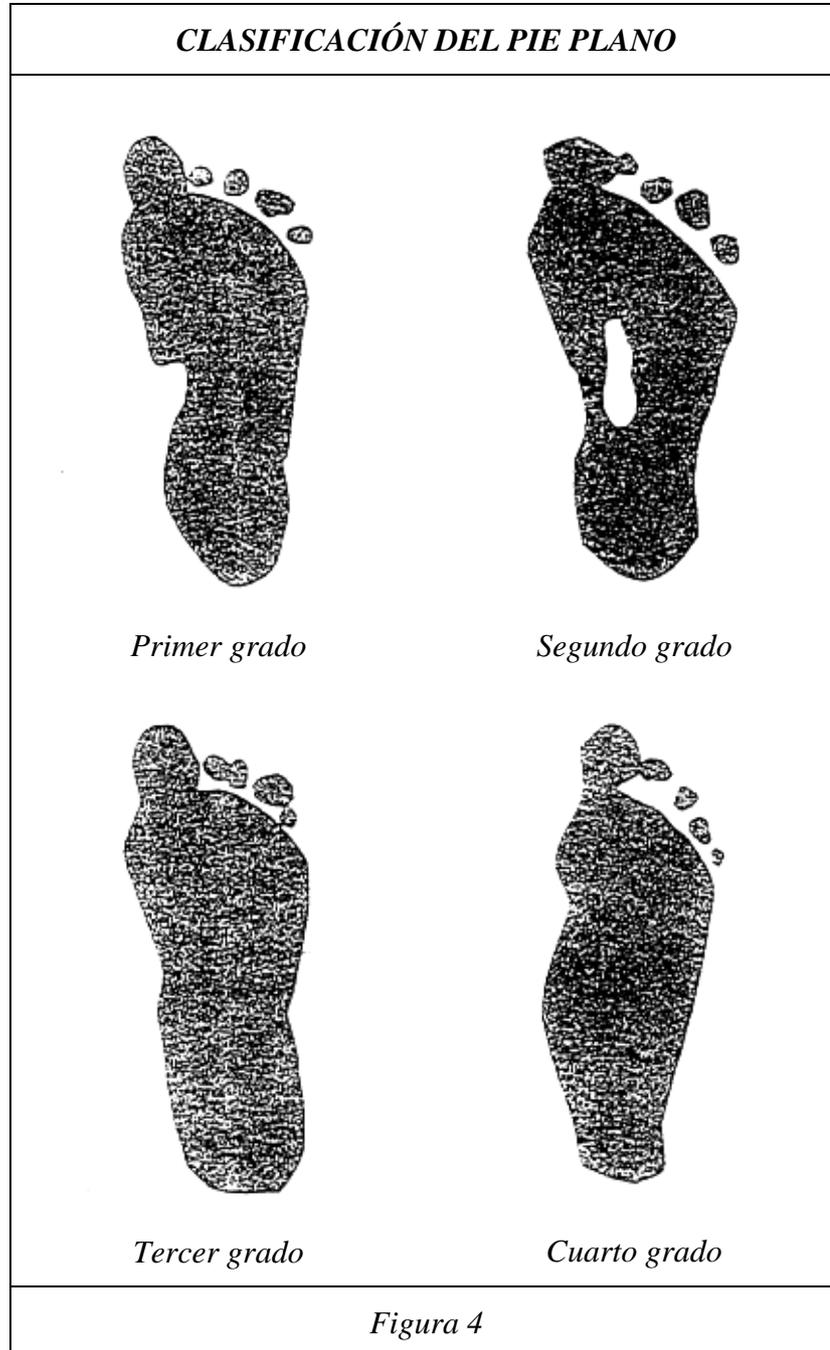
Aquel pie que presenta una deformidad en el valgo del retropie asociada a un hundimiento de la bóveda plantar.

Es la deformidad más frecuente. La valoración inicial incluye una revisión de los antecedentes familiares, historia personal del niño y un examen de detección breve para descartar un trastorno raro como causa del pie plano.

El tejido adiposo normal que oculta el arco plantar tiende a desaparecer hacia el 3^{er} ó 4^o año de vida, con lo que hasta estas edades es muy difícil la valoración.

La exploración se hará anual a partir del tercer año y se derivará al ortopeda cuando el grado de valgo sea superior a 10°.

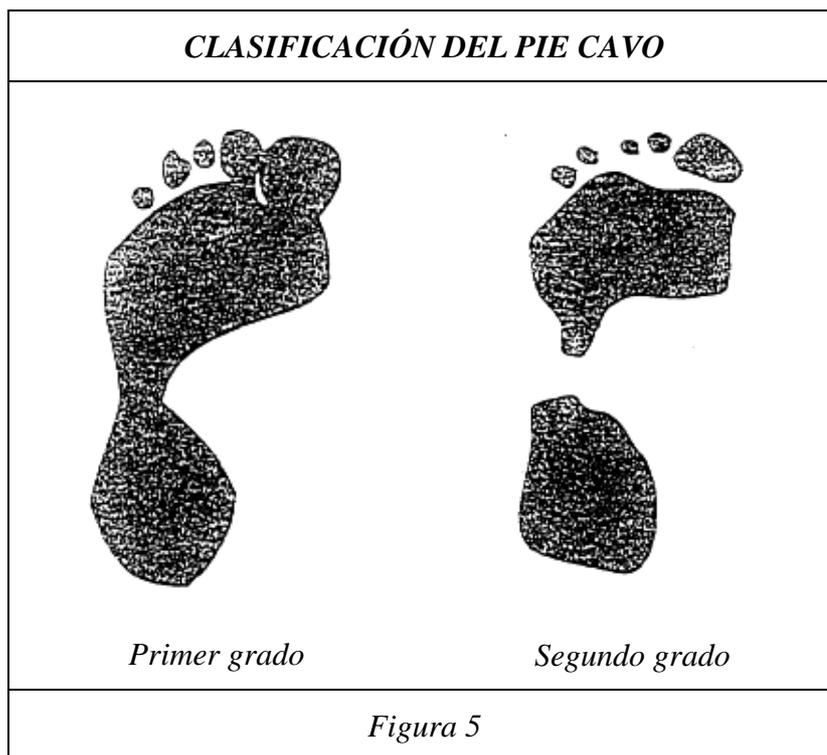
El pie plano se clasifica en cuatro grados: (Figura 4).



1.4.-PIE CAVO:

Es aquel que presenta un aumento anormal de la altura de la bóveda plantar.

La imagen en el podoscopio es la que se refleja en la Figura 5.



En algunas ocasiones se asocian con trastornos neurológicos que es preciso descartar.

2.- RODILLAS.

En la rodilla se debe examinar:

- * *La postura.*
- * *La marcha.*
- * *La movilidad.*
- * *La estabilidad.*

Esta exploración se realizará anualmente.

Con el niño desnudo y en bipedestación comprobar:

- * *Si existe alguna desviación en miembros inferiores.*
- * *Si la pelvis está o no basculada.*
- * *Si las rodillas están al mismo nivel.*

La exploración en el plano anteroposterior y lateral sirve para detectar anomalías como:

- * *Genu valgo/varo.*
- * *Genu recurvatum.*

Para estudiar la movilidad se pide al niño que camine y, después, que se ponga en cuclillas. Ante una marcha en rotación interna preguntar por actitudes anormales que faciliten la anteversión de la cadera.

Evolutivamente existe una tendencia fisiológica al arqueamiento de las extremidades hacia adentro al principio y hacia afuera después.

*La desviación de las rodillas hacia adentro (rodilla en “><”) constituye el **GENU VALGO**.*

Es una fase evolutiva normal desde los 3 hasta los 7 años de edad en niños y los 10 en niñas. Es la alteración más frecuente. Se explora con el niño en bipedestación, poniendo en contacto las partes blandas de la cara interna de las rodillas. Si la distancia que se para a los maléolos internos tibiales es igual o mayor a 10 centímetros se considera patológico y debe ser controlado por el ortopeda, la igual que aquéllos que evolucionan de forma progresiva o evolutiva.

*La desviación de las rodillas hacia afuera (rodillas en “<>”) constituye el **GENU VARO**.*

El genu varo es una fase evolutiva normal desde el nacimiento hasta los 3 años, tendiendo la evolución hacia su desaparición.

Se remitirán al ortopeda aquellos casos en que persista más allá de los 3 años, sea evolutivamente progresivo y en los casos en que sea asimétrico.

3.-COLUMNA VERTEBRAL.

La exploración de la columna vertebral (C.V.) se realiza sistemáticamente con el niño desnudo, en bipedestación, con los pies juntos y en una actitud de reposo habitual.

3.1.-VISIÓN GLOBAL DE LA POSTURA:

3.1.1.- Hiperlaxitud, rigideces, hipotonías.

3.1.2.- Asimetrías:

- * Ángulo escapular inferior*
- * Pliegues del talle*
- * Glúteos*
- * Línea glútea*
- * Maléolos internos*

3.2.-DE PIE Y ESPALDAS:

Se usa una plomada para observar posibles desviaciones de la C.V. y la línea glútea.

Test de Adams, flexión anterior y elevación lenta, buscando la aparición de gibosidades.

Movilidad en flexión lateral.

3.3.-DE PIE Y PERFIL:

3.3.1.- Cifosis.

3.3.2.- Lordosis.

3.3.3.- Tono abdominal.

3.3.4.- Inclinación pélvica.

3.3.5.- Genu recurvatum.

3.4.-SEDESTACIÓN:

Se corrige la escoliosis secundaria a disimetría de miembros inferiores.

Se corrige la lordosis por contractura coxal.

3.5.-DECÚBITO VENTRAL:

Se corrigen todas las deformaciones posturales.

La posición asimétrica del tronco en el plano frontal, corregible activamente, se denomina actitud escoliótica. A diferencia de las escoliosis, en este trastorno postural no existen deformidades óseas en la columna vertebral. El signo diferencial más claro es hacer que el niño se agache en extensión como para coger un objeto del suelo. En actitud escoliótica desaparecen las asimetrías y en la escoliosis estructural persiste la incurvación y se hace más evidente la gibosidad.

Si bien es poco frecuente en estas edades encontrar patología del raquis, hay que tenerla en cuenta en la exploración, pues un mejor pronóstico está relacionado con un diagnóstico precoz y un buen control ortopédico.

El conjunto de exploraciones (pies, rodillas, C.V.) se realizará anualmente.

Recomendar cualquier tipo de deporte, en especial la natación. Dar educación para una buena higiene postural.

RECOMENDACIONES A LOS PADRES:

Constará de:

- A) Protección del normal desarrollo del aparato locomotor, evitando noxas que puedan alterarlo, como sobrepeso, posturas inadecuadas, sobrecargas posturales y esfuerzos físicos mantenidos.**
- B) Calzado adecuado. El zapato debe ser de cuerpo flexible, suela semidura, contrafuerte del talón firme y sin alza (a partir de los 3 años el alza puede alcanzar 1 centímetro y a partir de los 6 años, se puede aumentar gradualmente). No debe llevar costuras, empeine holgado y deben sobrepasar 1 centímetro el dedo más largo. Probar el zapato en bipedestación, debiendo adaptarse al pie y no éste al calzado. Se procurará que tenga la longitud y anchura adecuadas.**

Constituye un error colocar al niño los mal llamados calzados profilácticos abotinados, que dificultan la marcha y obstaculizan el desarrollo normal del pie. Los niños con pie plano moderado no obtienen grandes beneficios utilizando zapatos “ortopédicos” y es suficiente con un calzado que deje libre las articulaciones del tobillo y metatarso falángicas y mantenga el talón vertical, evitando la desviación en valgo.

La marcha de puntillas, frecuente entre los 2 y 3 años, no requiere atención ni tratamiento y se resuelve espontáneamente.

ANEXO IV

TRASTORNOS SENSORIALES

1.- SENTIDO DE LA VISIÓN.

Según diferentes autores, entre un 10-20% de los niños escolares presentan algún tipo de trastorno visual. De éstos, un 75% pasa desapercibido para padres y educadores.

Es de gran importancia valorar la agudeza visual en cada uno de los ojos, ya que la aparición de una ambliopatía es, en muchas ocasiones, consecuencia de un defecto de refracción monocular. El diagnóstico precoz de estos trastornos facilita el éxito del tratamiento.

Previa a la exploración de la visión es la anamnesis a la familia y al propio niño (si colabora):

- * *¿Tiene molestias en los ojos?*
- * *¿Nota tirantez en el entrecejo?*
- * *¿Ve manchas delante de los ojos?*
- * *¿Le duele la cabeza en la zona frontal u occipital?*

Asimismo, durante la exploración debemos observar si el niño hace:

- * *Guiños*
- * *Inclina la cabeza hacia un lado*
- * *Frunce el entrecejo...*

La MEDIDA DE LA AGUDEZA VISUAL por medio de los optotipos permite detectar los defectos de refracción:

- * *Miopía*
- * *Hipermetropía*
- * *Ambliopías*
- * *Astigmatismo*

Antes de describir la exploración, es necesario conocer que la agudeza visual del hombre varía a lo largo de la vida, crece progresivamente desde el nacimiento hasta los 15 años. Una agudeza visual 10/10 se logra entre los 6 y los 15 años, por lo que en las edades que nos ocupan una agudeza de 8/10 se considerará normal siempre que no existan diferencias entre la agudeza visual de ambos ojos.

En niños pequeños o no colaboradores, en los que no es posible la medición de la agudeza visual por optotipos, es conveniente un despistaje grosero de una ambliopía importante, que puede lograrse mostrando un objeto llamativo al niño y observando sus reacciones al ocluir alternativamente cada ojo.

1.1.-TÉCNICA DE OPTOTIPOS:

- 1.1.1.- *Requiere colaboración por lo que no es posible hacerla en niños pequeños.*
- 1.1.2.- *Es necesaria una adecuada iluminación:*
 - a) *Si el optotipo es opaco, la luz se proyectará desde la espalda del niño.*
 - b) *Si el optotipo no es opaco (luminoso), evitar otras fuentes de iluminación.*
- 1.1.3.- *La distancia entre el niño y la escala debe ser de 5 metros, o adecuar las distancias si existen líneas para ello en los optotipos.*
- 1.1.4.- *La escala se colocará en el mismo plano horizontal que la visión del niño.*
- 1.1.5.- *Primero se explora la visión del ojo derecho (tapando el izquierdo) y después la del ojo izquierdo (tapando el derecho). A continuación se explorará la visión binocular.*
- 1.1.6.- *No se debe comprimir el globo ocular ocluido.*
- 1.1.7.- *Utilizar optotipos adecuados para la edad y comenzar por la línea superior, haciendo leer únicamente dos imágenes de cada línea.*
- 1.1.8.- *En caso de fallo se considerará la agudeza visual obtenido la de la línea más pequeña leída sin equivocación.*
- 1.1.9.- *En caso de uso de lentes correctoras, la exploración se hará con ellas.*

Para la detección del más frecuente error de refracción en estas edades, la hipermetropía, se emplearán los optotipos adecuados para ello (Jaeger) a una distancia entre la escala y el ojo de 30-40 cms.

Hay que tener en cuenta que una hipermetropía por debajo de las 6 dioptrías puede compensarse mediante un esfuerzo en la acomodación ocular (son frecuentes las cefaleas por esta causa) por lo que la agudeza visual será normal (hipermetropía latente). Para determinar la hipermetropía real es necesario anular previamente el poder de acomodación del ojo, con ciclopléjicos por el oftalmólogo.

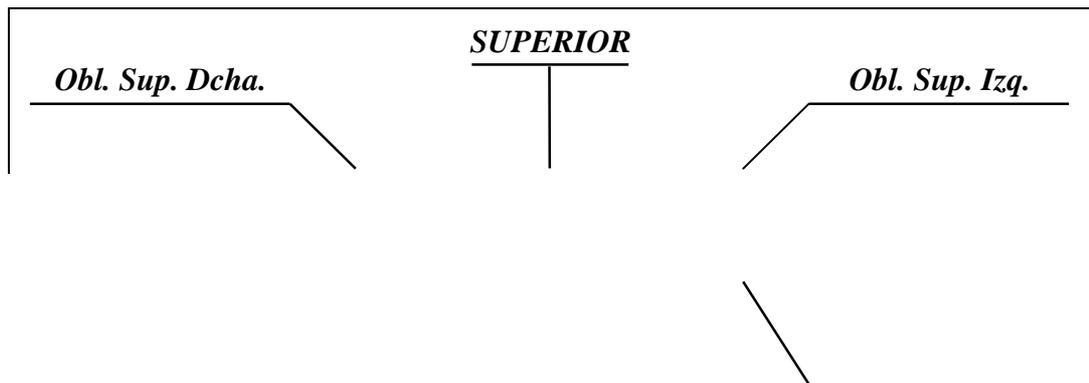
En edades en las que sea posible la colaboración del niño, se explorará el Astigmatismo. A menudo, el astigmatismo se asocia a hipermetropía o miopía. Deberá de explorarse cada ojo por separado, mostrando al niño un optotipo de radios y preguntándole si nota que esos radios se amontonan o no en alguna zona de la rueda.

El fallo del sentido cromático o discromatopsias se explora mediante las tablas de Ishihara. Esta tabla contiene números compuestos de distintas manchas de colores sobre un fondo también moteado de otro color pero de la misma luminosidad, por lo que no son reconocidos por las personas que padecen este trastorno. La exploración se hace con los dos ojos abiertos, con la luz del día y a una distancia de 1 metro. Si no leen 3 ó más de las cifras presentadas es necesario hacer una exploración oftalmológica.

Aunque este no es un defecto corregible, es importante su detección para que el niño afectado conozca sus limitaciones de cara a su futuro profesional.

La **EXPLORACIÓN DE LA MOTILIDAD OCULAR** nos indicará la posible existencia de estrabismos:

- A) *Prueba del reflejo corneal de Hirschberg: Se realiza mediante una fuente de luz situada a 30 cms. del puente nasal, observando si el reflejo luminoso es simétrico en ambos ojos.*
- B) *Cover Test: Se procederá de forma similar al anterior, cubriendo uno de los ojos. Al ser éste destapado se observa un movimiento inmediato de fijación si hay estrabismo. En caso negativo no se mueve.*
- C) *Exploración de la motilidad propiamente dicha: Mostrando una luz u objeto se va haciendo dirigir la mirada hacia las nueve posiciones diagnósticas:*



DERECHA

IZQUIERDA

Obl. Inf. Dcha.

Obl. Inf. Izq.

INFERIOR

Ambos ojos deberán mantener la misma dirección en cada una de las posiciones.

2.- SENTIDO DE LA AUDICIÓN.

Destacamos la importancia de la detección de los problemas auditivos lo más pronto posible debido a la especial incidencia que tienen en el desarrollo psicomotor y, fundamentalmente, en el área del lenguaje.

A los 3 años el niño tiene una agudeza auditiva similar a la del adulto. Percibe el tono y el volumen.

Aunque es posible que el diagnóstico de problemas auditivos se halla realizado en edades anteriores, no debemos olvidar la existencia de niños con alto riesgo de padecerlos.

Niños de Riesgo	
CONNATALES	
* Antecedentes de sordera familiar.	
* Enfermedades víricas en el primer trimestre del embarazo (Rubéola, Citomegalovirus, ...).	
* Malformaciones.	
* Peso al nacer inferior a 1.500 grs.	
* Ictericia neonatal con niveles de Bb potencialmente tóxicos.	
* Anoxia neonatal.	
NO CONNATALES	
* Enfermedades repetidas de oído medio.	
* Enfermedades de la primera infancia (Parotiditis, Sarampión, Escarlatina, ...).	
* Meningitis.	
* Tratamientos ototóxicos pre y postnatales.	

Los métodos de despistaje a nuestro alcance son subjetivos y consisten fundamentalmente en las apreciaciones de padres y maestros y las derivadas de nuestra anamnesis y exploración:

2.1.-Interrogatorio sencillo a la familiar: *¿Qué tal oye? ¿Contesta cuando le llaman? ¿Sube el volumen del T.V.? ¿Qué tal habla?*

Signos de alarma:

- * *No responde a ruidos fuertes.*
- * *No repite frases.*
- * *Se muestra distraído y aislado.*

2.2.-Informe de los maestros de cualquier anomalía detectada que pueda tener relación con un trastorno auditivo.

2.3.-Exploración:

- * *Valoración del desarrollo psicomotor, especialmente el área del lenguaje.*
- * *Examen clínico orientativo. Se efectúa únicamente en caso de no disponer de otros medios:*
 - 1°) *Situar al niño a 3 metros de distancia y de espaldas al examinador. Hablando en voz baja se le pregunta:*
 - *¿Cómo te llamas? ¿Cuántos años tienes?*
 - *Repite: Uno, dos, tres, AUTO, cinco, seis, siete, CORCHO.*
 - 2°) *Si se confunde en alguna palabra habrá que pedirle que repita una serie de palabras en las mismas condiciones:*
 - *PASTEL, MERIENDA, CAMELO, PAQUETE, CASA, PASEO.*
 - 3°) *Si aún se confunde, se derivará al especialista.*

2.4.-Otoscopia.

2.5.-Audioscopia: *Es un método de screening en el cual se explora la capacidad de audición de 4 tonos a una intensidad constante (20 dB) que deben ser oídos todos en ambos lados:*

- * *No debe hacerse con tapones de cerumen.*
- * *Comprobar nuevamente el oído con fallo después de haber explorado el oído contrario.*
- * *En caso de audioscopia anormal está indicada la repetición de la prueba una semana más tarde y, en caso de nuevo fallo, se derivará al especialista.*

3.-E.P.S. EN LOS TRASTORNOS SENSORIALES.

3.1.-RECOMENDAR:

- * *Buena iluminación ambiental.*
- * *Controlar la distancia al televisor. Mirarla de frente y con luz.*
- * *Evitar ambientes irritantes (humos, viento, etc.).*
- * *Evitar entorno muy ruidoso (T.V., radio, petardos, gritos, etc.).*
- * *No introducción de objetos en conductos auditivos, ni siquiera para su limpieza (bastoncillos).*
- * *Instrucciones sobre la limpieza de la nariz.*
- * *No mirar directamente al sol.*
- * *Recordar que el buceo en exceso no es bueno.*

- * *Iluminación adecuada para trabajos de mesa (usar luz adecuada evitando sombras y brillos para no tener que forzar la vista. La luz debe entrar por la izquierda para los diestros y por la derecha para los zurdos).*

3.2.-MEDIDAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN:

- * *Brindar consejo y apoyo.*
- * *Aconsejar acudir a los controles previstos.*
- * *No abandonar los tratamientos (parches, gafas, medicación, etc.)*
- * *Aconsejar gafas con cristales de seguridad.*
- * *Aconsejar pertenencia a grupos o asociaciones de ayuda (ONCE, etc.)*

ANEXO V

VALORACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

En cada visita programada se debe proceder a realizar una valoración del grado de desarrollo neurológico. Sólo así podremos detectar las desviaciones indicativas de un posible trastorno o retraso.

La valoración debe de constar de:

1) Anamnesis:

* *Familiar:*

- *Enfermedades hereditarias*
- *Casos de retraso mental*
- *Ambiente familiar*

* *Personal:*

- *Datos de embarazo y parto*
- *Desarrollo psicomotor en etapa del lactante*

2) Exploración neurológica:

- * *Aspecto general: dismorfias, manchas en la piel, deformidades, ...*
- * *Contacto: valorar actitud, mirada, expresión y comportamiento.*
- * *Exploración neurológica: de pares craneales, tono, fuerza muscular, reflejos.*

3) Valoración de desarrollo psicomotor (D.P.M.): *Consiste en averiguar si un niño a una determinada edad ha adquirido una serie de funciones propias de esta edad.*

Existen diversos test elaborados con estudios de población que reflejan el porcentaje de niños que logran una adquisición a una edad determinada.

Los más utilizados son:

⇒ *Test de Denver: señala para ítem entre un 25% y un 90% de la población normal.*

⇒ *Test de Llevant: aconsejado en el Programa del Lactante, que recoge para cada ítem entre un 50% y un 95% de los niños que lo cumplen.*

Ambos test evalúan áreas semejantes:

DENVER	LLEVANT
<i>Sociabilidad</i>	<i>Personal-Sanitario</i>
<i>Lenguaje</i>	<i>Lenguaje</i>
<i>Manipulación</i>	<i>Motor-Fino</i>
<i>Postural</i>	<i>Motor-Grueso</i>

Encontramos como ventaja del test catalán, frente al americano, que el estudio ha sido realizado en niños españoles. Por otra parte, el test de Denver evalúa hasta los 6 años y el Llevant sólo hasta los 4 años.

Además de estos test, existen otros que evalúan áreas semejantes hasta edades posteriores: Test de Gessel, Test de Vaughan, Test de Brunet Lezine, Test de Terman, ...

Nosotros hemos elaborado una propuesta de evaluación D.P.M. de los 3 a los 7 años, basada fundamentalmente en los test de Denver y Llevant, completado en las últimas edades, por datos aportados por los otros test enumerados. Esta propuesta será expuesta posteriormente.

Como ya hemos dicho la mayoría de estos test evalúan:

- * *La conducta motora: que es un índice de madurez y los datos en este terreno son fundamentalmente de índole neurológico.*
- * *La conducta de adaptación: incluye coordinación sensitivo-motora, manipulación y utilización de objetos, uso de capacidades para resolver problemas y utilización de la experiencia anterior. Valora lo que se conoce como inteligencia.*
- * *El lenguaje: comprende la comunicación y la comprensión de los demás.*
- * *La conducta personal y social: Varía bastante, probablemente depende de factores socio-culturales en gran medida, aunque también depende de la madurez neurológica.*

En nuestra propuesta de evaluación D.P.M. el fracaso para realizar una prueba que consiguen TODOS los niños de su edad debe de considerarse.

Varios fracasos en un sector se consideran fracasos del desarrollo.

El niño puede rehusar a utilizar su capacidad por: fatiga, enfermedad, miedo.

Debemos tener siempre en cuenta si el niño ve y oye.

Es fundamental considerar las variaciones fisiológicas del desarrollo, la maduración del sistema nervioso central tiene sus variantes normales lo que justificaría variaciones en el desarrollo.

En la secuencia del desarrollo intervienen factores constitucionales-hereditarios y factores ambientales: social, aprendizaje, estimulación, ...

El seguimiento del niño nos permitirá establecer si éste presenta un retraso, si hay una evolución simplemente retardada, o si requiere un estudio más profundo.

1.-PROPUESTA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

1.1.-TRES AÑOS:

1.1.1.- MOTOR:

- * *TODOS pueden mantenerse sobre un solo pie al menos un segundo.*
- * *TODOS construyen torres al menos de seis cubos.*
- * *Suben las escaleras alternando los pies.*
- * *Montan un triciclo.*
- * *Salta en el sitio.*

1.1.2.- ADAPTATIVO:

- * *TODOS imitan un círculo.*
- * *Pintan un cruz.*
- * *Imitan la construcción de un puente con tres cubos.*

1.1.3.- LENGUAJE:

- * *Da su nombre.*
- * *Sabe su edad y su sexo.*
- * *TODOS señalan partes de su cuerpo.*
- * *TODOS usan plurales.*

1.1.4.- SOCIAL:

- * *TODOS se ponen los zapatos.*
- * *TODOS se lavan las manos.*
- * *Juegos en compañía.*
- * *Se viste vigilado.*

1.2.-CUATRO AÑOS:

1.2.1.- MOTOR:

- * *Salta sobre un pie.*
- * *TODOS aguantan sobre un pie cinco segundos.*
- * *Lanza pelotas sobre la cabeza.*
- * *Trepa bien.*

1.2.2.- ADAPTATIVO:

- * *TODOS copian una cruz.*
- * *Dibuja un hombre con tres partes.*
- * *Señala una línea más larga tres veces entre tres.*

1.2.3.- LENGUAJE:

- * *TODOS comprenden “frío”, “cansado”, ...*
- * *Entienden tres preposiciones.*
- * *Reconoce tres colores.*
- * *Cuenta cuatro monedas u objetos.*

1.2.4.- SOCIAL:

- * *Se aparta sin protestar de la madre.*
- * *Se viste sin vigilancia.*

- * *Va solo al cuarto de baño.*

1.3.- CINCO AÑOS:

1.3.1.- MOTOR:

- * *TODOS saltan sobre un pie.*
- * *Aguantan en un pie.*
- * *Coge pelota al rebote.*

1.3.2.- ADAPTATIVO:

- * *Copia cuadrado.*
- * *TODOS imitan modelo de cubos.*
- * *TODOS dibujan un hombre en tres partes.*
- * *Dibuja hombre de seis partes.*

1.3.3.- LENGUAJE:

- * *Reconoce cuatro colores.*
- * *Define por su uso tenedor, muñeca y lápiz.*
- * *Analogías opuestas dos entre tres: papá es un hombre, mamá es ..., un caballo es grande, un ratón es ..., el fuego es caliente, el hielo es ...*
- * *Cuenta cuatro monedas u objetos.*

1.3.4.- SOCIAL:

- * *TODOS se visten sin vigilancia.*
- * *Prefiere el juego en grupo.*
- * *Preguntan sobre el significado de las palabras.*

ANEXO VI

SIGNOS PRECURSORES DE ENFERMEDAD

Algunas enfermedades pueden despistarse de un modo precoz mediante la realización sistemática de unas pruebas de bajo coste, fiables y de fácil realización.

1.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La incidencia de hipertensión arterial (H.T.A.) en niño es del alrededor de 1-3%. La mayoría de estos niños tienen sólo discretas elevaciones de la tensión arterial, que pueden ser catalogadas como hipertensión arterial primaria o esencial.

La prevalencia de H.T.A. secundaria en niños es de 0,1%. Prácticamente el 90% de los pacientes con H.T.A. secundaria padecen una enfermedad renal.

Actividad: Estaría indicada la toma y registro de la tensión arterial de modo bianual a partir de los 4 años de edad.

1.1.- TÉCNICA DE LA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL:

1.1.1.- Aparato: Usar manómetro de mercurio, estandarizado y limpio para que no haya óxido, o aparato de tipo Doppler. Los manómetros anaeroides son más inexactos.

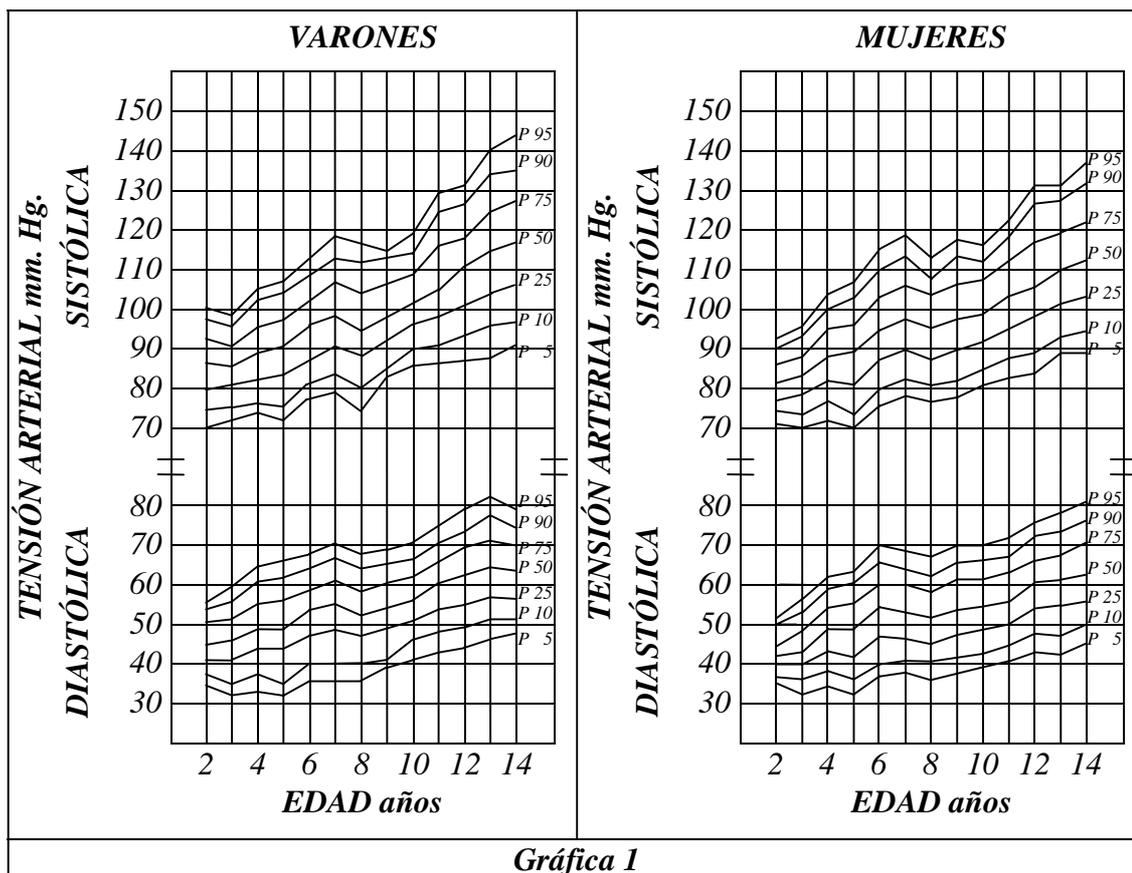
1.1.2.- Manguito: Elegir el más grande que pueda aplicarse confortablemente. La medida que hay que tener en cuenta es la del manguito de goma hinchable, no la de la funda del tejido exterior. La goma hinchable debería cubrir, al menos, 2/3 de la circunferencia del brazo, siempre cuidando de que la arteria humeral quede bien cubierta por el manguito de goma. Será de 8 cms. para niños en edad escolar y de 4-6 cms. para niños de 2 a 4 años. El borde del manguito no tocará el estetoscopio.

1.1.3.- Medida: Dejar al niño de 5 a 10 minutos en reposo, en una situación confortable. Preferiblemente sentados el niño y la persona que efectúa la medición, con el brazo derecho a la altura del corazón.

El primer ruido de Korotkoff se corresponde con la tensión sistólica, y la desaparición del quinto ruido con la diastólica; si no desaparece usar el cuarto ruido, que es cuando cambia el tono y se hace más débil y atenuado.

La velocidad de desinflado aproximada será de 2 mm./Hg. por segundo. Anotar el tamaño del manguito, posición y brazo utilizado. Si el niño está nervioso y excitado repetir la determinación una vez el niño esté tranquilo.

1.1.4.- Interpretación: Para niños de 2 a 7 años se usan las tablas percentiladas realizadas por el grupo del Hospital “Niño Jesús” de Madrid (Gráfica 1).



Se pueden definir como hipertensos aquellos niños que tengan unas cifras tensionales superiores al percentil 95.

1.2.- CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

1.2.1.- H.T.A. Límite: Cuando la tensión arterial sistólica o diastólica está comprendida entre el P95 y 10 mmHg. por encima de este nivel. Ha de confirmarse, al menos, 3 veces con una semana de intervalo entre una y otra, en condiciones óptimas de exploración.

Pauta a seguir: * Historia Clínica

* Examen físico

* Medición de la tensión arterial a padres y hermanos

* Terapéutica: - Restricción de sal

- Restricción de calorías (si es obeso)

- Ejercicios diarios dinámicos en lugar de estáticos

* Control de la tensión arterial cada 3 meses

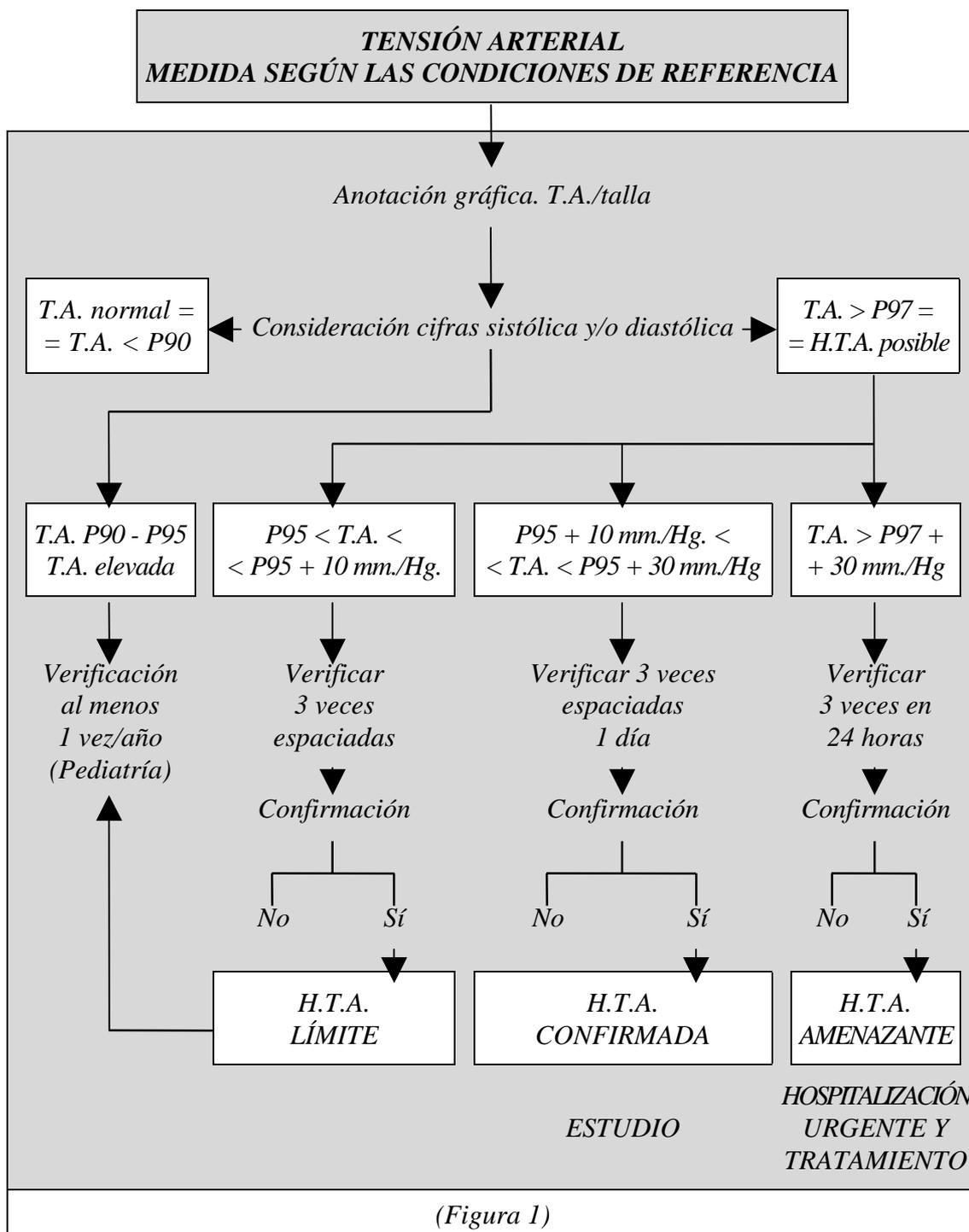
1.2.2.- H.T.A. Confirmada: Definida cuando la tensión arterial se encuentra entre 10-30 mm./Hg. por encima del percentil 95.

Debe medirse la tensión arterial una vez al día durante 3 días. Si se confirma la H.T.A deberá ser ingresado el niño para diagnosticar la causa.

1.2.3.- H.T.A Amenazante: Definida cuando la tensión arterial excede en 30 mm./Hg. a percentil 95. Precisa ingreso hospitalario.

1.3.-ACTITUD ANTE UNA HIPERTENSIÓN:

Dependerá de la severidad, persistencia y de las circunstancias en que fue detectada (Figura 1).



(Figura 1)

Existe una clara diferencia entre una H.T.A. descubierta accidentalmente en un niño asintomático, de la H.T.A. severa con síntomas. El grado y nivel de investigación vendrá definido por el nivel y persistencia de la H.T.A. Las cifras tensionales más altas se correlacionan con mayor incidencia de la H.T.A. secundaria, así como la edad del paciente, ya que a menor edad mayor incidencia de H.T.A. secundaria.

2.-SIGNOS PRECURSORES: APARATO URINARIO.

Se investigará la presencia de hematuria, proteinuria e infección del tracto urinario.

2.1.-TÉCNICA DE RECOGIDA DE ORINA:

Siempre que sea posible se recogerá la primera orina de la mañana, previo lavado de genitales y en frasco estéril.

Se recogerá a mitad de la micción. Si no se hace el examen en la hora siguiente ha de refrigerarse a 4° C.

En la consulta se realizará la detección mediante el uso de tiras reactivas. En caso de alteraciones remitir la orina a Laboratorio.

2.2.-LEUCOCITURIA-PIURIA:

*Sirve de alerta no de confirmación de infección del tracto urinario. Más de 5-10 leucocitos por campo de orina centrifugada se denomina **piuria**. Se correlaciona con infección urinaria en un 50% de los casos.*

2.3.-NITRITOS:

El método se basa en la reducción de nitrato o nitrito por las bacterias en la orina. Se hará en orina que lleve tiempo en vejiga porque, de lo contrario, da falsos negativos (20-25%). Detecta bacterias entéricas Gram negativas. Poco fiable para estafilococo. No da falsos positivos. En un segundo test tiene una fiabilidad de un 80%, y en tercero de un 90%. Es útil como screening y como seguimiento de pacientes. La positividad de estos test obliga a la confirmación y realización de un urocultivo. Ante los resultados positivos incluir al niño en el protocolo de infección urinaria.

2.4.-HEMATURIA:

La hematuria viene definida por una reacción positiva a sangre de la zona de las tiritas reactivas que contiene peróxido de ortotolidina y confirmada por la presencia de más de 5 hematíes por campo al microscopio. La ausencia de hematíes en el sedimento urinario, a pesar de existir una reacción positiva a sangre en la tira reactiva, debe alertar hacia el posible diagnóstico de hemoglobinuria o mioglobinuria.

No debe olvidarse que diversos colorantes pueden eliminarse por la orina y evocar un falso diagnóstico de hematuria: anilinas, betacianina (remolacha), rodamina B (dulces), feolftaleína (medicamentos), porfirinas, etc.

La frecuencia de microhematuria en un examen de salud es del 0,5 al 2% de los niños explorados. Cuando se encuentra una microhematuria que no tiene proteinuria ni otra sintomatología suele ser una alteración aislada.

La hematuria es una manifestación de una gran variedad de enfermedades renales y no renales. Ante la presencia confirmada de hematuria hay que revisar la historia anterior, antecedentes familiares (sordera, litiasis, etc.), proteinuria, tensión arterial y la búsqueda de signos o síntomas que nos orienten al origen y posible etiología.

Se debe enviar al nefrólogo pediatra al niño con hematuria y:

- * Antecedente familiar de glomerulonefritis, sordera nerviosa, insuficiencia renal crónica o trasplante renal.*
- * Episodios recurrentes de hematuria macroscópica.*
- * Signos sistémicos, como fiebre, artritis o artralgias, exantemas.*
- * Proteinuria intensa coexistente (>2+).*
- * Valor alto de creatinina y Nitrógeno ureico.*
- * Ansiedad intensa de los padres.*

2.5.-PROTEINURIA:

El diagnóstico de proteinuria se establece, generalmente, por la reacción observada en la zona de las tiras reactivas que contiene tetrabromofenol. Este método es muy útil y detecta proteinurias superiores a 10-15 mg./dl. Por otro lado, la excreción normal de proteínas no debe exceder de 100 mg./m² día (4 mg./m²/hora).

La proteinuria constituye un hallazgo de laboratorio que debe alertar hacia un proceso causal renal potencialmente importante, y siempre que se detecte con este procedimiento hay que hacer una medición cuantitativa.

Una proteinuria aislada asintomática puede observarse, aproximadamente, en el 5% de los niños en edad escolar. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la proteinuria será de tipo intermitente sin anomalía renal subyacente. Por lo general, sólo un pequeño número de casos evidenciarán una proteinuria que justifique un estudio especializado.

Ante la presencia confirmada de proteinuria, dado que en muchos casos va asociada a hematuria, se realizarán estudios complementarios e, igualmente, se enviarán al nivel especializado ante los criterios anteriormente reseñados.

El despistaje de estos problemas se realizará a los 4 años.

ANEXO VII

ACCIDENTES

El accidente no es absolutamente fortuito, sino que supone fallos que, en muchos casos, es posible prevenir. Por ello, se habla actualmente de lesión y no de accidente.

Ello representa un cambio de concepto desde la idea del accidente como acontecimiento que ocurre por casualidad y que no puede controlarse, al de lesiones como trastornos susceptibles de describir con criterio epidemiológico y profiláctico.

1.- EPIDEMIOLOGÍA.

Los accidentes se ven favorecidos por las características naturales propias de esta edad pediátrica: gran curiosidad, deseo de tocarlo todo, impulso normal del niño para tener autonomía, tendencia a imitar otras conductas, o por la ausencia de preocupación de su cuerpo, etc. Los niños desean hacer cosas, sean capaces o no de ello.

Otro aspecto incluye las conductas peligrosas o autodestructoras; los niños pueden estar motivados para autolesionarse como consecuencia de situaciones de tensión con la familia o compañeros.

Está descrito cómo niños de hogares con problemas emocionales, se sienten devaluados y privados de afecto, mostrando una falta general de cuidado del cuerpo, atolondramiento y falta de medidas de autoprotección.

Dentro de las características ambientales intervienen de una manera decisiva algunos factores como: ausencia de la madre, falta de vigilancia, inestabilidad emocional de la familia, cambios repentinos en las costumbres familiares que causan desorientación (por ejemplo: mudanza, visitas, etc.), falta de zonas libres para el normal esparcimiento de los niños.

La T.V. es especialmente preocupante, porque los niños tienden a imitar conductas agresivas o peligrosas que ven en la pantalla.

La frecuencia de accidentes aumenta en primavera y verano en razón de la mayor libertad del niño en las citadas estaciones. Por la misma razón, en los meses de clima benigno la morbilidad es mayor para los accidentes callejeros, y los intradomiciliarios tienen una frecuencia mayor en invierno.

Lugar: El 30% de los accidentes ocurren en el propio domicilio, el 30% en la calle y un 7% en la escuela.

En cuanto a la hora más frecuente se producen por la tarde entre las 14 y las 20 horas.

En España, de 200.000 niños accidentados por año, la proporción por sexos es de 71% de niños por 29% de niñas.

Así pues, se trata de un problema de trascendental importancia socio-sanitaria que requerirá el desarrollo de una labor conjunta del personal sanitario con profesionales de otros campos (arquitectos, ingenieros, legisladores, gobernantes, etc.).

En la prevención de accidentes son pieza clave tanto los profesionales sanitarios como los padres y la comunidad en general. A nosotros nos corresponde informar correctamente sobre los peligros para cada edad.

El papel de la escuela es fundamental como medio de formación.

Las instituciones dictarán normas legales de calidad y seguridad.

2.-CAUSAS DE ACCIDENTES MÁS FRECUENTES POR EDADES Y SU PREVENCIÓN.

2.1.-A LOS TRES Y CUATRO AÑOS:

Los mecanismos de lesión más frecuentes son:

2.1.1.- Traumatismos:

a) Golpes y caídas al mismo nivel (puertas, bañeras, suelos, etc.):

Es el tipo de accidente más frecuente y más difícil de prevenir. Como normas básicas de prevención se pueden distinguir:

- * *Colocación en el suelo de los baños de material antideslizante.*
- * *Fijar las alfombras sobre suelos pulimentados.*
- * *Evitar suelos demasiado resbaladizos.*
- * *Recordar la frecuencia de atrapamientos en las puertas.*

b) Caídas a distinto nivel:

Tanto en el hogar (mobiliario, ventanas, terrazas, escaleras, etc.) como en las áreas de juego y guarderías. Para su prevención habrá que procurar:

- * *Los cierres de las ventanas fuera del alcance de los niños.*
- * *Evitar ventanas bajas; si lo son que tengan protección.*
- * *Las terrazas, balcones o azoteas deben de tener barandillas altas. No tendrán objetos que se puedan usar para trepar ni huecos que permitan el paso de los niños.*
- * *Las puertas de las casas deben estar cerradas de modo que el niño no pueda abrirlas fácilmente.*
- * *En caso de existencia de literas deberán disponer de la protección adecuada.*

En el área de juego, el mayor número de lesiones se produce en columpios y toboganes, para evitarlas habrá que:

- * Evitar la oscilación de columpios vacíos y no permitir que se enrosquen las cadenas.*
- * Sentarse en el centro del columpio.*
- * Parar el columpio antes de salir de él.*
- * Evitar que los niños corran alrededor de ellos.*
- * Elegir zonas de juego donde la superficie sea de arena, caucho o césped, ya que la superficie de contacto tiene más importancia que la altura.*

2.1.2.- Tráfico:

Se sitúa en segundo lugar respecto a frecuencia, pero en cuanto a mortalidad ocupa el primero. El accidente puede ocurrir como:

a) Usuario:

El niño debe de viajar en los asientos traseros y con sujeción especial. Mantener a estas edades silla de coche o, en ausencia de ésta, poner cinturón de seguridad. Respetar la normativa vigente en transporte escolar.

b) Peatón:

Procurar que los niños jueguen en lugares seguros, alejados de cualquier posible riesgo debido a la circulación y vigilados por una persona mayor. El niño debe caminar por el interior de las aceras y con precaución cuando atraviesa entradas para coches o garajes.

La mejor enseñanza para el niño es el ejemplo, por lo que se deben respetar las normas de tráfico cuando se va con él.

2.1.3.- Intoxicaciones:

Interesa distinguir entre las accidentales (90%) de las yatrogénicas (5-7%).

Las más frecuentes son las medicamentosas, a las que corresponde un 65% del total, siendo los fármacos más ingeridos: salicilatos, tranquilizantes, anovulatorios.

Las ingestiones de productos químicos corresponden a lejía, aguarrás, productos de limpieza, alcohol, amoniaco, monóxido de carbono, plomo, setas, agentes metahemoglobinizantes, etc.

Prevención:

- * Guardar los medicamentos y productos de limpieza fuera del alcance del niño, preferentemente en armarios altos y cerrados con llave.*
- * Los productos tóxicos se guardan en sus envases originales para evitar confusiones.*
- * Ser cuidadoso con la dosificación recomendada por el médico. No usar ningún medicamento sin prescripción facultativa.*
- * Tener cuidado con las plantas habituales del hogar y jardines, pues muchas de ellas son venenosas (Adelfas, Difenbachia, Flor de Pascua, Photos, Hortensia...).*

2.1.4.- Quemaduras:

En estas edades la mayor frecuencia corresponde a escaldadura y quemaduras por líquidos y alimentos calientes. Se producen dentro del domicilio, en la cocina sobre todo.

Prevención:

- * *No dejar al alcance de los niños recipientes con agua o líquidos calientes. Evitar que los mangos de los cazos y sartenes sobresalgan de la cocina.*
- * *Evitar el juego con atomizadores o sprays, ya que son muy inflamables.*
- * *Los aparatos eléctricos deben estar bien cuidados. Evitar que tengan cables pelados o picados en los enchufes rotos. No tocar con las manos mojadas aparatos eléctricos.*
- * *Enseñar a los niños a no tocar interruptores con las manos o pies mojados.*
- * *Toda fuente de calor (carbón, electricidad, gas, etc.) tendrá su foco de calor protegido y estabilidad suficiente para que no se vuelque.*

2.1.5.- Asfixias:

Pueden ocurrir por la introducción de cuerpos extraños en vías respiratorias.

Los cuerpos extraños más comunes son:

- *Objetos pequeños (monedas, botones, juguetes, etc.).*
- *Alimentos, como frutos secos (pipas, cacahuetes, almendras), caramelos, legumbres crudas o cocidas (garbanzos, judías, lentejas).*
- *Cadenas, cintas y bolsas de plástico.*

Prevención:

- * *Elegir el juguete apropiado para cada edad.*
- * *Aconsejar no usar joyas (cadenas, pulseras, etc.).*
- * *No dejar que el niño use bolsas de plástico como juguete.*
- * *No es aconsejable dar frutos secos a los niños menores de cuatro años, pueden producir asfixia o ser aspirados y pasar a vías respiratorias inferiores.*

2.1.6.-Inmersión:

Algunos ahogamientos tienen lugar en las casas y en piscinas. En el medio rural también se dan en pozos y acequias.

Prevención:

- * *Las piscinas estarán valladas y sus puertas cerradas.*
- * *Proteger las acequias que pasan por núcleos de población.*
- * *Incrementar la vigilancia en las playas.*
- * *No dejar a los niños solos en el baño.*
- * *Estimular la enseñanza de la natación.*

2.2.- CINCO Y SEIS AÑOS:

2.2.1.- Traumatismos:

Continúa la incidencia de:

- a) *Golpes y caídas al mismo nivel.*
- b) *Caídas a distinto nivel. Aumentando la frecuencia de accidentes debidos a caídas de bicicletas.*
- c) *Heridas incisivas por objetos cortantes:*
 - * *Los cuchillos, tijeras y objetos cortantes deben estar fuera de su alcance, utilizar los de punta roma y enseñar su utilización bajo vigilancia.*
 - * *No guardar restos de juguetes metálicos rotos porque son muy cortantes.*
 - * *Vigilar a los niños cuando tengan objetos de vidrio en las manos (botellas, etc.).*
 - * *Evitar piezas y mamparas de cristal dentro de su casa.*

2.2.2.- Tráfico:

A estas edades el niño al tener más autonomía, comienza a salir más veces solo a la calle a jugar, o incluso a desplazarse acompañado de hermanos al centro escolar o utilizando transporte escolar, será pues el período idóneo para potenciar actividades educativas de normas de tráfico. No obstante, todavía no están preparados para comprender muchas de ellas ni las señales, así como para apreciar velocidad y peligro, ya que tienen disminuida la capacidad de localizar salidas y la percepción del movimiento en sus campos visuales periféricos.

Prevención:

- * *Necesidad de ser acompañados en los cruces por un adulto.*
- * *Evitar el juego en las aceras y lugares de tráfico.*
- * *Educación del niño que conduce una bicicleta. No debería circular solo antes de los 7 años, a no ser en recintos apropiados, o bajo la vigilancia de un adulto.*

2.2.3.- Intoxicaciones:

Cuidar con las pinturas, gomas de borrar con plomo, inhalación de pegamentos, etc. Utilizar sólo productos que indiquen para uso escolar.

2.2.4.- Quemaduras:

A esta edad las más frecuentes son: fuego, cerillas, petardos ...

Prevención:

- * *No dejar manipular cerillas ni mecheros.*
- * *Procurar evitar la compra de petardos y cohetes a los menores de edad.*
- * *Recordar secarse las manos antes de manipular interruptores o aparatos eléctricos (secadores, etc.).*

2.2.5.-Armas de fuego:

Especial cuidado en los domicilios donde se posean.

Prevención:

- * *No dejar las armas al alcance de los niños.*
- * *Guardarlas siempre bajo llave.*
- * *Mantenerlas descargadas y colocar la munición en lugar diferente.*
- * *Prohibir jugar en zonas de coto de caza.*

2.2.6.-Inmersión:

- * *Seguir aconsejando la enseñanza de la natación.*
- * *Nadar siempre en lugares vigilados por un adulto.*
- * *Evitar inmersiones bruscas en aguas muy frías.*
- * *Cuidado con los juegos dentro del agua, evitando aguadillas y juegos violentos.*
- * *Comprobar al zambullirse que no hay otra persona a un nivel inferior.*

2.3.-SIETE AÑOS:

2.3.1.- Traumatismos:

a) *Golpes y caídas al mismo nivel.*

Con aumento de lesiones escolares producidas durante las clases de educación física o durante la realización de algún deporte, siendo más frecuentes en niños con destreza motora inmadura o deficiente. Insistir en el espíritu de corrección tanto en los entrenamientos como en las competiciones deportivas, procurando un correcto aprendizaje con vigilancia de profesores o monitores.

b) *Caídas a distinto nivel:*

Uso frecuente de bicicletas, monopatines, patines...

En las lesiones por bicicleta el 70% de ellas guardan relación con violaciones del tránsito por parte del que la monta.

Prevención:

- * *Recordar el aprendizaje de las normas de tráfico y respetar las señales.*
- * *Prohibir la utilización de patines y monopatines por la calzada.*
- * *Usar el equipo apropiado para su utilización (cascos, guantes, etc.).*
- * *No hacer carreras en pendientes, ni usarlos de noche. Aprender a caerse.*

2.3.2.- Quemaduras:

Aumento de frecuencia de quemaduras químicas y eléctricas.

2.3.3.- Intoxicaciones:

Disminuye la frecuencia de las ingestiones realizadas de manera accidental, para aumentar las ingestiones voluntarias, como por ejemplo el alcohol presente en casi todos los domicilios y siempre de fácil acceso.

2.3.4.-Inmersión:

Seguir aconsejando la enseñanza de la natación.

Prevención:

- * *Nadar siempre en lugares vigilados por un adulto.*
- * *Cuidado con los juegos dentro del agua, evitando aguadillas y juegos violentos.*
- * *Comprobar que al zambullirse no hay personas a un nivel inferior.*

3.-NORMAS PARA LA COMUNIDAD.

3.1.-TRAUMATISMOS:

- * *Evitar la presencia de zanjas y desmontes sin proteger en las escuelas y cercanías.*
- * *Que existan zonas de juegos valladas.*
- * *Separar al máximo las zonas de circulación de las peatonales.*
- * *Evitar los suelos duros en zonas de columpios y toboganes. Utilizar arena o caucho para amortiguar las caídas.*
- * *Que los toboganes sean anchos para impedir las caídas laterales, de material inastillable y que lleguen a ras de suelo.*
- * *Los columpios deberían ser de plástico o almohadillados.*

3.2.-TRÁFICO:

- * *Las escuelas dispondrán de medidas de seguridad para evitar la salida de los niños.*
- * *Establecer pasos de peatones con las debidas precauciones.*
- * *Planificar la enseñanza de tráfico en las escuelas.*

3.3.-INTOXICACIONES:

- * *Insistir en el uso de envases de seguridad tanto en fármacos como en productos de limpieza o potencialmente tóxicos.*

3.4.-INMERSIÓN:

- * *Las piscinas deberán estar valladas y sus puertas cerradas.*
- * *Cerrar los pozos abandonados.*
- * *Proteger las acequias que pasen por núcleos de población.*
- * *Acentuar la vigilancia en las playas.*
- * *Desarrollar y mejorar la natación a edades tempranas mediante programas adecuados de natación para niños. Alentarlos a participar en cursos repetidos.*

* Incluir la natación, al comenzar la E.G.B., como asignatura extraescolar y de forma gratuita.

4.-NORMAS ELEMENTALES DE ACTUACIÓN POR LOS PADRES.

Estas normas se entregarán por escrito, bien aprovechando la visita de inicio al programa o bien durante la primera visita programada, para reforzar las normas preventivas expuestas.

4.1.-ASFIXIA:

Nunca intente sacar el objeto con los dedos, salvo que sea muy fácil de extraer.

Si se trata de un niño muy pequeño cójalo por los pies, hacia abajo, y golpéele en la espalda, a la altura de los hombros. Si a pesar de todo no expulsa el objeto, trasládalo urgentemente a un centro hospitalario.

En el caso de un niño de más edad, llévelo directamente al médico.

4.2.-DESCARGA ELÉCTRICA:

Ante todo, desconecte la corriente con el interruptor o intente retirar al accidentado utilizando objetos aislantes, como madera, goma, etc., excepto en los casos de alta tensión.

Nunca intente hacer esto tocándole con sus manos directamente, porque podría sufrir también una descarga.

Si no respira haga el boca a boca, y si hay paro cardiaco trate de realizar un masaje exterior hasta que llegue el médico.

4.3.-QUEMADURAS POR FUEGO:

Impida que el niño salga corriendo y trate de revolcarlo en el suelo, cubriéndole con una manta.

No trate de quitar los restos de ropas quemadas adheridas a su piel y cubra las quemaduras con una gasa esterilizada o paño limpio.

No aplique nunca pomadas o remedios caseros sin consultar antes con el médico.

En el caso de grandes quemaduras acuda inmediatamente a un centro hospitalario.

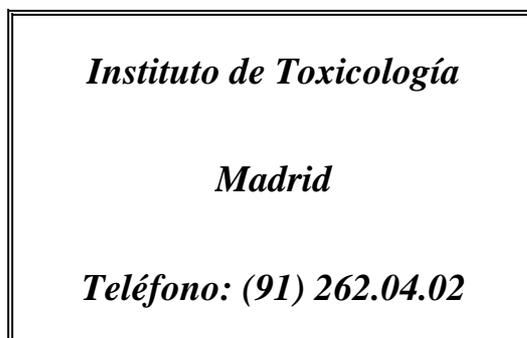
4.4.-INTOXICACIÓN POR TOMA ACCIDENTAL DE MEDICAMENTOS:

Trate de provocar el vómito al niño si la ingestión ha sido reciente. Si no lo logra, trate de averiguar el tipo de medicamento tomado en líquido o pastillas, canti-

dad y tiempo transcurrido hasta ese momento. Facilite esta información a su médico o, si estima se trata de una urgencia vital, acuda al hospital.

4.5.-INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS TÓXICOS:

Para informarse sobre lo que debe hacer, llame al Instituto de Toxicología o acuda al médico lo antes posible.



Si el producto tóxico ha caído sobre la piel lávela con agua abundante.

Si el niño está inconsciente, convulsiona o ha ingerido algún producto cáustico, como la lejía, petróleo o alguno de sus derivados, no trate de provocarle el vómito.

4.5.1.- Ingesta de productos de limpieza:

- * *Limpiar los labios y el interior de la boca con agua fresca mediante una gasa o paño limpio.*
- * *Administrar 2 ó 3 cucharaditas de aceite de cocina (aceite de girasol, oliva, soja, maíz, etc.).*
- * *Administrar agua albuminosa. Se prepara batiendo la clara de dos huevos y añadiéndolas a un vaso de agua. Hacer beber a traguitos cortos esta mezcla hasta formular la consulta médica.*
- * *Lavar con jabón de tocador las manos, la cara y las partes que hayan estado en contacto con el producto.*
- * *Quitar las ropas embebidas del producto de limpieza.*
- * *Consultar telefónicamente con su médico o con el Servicio de Información Toxicológica.*

Según publicación de la Asociación de Fabricantes de Detergentes, Tensioactivos y Productos Afines: "...Las estadísticas indican que más del 75% de los accidentes por ingestión de productos para la limpieza quedan libres de síntomas, aún en caso de niños menores de cinco años. Pocos casos muestran afectación del tracto gastrointestinal y pocos también causan lesiones cáusticas..."

En otras publicaciones existen listas de productos de frecuente ingestión y baja toxicidad que se facilitan para tener en los centros. No obstante, en caso de duda consultar al Servicio de Información Toxicológica.

5.-PRODUCTOS DE BAJA TOXICIDAD DE FRECUENTE INGESTIÓN.

No es necesario tratamiento	Eliminación si gran cantidad
<ul style="list-style-type: none"> * <i>Abrillantadores de calzado (a veces contienen anilina).</i> * <i>Aditivos de peceras.</i> * <i>Arcilla de modelar.</i> * <i>Champú.</i> * <i>Detergentes (aniónicos).</i> * <i>Edulcorantes.</i> * <i>Jabón en pastilla.</i> * <i>Jabón espumoso de baño.</i> * <i>Lápiz de labios.</i> * <i>Lápiz de ojos.</i> * <i>Lociones para manos.</i> * <i>Lociones y cremas de afeitarse.</i> * <i>Pasta de dientes.</i> * <i>Periódicos.</i> * <i>Rascadores de cerillas.</i> * <i>Termómetros.</i> * <i>Tinta de bolígrafo.</i> * <i>Tiza.</i> * <i>Velas.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Agua del retrete.</i> * <i>Anticonceptivos orales.</i> * <i>Bronceadores.</i> * <i>Cerillas (más de 20 cerillas de madera ó 2 de papel).</i> * <i>Colonia.</i> * <i>Desodorantes.</i> * <i>Loción after shave.</i> * <i>Lociones corporales.</i> * <i>Sprays del cabello.</i> * <i>Suavizantes de ropa.</i> * <i>Tónicos del cabello.</i> * <i>Tintes del cabello.</i>

6.-DERIVACIONES A HOSPITAL.

6.1.-QUEMADURAS:

- * *Quemaduras de primer grado sobre el 15% de la superficie corporal.*
- * *Quemaduras de segundo grado sobre el 5-10%.*
- * *Quemaduras de tercer grado.*
- * *Quemaduras en cara, ojos, párpados, nariz, orejas, manos, genitales, perineo, circulares en miembro y flexuras (posibles retracciones) y en las de labio, lengua y boca (posible hemorragia tardía).*
- * *En las quemaduras eléctricas si existen alteraciones en el E.C.G., C.P.K., o en la analítica de orina.*

6.2.-TRÁFICO Y CAÍDAS DE DISTINTO NIVEL:

- * *Si ha existido T.C.E., salvo en casos muy leves. Si es posible con vía aérea permeable y en decúbito lateral.*

6.3.-PICADURAS Y MORDEDURAS:

- * *En caso de anafilaxia y tras la primera dosis de adrenalina.*

6.4.-INTOXICACIONES:

* En dependencia del tipo de sustancia ingerida, cantidad (ver tabla de productos de frecuente ingestión y baja toxicidad), tiempo transcurrido desde la toma. Para información de composición de sustancias y actitud llamar a Toxicología (Teléfono: 91-232.33.66).

HOJA DE REGISTRO

Apellidos: _____

Historia n°: _____

Nombre: _____

Centro de Salud: _____

Visita de inicio del Programa } Ofertada: Fecha: _____ Realizada:
 Visita de inicio de escolarización } Ofertada: Fecha: _____ Realizada:
 Revisión Hª anterior (ver dorso)

Visita	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS
Datos					
Anamnesis Hábitos:					
- Alimentación	A:	A:	A:	A:	A:
- Higiene	H:	H:	H:	H:	H:
- Ocio	O:	O:	O:	O:	O:
- Sueño	S:	S:	S:	S:	S:
- Eliminación excret.	E:	E:	E:	E:	E:
- Conducta	C:	C:	C:	C:	C:
- Háb. tóx. fam.	HT:	HT:	HT:	HT:	HT:
Antropometría:					
- Peso	P:	P:	P:	P:	P:
- Talla	T:	T:	T:	T:	T:
Exploración General:					
1. Estado general:	1:	1:	1:	1:	1:
2. Auscultación C/R:	2:		2:	2:	2:
3. Abdomen:	3:		3:	3:	3:
4. Sistema linfático:	4:		4:	4:	4:
5. Orofaringe:	5:	5:	5:	5:	5:
6. Genitales:	6: testes	6: testes	6: testes	6: testes	6: testes
7. Ap. locomotor:	7: pies, rodillas	7: pies, rodillas, columna	7: pies, rodillas, columna	7: pies, columna	7: pies, columna
Exploración sensorial:					
1. Auditiva:	1: otoscopia ex-subjetivo	1: otoscopia audioscopia/ex.s.	1: otoscopia audioscopia/ex.s.	1: otoscopia audioscopia/ex.s.	1: otoscopia audioscopia/ex.s.
2. Visual:	2: ambliopía Hirschberg/cover	2: optotipos Hirschberg/cover	2: optotipos Hirschberg/cover	2: optotipos Hirschberg/cover Ishihara	2: optotipos/hiper. Hirschb/cover
DESARROLLO PSICOMOTOR:	motor: adap: leng.: soc.:	motor: adap: leng.: soc.:	motor: adap: leng.: soc.:	motor: adap: leng.: soc.:	motor: adap: leng.: soc.:
DESPISTAJE:		T.A. Orina:		T.A. Man:	
MEDIDAS PREVENTIVAS:	rev.ca. vacunal Flúor	rev.ca. vacunal Flúor	rev.ca. vacunal Flúor	TÉTANOS- POLIO Flúor	rev.ca. vacunal Flúor
Problemas y deriv.: (Ver dorso)					
ACCIDENTES: (Ver dorso)					
E.P.S. INDIVIDUAL:					
- Desarrollo evolutivo	-d.e.:	-d.e.:	-d.e.:	-d.e.:	-d.e.:
- Alimentación	-a:	-a:	-a:	-a:	-a:
- Higiene	-h:	-h:	-h:	-h:	-h:
- Sueño	-s:	-s:	-s:	-s:	-s:

-Ocio	-o:	-o:	-o:	-o:	-o:
-Conducta	-c:	-c:	-c:	-c:	-c:
-Accidentes	-a:	-a:	-a:	-a:	-a:
E.P.S. EN GRUPOS:					
ESCOLARIZACIÓN:					

REVISIÓN DE LA HISTORIA ANTERIOR: (1ª visita del programa)

1.- Problemas pendientes de solución:

2.- Problemas que requieren seguimiento:

	PROBLEMAS	DERIVACIONES	ACCIDENTES
3 AÑOS			
4 AÑOS			
5 AÑOS			
6 AÑOS			

<i>7 AÑOS</i>			
---------------	--	--	--