

## DOCUMENTO DE TRABAJO DE CARTERA DE SERVICIOS DE PEDIATRÍA. ASTURIAS

<i>Grupo de Cartera</i>
-------------------------

### 1 INTRODUCCIÓN:

La Cartera de Servicios se define como el desarrollo de la oferta clínico- asistencial que el Sistema Sanitario Público pone, a través de sus profesionales y centros a disposición de los ciudadanos.

La Cartera de Servicios en Atención Primaria, establece el catálogo de prestaciones, la oferta de servicios, relacionados con los problemas de salud susceptibles de resolución en el primer nivel de atención y se sustenta en criterios científico-técnicos. Está sometida a permanente evaluación tanto en indicadores globales de cobertura como de calidad.

Debe estar abierta a la participación y el consenso implicando a profesionales de atención primaria, de las sociedades científicas y a los responsables de la gestión y administración sanitaria.

Tendrá utilidad para la población que a través de ella podrá poseer la información adecuada acerca de las prestaciones ofrecidas por el servicio público de salud en este nivel de atención

Como instrumento de gestión posibilita el medir, comparar, mejorar y establecer objetivos conjuntos que propicien la cohesión en los equipos de atención primaria

Los profesionales sanitarios podrán conocer su actividad así como la calidad de las prestaciones ofrecidas a la población, hacer valoraciones generales y específicas y nuevas propuestas que permitan mejorar la salud de la población

Deberá ser única orientada a resolver los problemas de salud de manera coordinada y permitir asegurar la accesibilidad, equidad y calidad a los usuarios.

El Pediatra es el responsable de proporcionar a la población una atención integral y continuada desde el momento del nacimiento hasta la adolescencia, coordinando también el manejo de aquellas situaciones que exigen la participación de diferentes servicios sociosanitarios, es la vía natural de entrada de en el sistema de Salud de este sector de población. En el marco de una única cartera de Servicios existirá una específica Pediatría destinada a la población entre 0 y 14 años.

### 2 ANTECEDENTES DE LA CARTERA DE SERVICIOS

La crea el INSALUD en 1991 con el fin de establecer un catálogo de prestaciones en ella se incluyeron 5 servicios de atención al niño, nueve de atención a la mujer y seis para atención al adulto y anciano. En 1.993 se establecen las Normas Técnicas Mínimas (N.T.M.) como instrumento para evaluar la calidad; desde entonces, hasta hoy ha sufrido diversos cambios que en muy escasa medida han afectado a la Cartera de Servicios pediátrica.

#### 2.1 Cartera de Servicios (2.003- 2.004) en Asturias:

La cartera de Servicios de Asturias en el 2003 incluye:

- Pediatría: 7 servicios incluido el Servicio de Prevención de la caries infantil. El valor técnico otorgado al conjunto de servicios es de 15.
- Adultos: 10 Servicios de la mujer; 17 Servicios al adulto en general; 1 Servicio destinado al anciano; 1 Servicio de Cirugía menor y 1 Servicio de atención al joven ; Valor técnico del conjunto: 99
- Tratamientos fisioterapéuticos y psicoterapéuticos

En el año 2003 el Servicio de “Atención al niño y adolescente con asma” fue incorporado a la cartera de Servicios, sin asignación de valor técnico y es incluido definitivamente en la Cartera del 2004 con un valor técnico de 5,5.

En la tabla I se expone la evaluación de Cartera a partir de los datos registrados con el sistema informático OMI

### 1. Cartera de Servicios (tabla 1)

Numerador/ casos esperados %

**Tabla 1 Resultados de Cartera de Servicios Pediatría año 2003**

	Jarrio	Cangas	Aviles	Oviedo	Gijón	Arriendas	Mieres	Sama
Vacunas	66,5	58,7	68,2	60,4	65	80,4	65,2	74,1
0-23 meses	86,9	100	114,4	101	122	89,8	102,6	95,9
2-5 años	58,2	79,4	80,5	63,5	74	107,2	85,7	76,3
6-14 años	38,3	63,1	51,9	38,4	42	79,5	61,8	49,1
PRANA	23,1	20,2	17,4	11,7	6,3	19	15,5	7
Niños	559	82	306	428	191	105	117	60

Comentarios a la tabla:

Las coberturas vacunales en Asturias están por encima del 90% lo que no está reflejado en **la tabla previa que resume los datos registrados en OMI, no las coberturas reales**, el tiempo de implantación del sistema informático influye en los resultados. Las coberturas son buenas en el tramo de edad 0-23 meses en el que la visitas son frecuentes. En el tramo 6-14 años, los exámenes de salud están programados cada 3 o 4 años por lo que no se obtendrán coberturas reales hasta pasado este tiempo de funcionamiento del sistema informático

### 3 REFLEXIONES ACERCA DE LA CARTERA DE SERVICIOS ACTUAL:

No permite obtener datos fidedignos del trabajo real. No está ligada a recursos. No mide calidad. Utiliza denominadores cuantitativos y en muchos casos no reales, por lo que no tiene en cuenta aspectos relacionados con las características especiales de la zona: dispersión geográfica, situación socioeconómica y cultural de la población. Los profesionales desconocen su existencia o la perciben como herramienta impuesta; se percibe como un fin en sí misma, no como un medio para la mejora asistencial; en muchos casos es interpretada como sobrecarga de trabajo. La presión asistencial puede dificultar su cumplimentación.

No es conocida por los usuarios

#### 3.1 Opinión de los Pediatras de Atención Primaria de Asturias respecto a la Cartera de Servicios actual:

La opinión de los pediatras se recogió en una encuesta distribuida en el 2000 a todos los pediatras de atención primaria de Asturias y sus conclusiones se incluyeron en el documento "Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia en Asturias, situación Actual y Propuestas de Mejora" entregado a la administración en el 2001. En general, opinan que las actividades realizadas habitualmente en las consultas no están reflejadas en dicha Cartera, y ésta, en la práctica, casi se limita a ser una herramienta de control para las autoridades sanitarias.

Se transcriben los resultados respecto a "Cartera de Servicios" de dicha encuesta:

- Respecto a Cartera de Servicios:
  - o Un 40,6% opina que es claramente insuficiente.
  - o Un 54,2% opina que es incompleta y
  - o Un 5,2% que es suficiente
- Respecto al programa del niño sano:

- o El 4,6% considera que es muy bueno
- o 29,7% considera que es bueno
- o Un 62,5% opina que es bastante mejorable
- o Un 1,6% opina que es muy malo y otro 1,6% que es inútil
- Necesidad de crear servicios específicos de pacientes crónicos:

o El 84,3% cree que son necesarios: Se enumeran : Asma; Trastornos de alimentación: Obesidad, anorexia, bulimia; Enuresis; Trastornos de crecimiento; Trastornos de sueño; Promoción de lactancia materna; Niños de riesgo social; Fallo del medro; Seguimiento de patología nefrourológica; Detección precoz y seguimiento de trastornos neuropsiquiátricos; de Déficit visuales y auditivos; Detección precoz y seguimiento de trastornos ortopédicos y aparato locomotor; Prevención y seguimiento de patología alérgica.

- Necesidad de desglosar los servicios preventivos de los de diagnóstico y tratamiento:
- o El 74,3% opina que deben desglosarse.
- o El 12,85% que no y otro 12,85% no opina

### **3.2 Participación de los pediatras de A.P. como colectivo en la Cartera de Servicios:**

#### **• Respecto a la Cartera:**

Nunca se ha presentado a los pediatras de atención primaria la cartera de Servicios; no se han aceptado las diferentes sugerencias propuestas a la administración (desde 1.998 hasta 2.003 ) ni , hasta el momento actual, se ha permitido la creación de un grupo de trabajo al respecto.

#### **• Respecto a la Historia clínica y Programas del lactante, preescolar y escolar:**

No ha existido en Asturias un único modelo de historia clínica pediátrica (formato papel) excepto el oficial del INSALUD que presentaba importantes lagunas. Los profesionales de diferentes áreas elaboraron sus propias historias, adaptadas a la recogida de datos de los diferentes exámenes de Salud, que en algunos casos fueron aceptadas por las gerencias y se convirtieron en el modelo oficial diferente para cada área. Lo mismo ocurrió con respecto a los Programas del niño sano, sólo existió en Asturias el programa de Salud del Escolar (elaborado por la consejería de Sanidad y con la participación de pediatras) Al igual que respecto a la historia clínica, algunos profesionales individual o colectivamente elaboraron sus propios Programas de salud para el lactante y el preescolar que como en el caso del área IV fueron modelos oficiales de programas con su índices de cobertura y normas técnicas mínimas.

#### **• Cartera y sistema informático OMI-AP**

La informatización de las consultas de Atención Primaria ha introducido cambios importantes en el sistema de registro y en pediatría al igual que en el resto de colectivos, se ha recibido una escasa formación al respecto.

- Se participó en el Grupo de Trabajo Cartera-OMI y como fruto de dicho trabajo, se incorporaron a las consultas los Protocolos del Centro de Salud del Greco (más adecuados a la práctica real que los de cartera y que permitían su evaluación) ; su inclusión fue desigual en el tiempo y con opiniones muy dispares entre las diferentes gerencias acerca de su utilización , mientras algunas planteaban la posibilidad de utilizar ambos protocolos , desde otras se decía que la vía de los protocolos del Greco era incorrecta porque no descargaba cartera y por tanto no podrían ser evaluados. Esta disparidad de criterios, llevó a una situación en la que, la norma, ha sido la solución individual sin que exista la más mínima homogeneidad hasta el año 2004

- Se cargaron los nuevos Protocolos OMI-ASMA siguiendo el PRANA (Plan

Regional de Atención al niño y adolescente con Asma) y en algunas gerencias se realizó algún curso de formación específica. Está pendiente de ser distribuido el documento explicativo de su funcionamiento.

- Se participó también en el Grupo OMI- Vacunas desde el que se unificaron los criterios para toda Asturias y se adaptó el registro de vacunas al calendario actual del Principado. Existe un documento muy didáctico elaborado por una profesional de enfermería que no ha sido adecuadamente distribuido.

#### 4 CARACTERÍSTICAS PECULIARES DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- La Pediatría de Atención primaria, siempre ha tenido en cuenta la importancia de la prevención y promoción del desarrollo. La administración de las vacunas de forma sistemática a toda la población infantil ha modificado sustancialmente su perfil epidemiológico. La eficacia de los cribados neonatales de hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria e hipoacusias ha sido ya demostrada; en la actualidad, los cribados selectivos o generales realizados a diferentes edades también están demostrando ser eficaces en la detección y tratamiento precoz de problemas congénitos o adquiridos. La estrecha relación de los hábitos saludables con la salud infantil y del adolescente es notoria y relevante. Son numerosas las publicaciones científicas que encuentran buenas evidencias de que la educación sanitaria promueve la adquisición de hábitos saludables y cambios en el comportamiento capaces de mejorar la salud. Por lo que el Consejo de Salud está demostrando ser una actividad muy prometedora en la mejora de la salud de este colectivo.
- Existe un predominio de patología aguda que precisa exploración exhaustiva.
- La anamnesis es recogida a segundas personas.
- Morbilidad en Pediatría de atención Primaria en Asturias:

Durante el año 2004, desde la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Asturias y en colaboración con el SESPA se realizó, un estudio de la actividad de las consultas a partir de los datos registrados en el sistema informático (OMI –AP) durante el año 2003 siguiendo la codificación CIAP.

La población pediátrica de la comunidad autónoma asturiana (0 a 14 años) es de 93.311 niños.

Se estudió una muestra de 22.546 niños, generaron 91.414 diagnósticos.

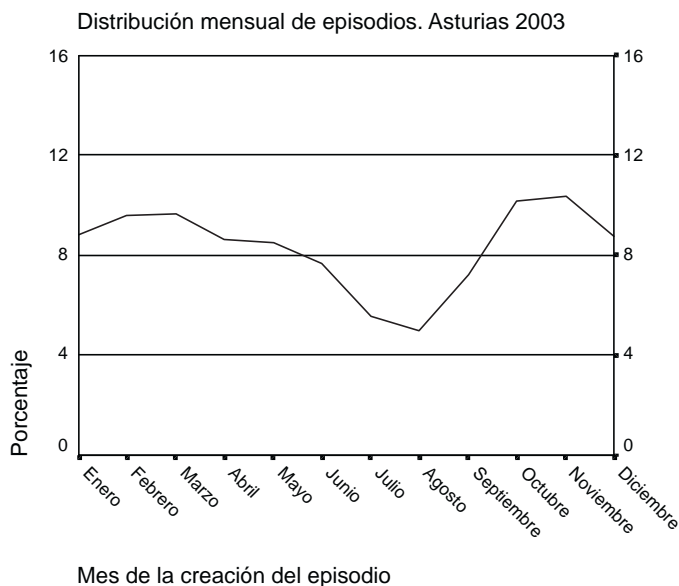
La patología más prevalente se distribuye de manera que prácticamente el 70% de todos los diagnósticos de las consultas se agrupan en 17 diagnósticos (ver tabla II)

**Tabla 2** Estudio de Morbilidad en Pediatría de A.P. Asturias: Diagnósticos más frecuentes.

Infección Respiratoria de vías altas:	23,1%
Amigdalitis:	6,85%
Otitis media aguda:	4,5%
Actividades Preventivas:	3,9%
Fiebre	3,9%
Bronquitis- Bronquiolitis:	2,7%
Otras enfermedades virales:	2,5%
Asma:	2,4%
Tos:	2,3%
Gastroenteritis aguda:	2,3%
Laringitis:	2,1%
Gripe:	1,9%
Sin enfermedad:	1,8%
Diarrea:	1,7%
Conjuntivitis alérgica:	1,3%
Dolor abdominal:	1,2%
Eccema:	1%
<b>Total: 17 diagnósticos:</b>	<b>65,45%</b>

Para el diagnóstico del total de las patologías observadas se utilizaron 516 códigos diferentes lo que significa que si bien la actividad más frecuente se agrupa en pocos diagnósticos, un tanto por ciento pequeño de actividad (en torno al 30% del total), incluye una gran complejidad hasta llegar a abarcar más de 500 diagnósticos diferentes.

- Importante estacionalidad como se observa en la tabla 3

**Tabla 3: Distribución mensual de los episodios Asturias 2003**

### 5 PROPUESTA DE CARTERA DE SERVICIOS:

La oferta de servicios de la pediatría de atención primaria, se dirigirá a los niños y su entorno familiar, educativo y social, comprenderá servicios de promoción de la salud; prevención de la enfermedad; mantenimiento y recuperación de la salud y rehabilitación.

Serán precisas para garantizar la calidad de los servicios, actividades de docencia, formación e investigación, gestión de la atención y colaboración interniveles sanitarios e intersectorial.

Se concebirá como un mecanismo democratizador de la asistencia sanitaria, configurada como un catálogo de prestaciones de tal modo que independientemente del lugar donde se viva, todos los niños tengan derecho a recibir los mismos servicios sanitarios. Se desarrollará en colaboración con el resto del equipo de atención primaria y de los servicios sociosanitarios

Se ordenarán los recursos necesarios teniendo en cuenta los factores demográficos (pirámide de población, tasa de natalidad, dispersión geográfica y tendencias de desplazamiento de la población); los factores socioeconómicos; el perfil de morbilidad; la distancia en tiempo al recurso; el desarrollo de los servicios sociales y la organización de servicios sanitarios.

La inclusión de servicios en Cartera debe ajustarse a :

- Debe abordar un problema prevalente y/o incidente y/o grave y además, ser susceptible de resolución en Atención Primaria.
- Debe recoger actividades sobre cuya eficacia y efectividad existan evidencias científicas.
- Debe responder a necesidades sentidas y/o demandadas expresadas por la población, detectadas mediante métodos objetivables.
- Debe ser factible con los recursos existentes, o que la adquisición de nuevos recursos sea viable.
- Debe ser evaluable mediante indicadores de cobertura y calidad, con los sistemas de información disponibles y/o adecuados.
- Debe tener una población diana claramente definida.
- Debe estar enunciado de forma comprensible y atractiva para los usuarios.

- Debe ser una mejora en la accesibilidad del usuario, o en la forma de prestación, en relación a como se realiza en la actualidad.

La oferta de servicios que se describe a continuación es en lo que se refiere a las intervenciones preventivas, la síntesis adaptada del documento “Actividades preventivas en la infancia y adolescencia (Recomendaciones PAPS)” y del Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia elaborado por el grupo de trabajo Previnfad de la AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

## **SERVICIOS DE ATENCIÓN AL NIÑO:**

### **1 Actividades de Vigilancia Epidemiológica y protección de la salud:**

- 1.1** Control y seguimiento de las enfermedades de declaración obligatoria
- 1.2** Participación en redes de médicos centinelas para la vigilancia de los problemas de salud que determinen los Servicios de Salud Pública
- 1.3** Participación en el Sistema de fármaco-vigilancia, mediante la comunicación de efectos adversos
- 1.4** Alertas en salud pública: determinación, modificación e investigación de riesgos y problemas de salud que requieren respuesta inmediata

### **2 Prevención de enfermedades transmisibles:**

- 2.1** Vacunaciones según el calendario de vacunación vigente así como las que puedan indicarse en grupos de riesgo ( anexo )
- 2.2** Indicación y aplicación en su caso de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran
- 2.3** Detección precoz de la infección tuberculosa en población de riesgo según protocolo de la Comunidad Autónoma

### **3 Atención a los problemas agudos:**

- Diagnóstico, o aproximación diagnóstica a partir de la historia clínica y la exploración física, codificado según la clasificación internacional CIAP
- Resolución mediante plan de actuación y propuesta terapéutica, si preciso, en base a las guías de práctica clínica
- Exploraciones complementarias (Ver anexo procedimientos diagnósticos) y resolución con plan de actuación y/o recomendación de fármacos
- Procedimientos terapéuticos (ver anexo)
- Si no fuese posible la resolución en este nivel, derivación a otros especialistas según protocolos.

### **4 Actividades de Prevención y Promoción de la Salud:**

#### **4.1 Detección precoz de metabopatías:**

- 4.1.1 Definición:** Cribado congénito para fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito
- 4.1.2 Recomendaciones:** Determinación de la TSH y de la fenilalaninemia
- 4.1.3 Población Diana:** Toda la población entre el 3 y 5 días de vida.
- 4.1.4 Periodicidad:** Una sola vez. En prematuros de menos de 32 semanas y si el cribado se ha realizado antes de las primeras 48 horas se realizará una segunda determinación a los 7 días de vida
- 4.1.5 Calidad de la evidencia** II3-A derivada de la comparación de poblaciones sometidas y no sometidas a cribado neonatal
- 4.1.6 Indicadores de calidad:** Registro de la realización del cribado en los 15 primeros días de vida y registro del resultado antes del mes de edad.

#### **4.2 Cribado de hipoacusia Neonatal:**

- 4.2.1 Definición:** La hipoacusia es la disminución de la percepción auditiva, puede manifestarse en forma de sordera moderada, grave o profunda. La ausencia de diagnóstico precoz repercutirá en el len-

guaje y determinará una incapacidad en el desarrollo inmediato y futuro de la persona. La detección e intervención tempranas, antes de ser detectado el trastorno por criterios clínicos, mejoran el pronóstico.

**4.2.2 Recomendaciones:** Cribado auditivo neonatal universal mediante Otoemisiones Acústicas que permiten identificar cualquier pérdida auditiva a partir de 30 decibelios

**4.2.3 Población Diana:** Todos los recién nacidos

**4.2.4 Periodicidad:** Una vez en los recién nacidos si pasan el cribado. En caso de no pasar el cribado se seguirán las recomendaciones del Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil

**4.2.5 Calidad de la evidencia:** Recomendación de expertos.

**4.2.6 Indicadores de calidad:** Registro de la realización y el resultado del cribado antes de los 6 meses de edad. Seguimiento desde la Unidad de hipoacusias en los casos dudosos o con diagnóstico de hipoacusia. Diagnóstico e inicio del tratamiento en torno a los 6 meses de edad

### **4.3 Detección precoz de displasia evolutiva de cadera**

**4.3.1 Definición:** La displasia evolutiva de cadera es una alteración de la articulación coxofemoral que incluye desde la luxación, subluxación, inestabilidad (la cabeza del fémur entra y sale del cotilo) hasta una serie de anomalías radiológicas que indican displasia acetabular. La detección precoz mejora el pronóstico.

**4.3.2 Recomendaciones:**

4.3.2.1 Maniobras de Ortolani y Barlow en el período neonatal precoz.

4.3.2.2 Exploración de las caderas (abducción y asimetrías) en todos los controles posteriores hasta el año de edad.

4.3.2.3 Ecografía de caderas tras el primer mes (entre la 4 y 8 semanas) o radiografía a partir de los 3 – 6 meses ante exploración clínica dudosa o anormal o ante la presencia de factores de riesgo.

4.3.2.4 Derivación a especialista para confirmación diagnóstica

**4.3.3 Población Diana:** Niños menores de 1 año

**4.3.4 Periodicidad:** Al nacer, en los controles hasta el primer año

**4.3.5 Calidad de la evidencia:** Evidencia II-3A

**4.3.6 Indicadores de calidad:** Registro de la exploración de caderas en los controles del primer año de vida. Realizada Ecografía entre las 4 y 8 semanas si exploración dudosa o en presencia de factores de riesgo. Registro de derivación a especialista ante sospecha diagnóstica.

### **4.4 Promoción de la Lactancia materna:**

**4.4.1 Definición:** La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños incluidos los prematuros y enfermos excepto raras excepciones. Se debe continuar con lactancia materna mientras se introduce la alimentación complementaria e idealmente hasta que la madre y el niño lo decidan.

**4.4.2 Recomendaciones:**

4.4.2.1 Apoyar y fomentar el amamantamiento materno en los sucesivos controles, intentar mantener la lactancia al menos hasta los 6 meses.

4.4.2.2 Antes de recomendar la introducción de suplementos de fórmula adaptada o un destete precoz, se valorará cuidadosamente las consecuencias de la decisión, y se estará seguro de haber agotado todas las opciones posibles para mantener la lactancia materna.

4.4.2.3 Se aportará información escrita de apoyo a la lactancia materna

4.4.2.4 Se ofertarán posibles soluciones ante las demandas maternas

**4.4.3 Población Diana:** Todos los niños hasta el año de edad

**4.4.4 Periodicidad:** Desde la primera semana (si no existe la visita prenatal) y en los controles sucesivos hasta el año de edad.

**4.4.5 Calidad de la evidencia:** A

**4.4.6 Indicadores de calidad:** Registro de la alimentación de inicio. Registro de la finalización y causa de abandono de la lactancia materna. Registro de la introducción de fórmula adaptada. Registro de

la realización del consejo y promoción de lactancia materna. Y entrega de material escrito de apoyo. No introducción de alimentación complementaria antes del 5º-6º mes.

#### **4.5 Prevención del Síndrome de Muerte Súbita del lactante:**

**4.5.1 Definición:** El Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante se define como “la muerte súbita de un niño menor de un año de edad a la cual no se encuentra explicación después de una investigación minuciosa del caso incluyendo la realización de una autopsia completa, el examen de la escena del fallecimiento y la revisión de la historia clínica”

##### **4.5.2 Recomendaciones:**

4.5.2.1 Evitar la posición de prono durante el sueño en los lactantes hasta los 6 meses de edad.

4.5.2.2 Evitar los colchones blandos o de la lana, los almohadones y los colgantes del cuello

4.5.2.3 Desaconsejar el tabaquismo de los padres.

4.5.2.4 Mantener en la habitación una temperatura entre 20 y 22º y evitar el arropamiento excesivo del lactante

4.5.2.5 Amamantar al pecho

**4.5.3 Población Diana:** Todos los niños hasta el año de vida.

**4.5.4 Periodicidad:** En cada control hasta el año de vida

**4.5.5 Calidad de la evidencia:** II2-A

**4.5.6 Indicadores de calidad:** Registro de los consejos acerca de posición durante el sueño, recomendación de la no exposición al humo del tabaco y consejos medioambientales y lactancia materna .

#### **4.6 Prevención de accidentes:**

**4.6.1 Definición:** Los accidentes (las lesiones traumáticas accidentales) constituyen la primera causa de muerte entre el año y los 40 años de edad, destacándose además como la primera causa en años potenciales de vida perdidos (mayor que la suma de cáncer, cardiopatías, y accidentes vasculares cerebrales) y en costes médicos, a lo que habrá que añadir las invalideces.

**4.6.2 Recomendaciones:** La prevención se basa en una doble estrategia.

4.6.2.1 Estrategia de protección o de modificación técnica del medio con la eliminación de elementos capaces de lesionar (legislación correspondiente). En prevención de accidentes las medidas pasivas han demostrado ser las más eficaces. Será precisa la colaboración con otros sectores: industria, escuela, publicidad, legislación, información pública.

4.6.2.2 Estrategia de promoción. Educativa. Deberá informarse a los padres y al propio niño detalladamente (mejor aportando folletos explicativos) de las precauciones a tomar según la edad del niño. (anexo)

**4.6.3 Población Diana:** Niños de 0 a 14 años

**4.6.4 Periodicidad:** En los controles de salud habituales

**4.6.5 Calidad de la evidencia:** Recomendación de expertos

**4.6.6 Indicadores de calidad:** Registrados los consejos y la entrega de folletos explicativos

#### **4.7 Promoción de la salud bucodental:**

**4.7.1 Definición:** Incluye fundamentalmente la prevención primaria de la caries dental, el tratamiento precoz de los traumatismos dentales y la prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria

##### **4.7.2 Recomendaciones:**

4.7.2.1 Exploración neonatal de la cavidad oral (malformaciones y otras alteraciones)

4.7.2.2 Seguimiento de la erupción de la dentición primaria (anexo)

4.7.2.3 Prevención de la caries dental (anexo): Suplementos de fluor si preciso, cepillado dental desde los 2 años, colutorios a partir de los 6 años. Educación sanitaria sobre alimentos cariogénicos . Visita periódica a Odontólogo según programa de la Comunidad Autónoma

4.7.2.4 Prevención de los traumatismos dentales y tratamiento precoz de los mismos.

4.7.2.5 Prevención primaria de las maloclusiones: Evitar succión del pulgar y succión prolongada del chupete

4.7.3 Población Diana: Niños de 0 a 14 años

4.7.4 Periodicidad: Al nacer, a los 12 meses y a los 2,4 6 11 y 14 años

4.7.5 Calidad de la Evidencia: Recomendación de expertos\_

4.7.6 Indicadores de Calidad: Registro de consejo y exploración bucal en las edades recomendadas

#### **4.8 Prevención de la patología cardiovascular:**

4.8.1 Definición: La ateromatosis es un proceso que comienza en la infancia y afecta a todos los individuos en mayor o menor medida, lo que justifica una actividad preventiva sobre aquellos factores que aumentan el riesgo cardiovascular al acelerar este proceso.

4.8.2 Recomendaciones:

4.8.2.1 Desaconsejar el consumo de tabaco

4.8.2.2 Cribado generalizado de la hipertensión a diferentes edades

4.8.2.3 Prevenir o reducir la obesidad

4.8.2.4 Estimular la realización de ejercicio moderado de forma regular(anexo)

4.8.2.5 Recomendaciones dietéticas generalizadas (anexo)

4.8.2.6 Detección de familias portadoras de formas hereditarias de hiperlipemias

4.8.2.7 Búsqueda oportunista de hipercolesterolemias (en la realización de un análisis de sangre por cualquier motivo)

4.8.2.8 Colaboración con otros especialistas para el tratamiento y seguimiento de las patologías detectadas

4.8.3 Población Diana: Niños de 0 a 14 años

4.8.4 Periodicidad: En los diferentes controles

4.8.5 Calidad de la evidencia: Recomendación de expertos

4.8.6 Indicadores de calidad: Registro de antecedentes familiares. Consejos en los distintos controles con aportación de folletos explicativos (anexo).Registro de toma de T.A. al menos en dos ocasiones: la primera entre los 3 y 4 años y la segunda a partir de los 11.

#### **4.9 Consejos frente al tabaquismo pasivo:**

4.9.1 Definición: Fumador pasivo es el que inhala involuntariamente el humo de tabaco de otras personas. Los niños son especialmente susceptibles al humo de tabaco Los fumadores pasivos presentan mayor incidencia de bronquitis, neumonía, tos, asma, infecciones del oído medio, muerte súbita y alteraciones cardiovasculares y neurobiológicas.

4.9.2 Recomendaciones:

4.9.2.1 Embarazadas: En las actividades preventivas antes del parto y en las consultas cuando acudan con otros hijos. Proporcionar consejo orientado a promocionar el adecuado crecimiento fetal y a prevenir la muerte súbita del lactante. Ofrecer consulta antitabaco si es necesario

4.9.2.2 Padres: Detección del consumo, se debe reinterrogar al menos cada 2 años. Dar consejos sobre cómo evitar el tabaquismo en las primeras visitas; en la visitas relacionadas con patología respiratoria y otitis media recidivante, consejo orientado a disminuir morbilidad respiratoria. Prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación a consulta antitabaco si necesario.

4.9.3 Población Diana: Padres y madres de niños de 0 a 14 años

4.9.4 Periodicidad: visitas sugeridas en las recomendaciones

4.9.5 Calidad de la evidencia: Consejos de expertos

4.9.6 Indicadores de calidad: Registro en Antecedentes familiares de tabaco padre/ padre /otros en domicilio. Registro del consejo impartido

#### **4.10 Prevención del consumo del tabaco alcohol y otras drogas:**

**4.10.1 Definición:** Uno de los problemas de salud pública durante la adolescencia es el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y las conductas de riesgo relacionadas con las mismas.

**4.10.2 Recomendaciones:** Las recomendaciones irán dirigidas a la detección del consumo y las recomendaciones para la evitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en embarazadas, padres y niños.

4.10.2.1 Embarazadas: Detección y consejo aprovechando visitas oportunistas

4.10.2.2 Padres: los ya expuestos frente a tabaquismo pasivo y la prevención de modelos de conducta inadecuados

4.10.2.3 Niños: Detección del consumo y consejo que deberá ser un mensaje positivo utilizando estrategias como aspectos estéticos, deportivos y económicos; adecuado a la personalidad de cada individuo y continuado y seguido por otros profesionales. Deben conocerse los recursos de la comunidad para la prevención y tratamiento de adicciones (anexo)

**4.10.3 Población Diana:** Embarazadas, padres y niños de 11 a 14 años

**4.10.4 Periodicidad:** 11 y 14 años

**4.10.5 Calidad de la Evidencia:** Las evidencias son diversas según la intervención realizada. En general recomendación de expertos

**4.10.6 Indicadores de calidad:** Registro de Antecedentes familiares y personales acerca del consumo. Registro de consejos impartidos a padres y niños a los 11 y 14 años

#### **4.11 Consejos de protección solar y prevención del cáncer de piel**

**4.11.1 Definición:** La exposición al sol está relacionada con la etiología de los tumores malignos cutáneos. El cáncer de piel es el tipo de cáncer más frecuente en muchos de los países desarrollados. En los últimos años se ha detectado un incremento de proporciones epidémicas en la incidencia de melanoma entre las personas de raza blanca

##### **4.11.2 Recomendaciones**

4.11.2.1 \_Dar consejo para prevenir las exposiciones solares excesivas especialmente en lactantes y niños pequeños, en todas las visitas que se realicen en los meses próximos al verano

4.11.2.2 Se tendrá en cuenta el tipo de piel a la hora de especificar la clase y la intensidad de las medidas de fotoprotección

4.11.2.3 Deben utilizarse filtros solares con factor de protección 15 como mínimo, teniendo presente que su uso no debe justificar una mayor exposición solar.

**4.11.3 Población Diana:** Niños de 0 a 14 años

**4.11.4 Periodicidad:** En los meses de mayor exposición solar y al menos a los 1, 3, 6, 11 y 13 años.

**4.11.5 Calidad de la evidencia:** No existe evidencia científica respecto al resultado en salud de esta intervención, no obstante dado lo simple de la medida, parece razonable recomendarla

**4.11.6 Indicadores de calidad:** Registro del consejo

#### **4.12 Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia**

4.12.1.1 **Definición:** El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental que priva al niño de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores, pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad

##### **4.12.1.2 Recomendaciones:**

4.12.1.2.1 Prevención Primaria: Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores. Utilizar “guías anticipatorias”

4.12.1.2.2 Prevención secundaria dirigida a la población de riesgo. Reconocer situaciones de violencia doméstica (anexo) Consulta con unidades específicas en los casos dudosos o sospechosos según programa de la Comunidad Autónoma.

4.12.1.3 **Población Diana:** Niños de 0 a 14 años principalmente menores de 5 años

4.12.1.4 **Periodicidad:** al nacer, a los 2, 4 6 y 12 meses y a los 2 y 3 años

4.12.1.5 Calidad de la evidencia: Recomendación de expertos

4.12.1.6 Indicadores de calidad: Registro de antecedentes familiares y personales de riesgo. Registro de aportada “guía anticipatoria” (ver anexo)

## **5 Actividades de Seguimiento o Revisiones del niño en las distintas edades**

### **5.1 Supervisión del crecimiento y desarrollo físico:**

**5.1.1 Definición:** El desarrollo físico del niño es un proceso en el que intervienen múltiples factores tanto genéticos como ambientales. Cada niño posee un determinado potencial de desarrollo físico capaz de manifestarse si otros factores permisivos interactúan correctamente y no lo coartan

#### **5.1.2 Recomendaciones:**

5.1.2.1 Monitorización del Peso, la Talla, IMC (Índice de Masa Corporal) y el Perímetro cefálico en todos los niños desde el nacimiento hasta los 2 años, se comparará con los estándares de referencia lo más próximos a su comunidad

5.1.2.2 A partir de los 2 años se monitorizarán el peso la talla y el IMC

5.1.2.3 Para la valoración del desarrollo puberal se utilizarán las escalas de Tanner.

**5.1.3 Población Diana:** Niños de 0 a 14 años

**5.1.4 Periodicidad:** Al nacer, a los 15 días y al primer mes, a los 2, 4, 6, 12, 15 y 18 meses. A los 3, 6, 11 y 13 años

**5.1.5 Calidad de la evidencia:** III-C

**5.1.6 Indicadores de calidad:** Registros a las edades correspondientes de peso, talla, IMC, perímetro cefálico y desarrollo puberal.

### **5.2 Supervisión del desarrollo psicomotor:**

**5.2.1 Definición:** La supervisión del desarrollo psicomotor así como la promoción del mismo deberá abarcar no sólo actividades de cribado sino que se concebirá como una actividad longitudinal oportunista y pragmática en la que la educación a las familias en un contexto orientado al desarrollo serán también necesarias

#### **5.2.2 Recomendaciones:**

5.2.2.1 Identificar mediante anamnesis a los recién nacidos con riesgo de trastorno del desarrollo psicomotor

5.2.2.2 Valorar el desarrollo psicomotor desde el nacimiento hasta los 2 años y búsqueda de signos de alerta (anexo)

5.2.2.3 Si existe retraso, estudio y derivación a otros centros especializados

5.2.2.4 Identificar las familias de alto riesgo psicosocial (ARPS)

5.2.2.5 Desarrollar programas de educación orientada al desarrollo individual o grupal

5.2.2.6 Promoción de la lactancia materna

5.2.2.7 Realizar siempre que sea posible una visita al domicilio por parte de un profesional de atención primaria en los casos de (ARPS)

**5.2.3 Población Diana:** Niños de 0 a 6 años

**5.2.4 Periodicidad:** al menos 3 veces en los primeros 6 meses de vida. 4 veces entre los 6 y los 24 meses y 2 veces entre los 2 y los 6 años

**5.2.5 Calidad de la evidencia:** Recomendación de expertos. Las diferentes intervenciones tienen distintos grados de evidencia

**5.2.6 Indicadores de calidad:** Registro de la presencia o no de antecedentes de alto riesgo psicosocial. Registro de antecedentes del recién nacido en riesgo de trastorno del desarrollo psicomotor. Registro las edades correspondientes la exploración del desarrollo psicomotor y del consejo o guía anticipatoria aportada a la familia.

**Valoración y detección de los problemas de salud con presentación de inicio en las distintas edades que puedan beneficiarse de una atención temprana:**

### 5.3 Criptorquidia

**5.3.1 Definición:** La criptorquidia comprende la ausencia de testículo palpable, la incapacidad para hacerlo descender al escroto manualmente y la situación en la que una vez descendido mediante las maniobras adecuadas, el testículo vuelve inmediatamente a su anterior posición, fuera de la bolsa escrotal. La detección precoz de esta anomalía congénita, permite tratarla tempranamente y prevenir la posible subfertilidad en la vida adulta

#### 5.3.2 Recomendaciones:

5.3.2.1 Exploración de los genitales externos de los niños varones

5.3.2.2 Derivación a Cirugía infantil si la situación persiste a los 6 meses de edad

5.3.2.3 El testículo retractil o en ascensor, requiere supervisión ante la posibilidad teórica de “reasenso”

**5.3.3 Población Diana:** Niños menores de 1 año

**5.3.4 Periodicidad:** Al nacimiento, a los 6 y 12 meses y en cualquier momento si no se hubiera efectuado con anterioridad

**5.3.5 Calidad de la evidencia:** III-B

**5.3.6 Indicadores de calidad:** Registro de la exploración realizada antes de los 6 meses de edad. Registro de derivación ante la sospecha diagnóstica

### 5.4 Diagnóstico precoz de las anomalías de los ojos y la visión

**5.4.1 Definición:** La visión es el sentido de relación social por excelencia, del aprendizaje y de la comunicación. Su ausencia o disminución suponen una seria minusvalía. La detección precoz de un defecto de visión, puede permitir su corrección total o parcial así como la intervención precoz y educación especial para minimizar sus efectos en los casos en los que no se pueda evitar la ceguera total o parcial. La ambliopía (ojo vago) se define como la reducción uni o bilateral de la agudeza visual causada por la estimulación visual inadecuada del cerebro durante el período crítico del desarrollo visual (6 primeros años de vida)

#### 5.4.2 Recomendaciones:

5.4.2.1 Búsqueda de antecedentes familiares y Personales que supongan factores de riesgo

5.4.2.2 Se explorará a todos los recién nacidos la movilidad ocular, el reflejo fotomotor y la presencia del reflejo retiniano de color rojo, buscando alteraciones oculares (nistagmo, leucocoria, malformaciones, fotofobia, ptosis...)

5.4.2.3 En lactantes hasta poder realizar cribado vigilar alineación ocular y seguir el comportamiento visual

5.4.2.4 Entre los 4 y 6 meses se comprobará la fijación de cada ojo por separado con linterna y la ausencia de estrabismo y otros defectos oculares

5.4.2.5 Entre 3 y 4 años:

5.4.2.5.1 Test de visión estereoscópica

5.4.2.5.2 Medición de la agudeza visual con optotipos infantiles

5.4.2.5.3 Inspección ocular simple y con ayuda de una luz atendiendo a la alineación de los ejes visuales, observación del reflejo luminoso corneal y realizando el test del ojo cubierto-descubierto

5.4.2.5.4 Niños mayores de 4 años: La detección de los defectos de refracción es inexcusable si no se realizó cribado previo. Es recomendable la medición de agudeza visual cada 1 o 2 años hasta finalizar el crecimiento con optotipos adecuados.

**5.4.3 Población Diana:** Niños de 0 a 4 años y de 4 a 14 años

**5.4.4 Periodicidad** En los controles hasta la edad de 4 años y cada 2 años entre 4 y 14 años

**5.4.5 Calidad de la evidencia:** Consejo de expertos

**5.4.6 Indicadores de calidad:** Registro de antecedentes familiares y personales que supongan factores de riesgo. Registro del cribado realizado en los controles hasta los 4 años. Registro de exploración de agudeza visual a los 6-10 y 13 años

## **5.5 Diagnóstico precoz de las alteraciones de la audición**

**5.5.1 Definición:** Las hipoacusias adquiridas suponen el 20% del total de hipoacusias y la pediatría de atención primaria, participará también en la detección de las hipoacusias congénitas de aparición tardía y en el seguimiento de los niños hipoacúsicos hasta que cumplan los 14 años

**5.5.2 Recomendaciones:** Según el Programa de Atención al niño con déficit auditivo en atención primaria del Principado de Asturias

5.5.2.1 Control periódico de los lactantes y preescolares que presenten indicadores de riesgo asociados a sordera neurosensorial y /o de conducción.

5.5.2.2 En todos los niños, se preguntará a las familias acerca de su audición

5.5.2.3 Valoración de la adquisición y desarrollo del lenguaje

5.5.2.4 Valoración de la audición mediante audiometrías subjetivas

5.5.2.5 Seguimiento en coordinación con los diferentes servicios implicados en la atención de los niños con hipoacusia.

**5.5.3 Población Diana:** Niños hasta los 14 años

**5.5.4 Periodicidad:** Para la detección a los 6-12,18 y 24 meses y a los 4 y 6 años.

**5.5.5 Calidad de la evidencia:** Consejo de expertos

**5.5.6 Indicadores de calidad:** Registro en la historia clínica de los antecedentes indicadores de factores de riesgo. Registro de las preguntas a las familias acerca de la audición del niño y registro de la valoración subjetiva de la audición y del desarrollo del lenguaje al menos en dos ocasiones entre los 6 y 24 meses y a los 4 y 6 años.

## **5.6 Prevención y Detección de la Ferropenia:**

**5.6.1 Definición:** En general se establece como normalidad una hemoglobina (Hb) mayor de 10mg/dl en los tres primeros meses y de 11 a partir del sexto mes con un hematocrito mayor de 32%. Se acepta como anemia ferropénica una hemoglobina inferior a 11 y ferritina inferior a 10.

**5.6.2 Recomendaciones:**

5.6.2.1 Recomendar lactancia materna y en caso de no ser posible, fórmula fortificada con hierro (4-12mg/L)

5.6.2.2 Realizar cribado de anemia a los niños con alto riesgo entre los 6 y 12 meses (anexo) .

5.6.2.3 Parece recomendable añadir cereales con hierro o suplementos de hierro ( 1mg/Kg /día) en lactantes a término con lactancia materna a partir del 5º-6º mes de edad.

5.6.2.4 Recomendar (OMS) a partir del año, ingerir 1mg de hierro al día que se consigue con una dieta equilibrada(anexo)

5.6.2.5 No hay evidencias para suplementar a población sin riesgo ni para un segundo cribado en niños con factores de riesgo y un primer cribado normal

**5.6.3 Población Diana:** Niños entre 0 y 14 años

**5.6.4 Periodicidad:** Para la detección: según los factores de riesgo.

**5.6.5 Calidad de la evidencia:** Recomendación de expertos

**Indicadores de calidad:** Registro de impartido consejo de alimentación correcta. Registro de cribado ante factores de riesgo

## **6 Servicio de Atención al niño según la Edad: Actividades y Cronología**

Los objetivos del Programa de Atención al Niño son la promoción de la salud mediante la introducción del consejo relativo a la misma, adecuado a cada edad y la detección temprana de alteraciones físicas, síquicas y sociales en su etapa presintomática así como el cumplimiento del calendario vacunal vigente. Para conseguir este objetivo es preciso que las actividades preventivas y de promoción de la salud se orienten a las afecciones mas prevalentes y a las alteraciones del desarrollo mas frecuentes en cada edad, de manera que las actividades recogidas en los capítulos 4 y 5 se realizaran de forma conjunta y protocolizada de acuerdo con la edad del niño.

El número de visitas adecuado, el calendario y el contenido de las mismas no está bien establecido. Se recomienda, como mínimo una visita al nacer y otra al mes de vida, las correspondientes a las vacunas, 2 controles entre los meses séptimo y decimoquinto y posteriormente una revisión cada 2 años. Pero es necesario que las revisiones se adapten a las condiciones socioculturales y a los medios de que se dispone en el lugar de trabajo, así como al grado de desarrollo y los cuidados que el niño está recibiendo, de manera que cada niño y su familia son únicos y puede ser necesario cambiar la frecuencia de las visitas.

### **Niño menor de 2 años.**

#### **• Actividades**

Uno de los principales objetivos de los exámenes de salud para este grupo de edad es favorecer la integración adecuada de la salud física y emocional del niño y la adaptación de la madre y del entorno familiar a la nueva situación. La autonomía y adquisición de criterios para atender al niño irán paralelos a la escucha, apoyo y cuidados que se hayan ofrecido en las primeras revisiones. Es útil explicar a los padres las diferentes fases evolutivas del niño durante los 2 primeros años, la importancia de la estimulación adecuada desde el nacimiento para la maduración y el desarrollo del niño y comentarles las dificultades que puedan surgir.

Las actividades incluidas en las revisiones periódicas del niño menor de 2 años van encaminadas a la detección temprana de patologías prevalentes y al cumplimiento del calendario vigente son:

- 1.- Cribado de enfermedades metabólicas congénitas.
- 2.- Vacunaciones
- 3.- Supervisión del desarrollo físico y estado nutricional.
- 4.- Detección de la displasia evolutiva de cadera.
- 5.- Detección temprana de anomalías del aparato genitourinario
- 6.- Detección de hipoacusia.
- 7.- Detección de las anomalías de la visión y oculares: cribado de ambliopía
- 8.- Prevención de la ferropenia del lactante.
- 9.- Supervisión del desarrollo psicomotor.
- 10.- Detección y prevención de problemas del aprendizaje y del comportamiento.

Las actividades de promoción de la salud para este grupo de edad van destinadas a la educación del entorno familiar y del niño e incluyen:

- 1.- Supervisión de la alimentación. Importancia de la lactancia materna.
- 2.- Supervisión de la higiene y los cuidados generales
- 3.- Protección solar.
- 4.- Promoción de la salud bucodental.
- 5.- Prevención de accidentes.
- 6.- Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante.
- 7.- Prevención del tabaquismo pasivo.
- 8.- Prevención de los malos tratos

#### **• Calendario**

La 1ª visita se realizará antes de los primeros 15 días de vida, siendo la fecha más adecuada entre los 7 y 10 días. La siguiente al mes, posteriormente a los 2, 4 y 6 meses coincidiendo con las vacunas. Entre los 9-10 meses, a los 12 y luego a los 15 y 18 meses coincidiendo nuevamente con las vacunas.

### **Revisiones del niño de 2 a 5 años**

#### **• Actividades**

Los controles de salud a partir de los 2 años son una prolongación del proceso iniciado desde los primeros días de vida y hay muchas actividades en las que es difícil hacer una barrera por edades. Así mismo la educación para la salud debe ser una actividad continuada en el tiempo y basarse en la comunicación

direccionales. Como en las primeras etapas de la vida explicar a los padres el momento del desarrollo evolutivo en el que se encuentra el niño les ayudará a comprender los comportamientos de su hijo y la actitud que deben adoptar ante éstos, evitando así numerosos conflictos.

Las actividades a realizar en las revisiones periódicas del niño entre 2 y 5 años van destinadas a la detección temprana de anomalías congénitas y adquiridas, la promoción de un adecuado desarrollo físico, psíquico y social y al cumplimiento del calendario vacunal vigente:

- 1.- Supervisión del desarrollo físico y estado nutricional.
- 2.- Vacunaciones
- 3.- Detección de hipoacusia y supervisión del desarrollo del lenguaje.
- 4.- Cribado de las alteraciones oculares y de la visión.
- 5.- Supervisión de la cavidad bucal.
- 6.- Detección de las alteraciones del aparato locomotor.
- 7.- Supervisión del desarrollo psicomotor.
- 8.- Detección y prevención de problemas del aprendizaje y del comportamiento.

Las actividades de promoción de la salud para este grupo de edad tienen como principal objetivo fomentar desde la infancia un estilo de vida saludable que disminuya los factores de riesgo de las principales causas de morbilidad en la edad adulta e incluyen:

- 1.- Supervisión de la alimentación.
- 2.- Supervisión de la higiene y los cuidados generales
- 3.- Protección solar.
- 4.- Promoción de la salud bucodental.
- 5.- Prevención de lesiones accidentales.
- 6.- Prevención del tabaquismo pasivo.
- 7.- Prevención de los malos tratos

#### • Calendario

Se recomienda un control periódico de la salud al año para los niños entre los 2 y los 5 años.

### Revisiones del niño de 6 a 14 años

#### • Actividades

En los controles de salud a partir de los 6 años la historia clínica debe tener como principal protagonista al niño, la revisión de los antecedentes familiares y personales, así como una exploración física detallada orientarán sobre posibles trastornos y pertenencia a grupos de riesgo con indicación de hacer un determinado cribado.

Las actividades incluidas en el examen físico correspondiente a los controles periódicos de salud del niño entre los 6 y 14 años son las siguientes:

- 1.- Supervisión del desarrollo físico y estado nutricional y valoración de la maduración sexual.
- 2.- Vacunaciones
- 3.- Detección de hipoacusia y supervisión del desarrollo del lenguaje.
- 4.- Cribado de las alteraciones oculares y de la visión.
- 5.- Supervisión de la cavidad bucal.
- 6.- Detección de las alteraciones del aparato locomotor.
- 7.- Detección y prevención de problemas del aprendizaje y del comportamiento así como de conductas de riesgo.

- 8.- Detección del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Las actividades de promoción de la salud a realizar con los niños de 6 a 14 años van destinadas, en gran medida, a favorecer que éstos desarrollen sus propios hábitos de salud y sean capaces de tomar decisiones en relación con ella, e incluyen:

- 1.- Supervisión de la alimentación.
- 2.- Supervisión de la higiene y los cuidados generales
- 3.- Protección solar.
- 4.- Promoción de la salud bucodental.
- 5.- Prevención de lesiones accidentales.
- 6.- Prevención cardiovascular.
- 7.- Prevención de hábitos tóxicos.
- 8.- Promoción de la adquisición de conductas saludables y evitación de conductas de riesgo. Recordar la importancia del ejercicio físico
- 8.- Prevención de los malos tratos y de conducta violentas
- 9.- Prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes.

#### • Calendario

Se recomienda un control periódico de salud aproximadamente cada 2 años entre los 6 y los 14. Así, el primero sería a los 6 años, el siguiente a los 8, posteriormente entre los 10 y 11 años y el último a los trece.

#### 7 Atención a los problemas crónicos:

Dentro de la oferta de actividades de atención al niño y adolescente, la Cartera de Servicios de Pediatría de Atención Primaria incluirá la detección precoz de los niños con patologías crónicas conforme a los criterios diagnósticos definidos por los documentos de consenso nacional e internacional, así como la captación para el seguimiento clínico adecuado de las mismas.

Se entiende por enfermedad crónica al problema de salud que:

1. Interfiere con las actividades cotidianas.
2. Se mantiene por un periodo superior a 6 meses.
3. Requiere unos recursos especiales para su atención.

La diferente prevalencia y complejidad de las patologías crónicas en este grupo de edad hace que no todas ellas necesiten disponer de un programa específico dentro de la Cartera de Servicios de Pediatría de Atención Primaria.

Sería necesario incluir en dicha Cartera programas propios para el diagnóstico precoz y el seguimiento de los niños con patologías crónicas muy prevalentes y susceptibles de abordaje desde la Atención Primaria con actividades cuya eficacia y efectividad tenga demostrada evidencia científica. Se incluiría en este grupo de procesos crónicos el asma (ya dispone de protocolo propio), la obesidad y la enuresis nocturna.

Otros problemas crónicos de salud podrían ser también detectados y controlados por el Pediatra de Atención Primaria pero para ello sería necesario la existencia de protocolos de trabajo conjunto:

- La coordinación con los Servicios de Pediatría Hospitalaria mediante programas de actuación comunes haría posible el seguimiento desde el Centro de Salud de niños con patologías crónicas como la diabetes, el hipocrecimiento o los problemas nefrourológicos, así como el manejo de aquellos otros, que por sus peculiaridades, precisan una atención especial, como los niños de muy bajo peso al nacimiento y los que se encuentran en la fase terminal de su enfermedad.

- El trabajo conjunto con los servicios de Salud Mental permitiría ofertar una atención protocolizada por parte del pediatra de Atención Primaria para la detección precoz y el seguimiento de los Trastornos neuropsiquiátricos mas frecuentes como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y otras alteraciones de la conducta, el autismo, la depresión o los trastornos alimentarios (anorexia/bulimia).

En coordinación con los Servicios de Atención Temprana y/o los Servicios Sociales, se establecerán los programas de actuación par el abordaje de los niños con minusvalías físicas y /o psíquicas y los que se encuentran en situación de riesgo y/o exclusión social

## 8 NUEVAS PROPUESTAS PARA INCLUSIÓN EN CARTERA:

### 8.1 Atención al niño inmigrante:

**8.1.1 Definición:** Para alcanzar unos niveles de salud similares a la población autóctona han de superarse dificultades que con frecuencia se van a presentar en este colectivo:

#### DIFICULTADES:

- Comunicación: Idiomáticas y no idiomáticas.
- Modelos distintos a los nuestros: cultura, religión, hábitos de nutrición e higiene.
- Desconocimiento de nuestro sistema.
- Condiciones sociales difíciles: precariedad laboral, económica con la consecuente predisposición a sufrir enfermedades relacionadas con la marginalidad, hacinamiento, etc.

Vuelta a su país de origen en periodos vacacionales precisando medidas preventivas específicas.

### 8.1.2 Recomendaciones:

#### 8.1.2.1 Anamnesis completa que incluya:

- Procedencia y medio.
- Fecha de llegada.
- Lactancia.
- Control médico de su país.
- Vacunaciones –BCG.
- Transfusiones.

#### 8.1.2.2 Exploración física completa.

#### 8.1.2.3 Medidas específicas dependiendo del riesgo evaluado.

- Vacunación de VHB.
- Profilaxis de ferropenias.
- “ raquitismo.
- Recaptación y captación activa.

#### 8.1.2.4 Favorecer la integración de la población inmigrada.

- Escolarización.
- Servicios Sociales.

**8.1.3 Población Diana:** Todo niño procedente de un país del tercer mundo que lleve menos de un año en nuestro país.

**8.1.4 Periodicidad:** Inicialmente la diseñada dependiendo del riesgo evaluado, posteriormente las habituales del resto de la población.

**8.1.5 Indicadores de calidad:** Registro de anamnesis, exploración y plan de actuación.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN AL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL:

- Atención familiar: Crisis del desarrollo
- Nacimiento
- Lactancia e inicio del trabajo materno
- Inicio escolarización
- Nacimiento hermano
- Adolescente

- Educación para la Salud en la Escuela:

La Escuela ha sido considerada siempre como un sector estratégico para mejorar las conductas relacionadas con la salud. Los centros escolares ejercen un influjo decisivo en el futuro estilo de vida del individuo a través de la socialización secundaria o formal y desempeñan un papel importante en la configuración de la conducta y los valores sociales de los jóvenes; a ella acuden la totalidad de los niños durante al menos 10 años.

Los principales problemas de salud de los países desarrollados se derivan de los estilos de vida y están relacionados con la alimentación y nutrición, la salud mental, los accidentes, el ejercicio físico y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas por consiguiente la Educación para la Salud estará encaminada a modificar estos estilos de vida. El objetivo no es sólo cambiar las conductas sino también que los niños y sus familias adquieran una conciencia individual sobre la responsabilidad propia en relación con su estado de salud, sean capaces de detectar las deficiencias, y actuar individual y colectivamente para modificarlas.

- La Educación para la Salud en la Escuela es tarea fundamental de los profesores que integrarán en el conjunto educativo y los profesionales sanitarios, tendrán una intervención fundamentalmente indirecta o mediada, de apoyo, estímulo, formación y ayuda.

- La Evidencia de la Educación para la Salud y los Servicios de Salud

A partir de numerosos estudios publicados en las últimas décadas, se sugiere que la implicación de los servicios sanitarios en los centros de enseñanza obtiene éxito en resultados de salud si:

- El servicio de Salud esta asociado a un programa de salud escolar total (incluido el entorno)
- Cuando el trabajo de los médicos está subordinado a la labor del profesor y es complementario de la misma
- Si los Programas de Educación para la Salud se mantienen continuados en el tiempo

## **SERVICIOS NO ASISTENCIALES: FORMACIÓN, COORDINACIÓN, GESTIÓN E INVESTIGACIÓN:**

### Actividades de Formación

- Formación del pregrado: Se realizará en colaboración con las Universidades y los Departamentos de Pediatría según convenio que deberá ser evaluado e incentivado
- Colaboración en la Formación de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria tutorizando las rotaciones determinadas en su programa de Formación
- Participación en la formación de Residentes de Pediatría siguiendo los convenios de las unidades docentes asociadas entre los hospitales y la Atención Primaria.
- Plan de Formación continuada:
  - o Plan formativo en el Equipo de Atención Primaria en los aspectos de interés común.
  - o Plan formativo específico de formación continuada pediátrica: El aislamiento en el que trabajan habitualmente los pediatras impide este tipo de formación en el seno de los equipos de atención primaria y hace necesaria la habilitación de un número de horas anuales destinadas a esta formación, que no será inferior a las 35 horas y deberá realizarse de forma conjunta entre los pediatras de área o distrito... en forma de sesiones clínicas, presentación de casos, jornadas, congresos....

Coordinación interniveles: La atención primaria debe resolver el mayor número posible de problemas de salud, precisando el apoyo de la atención especializada hospitalaria en la resolución de patologías complejas.

La asistencia debe vincular ambos niveles de forma coordinada y efectiva para garantizar la atención integral al paciente.

Se establecerá también la coordinación necesaria con los servicios sociales

En todos los casos se elaborarán protocolos y guías de práctica clínica conjuntas que permitan la gestión compartida de los procesos.

### Investigación:

Se participarán en proyectos de investigación que respondan a las necesidades y problemas detectados y que permitan mejorar la calidad mediante su aplicación en la práctica clínica. La administración ofrecerá la formación y recursos necesarios al respecto.

**Actividades de Gestión:**

- Realización de las actividades en el Centro de Salud en el domicilio y en el entorno incluidos los Centros Escolares
- La atención en el centro de salud: Demanda realizada por el paciente o su familia: con cita previa, de manera urgente y cita telefónica Programada por los profesionales sanitarios

**ANEXO I (PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS)****1.1 DIAGNOSTICOS Y PLAN DE ACTUACION RESUELTOS EN ATENCION PRIMARIA****1.1.1. Procedimientos diagnósticos realizados en Atención Primaria con recursos propios.**

- Pruebas Funcionales respiratorias: Espirometría
- Medición pico-flujo Oximetría(Pulsioxímetro)
- Extracciones y toma de muestras microbiológicas
- Electrocardiograma
- Glucemia
- Análisis de orina en tiras reactivas
- Otoscopia
- Oftalmoscopia, diagnóstico con luz de Wood
- Test cutáneos de alergia

**1.1.2. Procedimientos diagnósticos con el apoyo de otros servicios**

- Imagen : Radiología general
- Ecografía
- Cistografías
- Tomografía axial computerizada
- Resonancia Magnética Nuclear
- Laboratorio: Hematología, bioquímica, hormonas, inmunología, microbiología y anatomía patológica.
- Ecocardiografía
- Esofagograma y Endoscopias digestivas.
- Electroencefalograma

**1. 2. TRATAMIENTOS RESUELTOS EN ATENCION PRIMARIA**

- Indicación, prescripción y seguimiento de fármacos.
- Aplicación aerosoles
- Inmovilizaciones
- Tratamiento de heridas, suturas y quemaduras
- Tratamiento con insulina y material para su aplicación
- Sondajes vesicales y nasogástricos
- Tratamientos parenterales
- Cirugía menor
- Crioterapia
- Extracción tapón cera
- Extracción cuerpos extraños: oído, nariz, ojos
- Taponamiento nasal
- Fisioterapia respiratoria
- Prevención del desarrollo o progresión de trastornos músculo esqueléticos
- Resucitación cardiopulmonar

**1.3 DERIVACION A NIVEL SUPERIOR SI NO ES POSIBLE RESOLUCION A ESTE NIVEL**

**GRUPO CARTERA DE SERVICIOS DE PEDIATRÍA:**

Miembros de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria

Águeda García Merino

Begoña Domínguez Aurrecoechea

José Ignacio Pérez Candas

Rosa Rodríguez Posada

Sonia Ballesteros García

Miembros de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

José Ramón Riera Velasco

Director General de Organización de las Prestaciones Sanitarias .Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

D. Juan José González Agúndez

Jefe del Servicio de Calidad y Programas de Salud. Consejería de Salud y Servicios

Miembros colaboradores del SESPA:

Matías Prieto Hernández.

María Amor Muñiz Fernández.

Alfonso Valle Poo