

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD - CARTERA DE SERVICIOS

Área de atención a la persona / 1. Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente

1.2. Asistencia pediátrica en el centro de Atención Primaria y domicilio

Atención sanitaria de Pediatría que se presta, como norma general a la población menor de 15 años en los centros de Atención Primaria o en el domicilio. Opcionalmente, la población entre 7 y 14 años podrá optar por profesionales de medicina de familia. Incluye actividades diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, además de promoción de la salud, educación para la salud y medidas de carácter preventivo de salud. Además, atención a las Urgencias en horario de consulta por motivos no demorables.

Incluye:

- Consultas a demanda del usuario/a.
- Consultas de programas o concertadas.
- Consultas programadas de los/las pediatras
- Consultas clínicas y administrativas.
- Urgencias en horario de consulta.
- Consultas telefónicas.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Área de atención a la persona / 3. Atención a la edad pediátrica

3.1. Seguimiento de la salud infantil

Desarrollo de actividades de promoción y prevención de la salud. En el nuevo programa, que se implantará a lo largo de 2015 se incluyen revisiones de salud de los niños y niñas con edades comprendidas entre 0 y 14 años.

En la tabla se recoge el cronograma de visitas propuesto así como el profesional que debe realizarlas.

	Visita	Profesional
Prenatal	GRUPAL (educación maternal)	M + P + E
Primera semana	INDIVIDUAL	M o E
Entre 15 días y el mes de vida	INDIVIDUAL	E + P
2 meses	INDIVIDUAL	E
4 meses	INDIVIDUAL	E + P
6 meses	INDIVIDUAL	E
12 meses	INDIVIDUAL	E + P
18 meses	INDIVIDUAL	E
2 años	INDIVIDUAL	E + P
3-4 años	INDIVIDUAL	E + P
6 años	INDIVIDUAL	E + P
9-11 años	INDIVIDUAL	E + P
12-14 años	INDIVIDUAL	E + P

M: Matrona; P: Pediatra; E: Enfermera

Fuente: Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

No todos los centros de Atención Primaria se encuentren en el mismo punto de implementación dado que será progresiva en función de la disponibilidad de cada Centro.

[Volver al apartado anterior](#)

Fecha de actualización: 17/03/2015

Fuente:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_l_3_1

Área de atención a la persona / 3. Atención a la edad pediátrica / 3.1. Seguimiento de la salud infantil / 3.1.1. Promoción de la lactancia, alimentación adecuada y otros hábitos saludables

Promoción de la lactancia materna

Definición

Conjunto de recomendaciones durante los dos primeros años de vida del niño/a para mantener la lactancia materna.

Criterios mínimos de oferta

- Se darán recomendaciones para apoyar y fomentar el amamantamiento en las visitas a demanda y en las sucesivas revisiones de seguimiento de salud infantil. Se recomendará la lactancia materna exclusiva al menos hasta los 6 meses y junto a la alimentación complementaria, al menos hasta el año e idealmente hasta los dos años.
- Se recomendará a los 6 meses la introducción progresiva de la alimentación complementaria.
- Se aportará información escrita de apoyo a la lactancia materna.
- Se favorecerá la participación de los Centros sanitarios en la iniciativa Centros Amigos de los Niños de UNICEF (IHAN).

Sistema de información y registro

- Historia de salud de Atención Primaria.
- Cartilla de salud infantil.

Población diana

Todas las niñas y niños hasta los dos años de edad.

Indicadores

- Indicador de cobertura: Porcentaje de lactantes que inician lactancia materna/Recién nacidos vivos.
- Indicadores de mantenimiento: Porcentaje de lactantes de 6 meses que continúan con lactancia materna exclusiva/Recién nacidos vivos.
- Porcentaje de lactantes de 12 meses que continúan con lactancia materna/Recién nacidos vivos.

Área de atención a la persona / 3. Atención a la edad pediátrica / 3.1. Seguimiento de la salud infantil / 3.1.1. Promoción de la lactancia, alimentación adecuada y otros hábitos saludables

Promoción de la alimentación saludable

Definición

Consejos para la promoción de una alimentación saludable.

Criterios mínimos de oferta

En las visitas de seguimiento de salud infantil se recomienda aconsejar y apoyar la lactancia materna y dar consejos básicos sobre alimentación saludable.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Población de 0 a 14 años.

Indicadores

- Número de niños/as de 0-14 años con consejo básico sobre alimentación saludable x 100/Población total atendida de 0-14 años en el periodo.
- Número de niños/as con lactancia materna a los seis meses x 100/Población total atendida de 6 meses de edad.

Área de atención a la persona / 3. Atención a la edad pediátrica / 3.1. Seguimiento de la salud infantil / 3.1.1. Promoción de la lactancia, alimentación adecuada y otros hábitos saludables

Promoción de la actividad física y el deporte

Definición

Recomendaciones sobre los hábitos apropiados de actividad y ejercicio físico, como base para mejorar la salud en la edad infantil y del futuro adulto, así como recomendaciones en niños y niñas con enfermedades o limitaciones.

Criterios mínimos de oferta

- Recomendar a los niños y, especialmente a las niñas, en edad preescolar y escolar que acumulen al menos 60 minutos de actividad física de intensidad moderada-vigorosa al día, casi todos los días de la semana.
- Limitar horas de pantalla a menos de dos horas al día.
- Es fundamental animar a participar en actividades que sean apropiadas para su edad, tales como, juegos, deportes, actividades escolares, que sean divertidas y variadas.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Población entre 2 y 14 años.

Indicadores

- Indicador de cobertura: Porcentaje de población de 2-14 años con consejo básico sobre actividad, ejercicio físico y deporte $\times 100 / \text{Población diana 2-14 años}$ atendida en el periodo.

Detección precoz y prevención de la hipercolesterolemia

Definición

Actividades para detectar precozmente la población de riesgo y prevenir la hipercolesterolemia en la población de 0-14 años.

- Colesterol total de riesgo: valores séricos > 170 mg/dL.
- Hipercolesterolemia: valores séricos > 200 mg/dL
- LDL-c de riesgo > 110 mg/dL.

Criterios mínimos de oferta

- El Equipo de AP recomendará a toda la población > 2 años:
 - Consumir una dieta equilibrada, variada y completa.
 - Practicar actividad física moderada-intensa 1 hora al día.
 - Consejo para el abandono del tabaco en los adolescentes fumadores.
- Se hará detección de colesterol total sérico a la población con riesgo de hipercolesterolemia:
 - Niños y adolescentes con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura en padres o abuelos, antes de los 55 años en varones y antes de los 65 años en mujeres.
 - Niños y adolescentes cuyos padres o madres presenten una dislipemia genética con alto riesgo cardiovascular (principalmente hipercolesterolemia familiar heterocigota e hiperlipemia familiar combinada).
 - Niños y adolescentes con otros factores de riesgo asociados: tabaco, HTA, obesidad, diabetes, inactividad física.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Población de 0-14 años.

Indicadores

- Indicador de detección precoz de factores de riesgo: Porcentaje de niños y niñas a los que se les realiza detección precoz de factores de riesgo de hipercolesterolemia/Población de 0-14 años.
- Indicador de educación: Porcentaje de niñas y niños a los que se les da consejos sobre dieta, actividad física/Población de 0-14 años.
- Indicador de determinación de colesterol en niño/a de riesgo: Porcentaje de niños y niñas a los que se les hace determinación de niveles de colesterol/Niños y niñas con factores de riesgo de hipercolesterolemia.

Prevención, detección precoz, y tratamiento de la obesidad infantil

Prevención y detección

Definición

Actividades de educación para la salud a la población infantojuvenil y a sus familias y detección precoz del exceso de peso en la población de riesgo de obesidad/sobrepeso en la población de 0-14 años.

Criterios diagnósticos:

- Sobrepeso: IMC superior al P90 para la edad.
- Obesidad: IMC superior al P97 para la edad.

Se recomienda utilizar las curvas y tablas de crecimiento del estudio semilongitudinal de Hernández et al. (1988) para realizar el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia, según el sexo y la edad correspondientes. (<http://www.aepap.org/previnfad/colesterol.htm>)

Criterios mínimos de oferta

- Promocionar la lactancia materna.
- Incluir el consejo básico sobre alimentación equilibrada, fomento de la actividad física y límite de las horas de pantalla en las visitas de seguimiento de salud infantil.
- Identificar menores y familias con estilos de vida relacionados con la alimentación y la actividad física inadecuados e intensificar, en estos casos, las recomendaciones sobre estilo de vida y alimentación saludables.
- En las consultas de pediatría y medicina de familia se recomienda promover los hábitos alimenticios y de ejercicio en niños y niñas y de toda la familia. Se debe implicar a todos los profesionales del Equipo de AP en la asunción y difusión de mensajes y consejos básicos acerca de alimentación saludable y ejercicio físico.
- Determinar el índice de masa corporal (IMC) a partir de los 2 años, en todas las revisiones de salud.
- Determinar el IMC de forma oportunista, en pacientes con sospecha de sobrepeso u obesidad.
- Descartar comorbilidades en niñas y niños con diagnóstico de sobrepeso u obesidad.

Población diana

Población de 0 a 14 años.

Indicadores

- Número de niños y niñas de 2-14 años con determinación del IMC x 100/Número de niños y niñas menores de 2-14 años atendidos en el año.

Tratamiento de la obesidad infantil

Definición

Actividades que realiza el equipo de AP encaminadas a la detección, captación y tratamiento de pacientes de 2-14 años que presentan sobrepeso/obesidad.

Criterios mínimos de oferta

- La prevención y detección precoz en la población se hará mediante los controles somatométricos.

- El tratamiento de las niñas y niños con sobrepeso/obesidad consiste en intervenciones dietéticas, de actividad física, para disminuir el sedentarismo y tratamiento de apoyo psicológico (conductual o cognitivo-conductual). Las intervenciones se dirigirán al paciente y a su familia.
 - "INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL OBESIDAD INFANTIL (IAG)", para familias de menores con problemas de exceso de peso.
 - "INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL OBESIDAD INFANTIL (IAI)", para familias y menores con problemas de exceso de peso.
 - Derivación a consulta de Endocrinología de referencia en caso de: sospecha de enfermedades subyacentes, edad muy temprana, patologías asociadas, obesidad extrema o fracaso del tratamiento en AP.

Sistema información y registro

- Historia de salud de Atención Primaria
- MTI CITAS

Población diana

Total de niños, de ambos sexos, < 14 años con sobrepeso y/o obesidad.

Se estima según el estudio EnKid en Andalucía una prevalencia de sobrepeso del 29,45 % y de obesidad del 15,6 %.

Indicadores

- Prevalencia de sobrepeso en niños/as entre 0 y 14 años.
- Prevalencia de obesidad en niños/as entre 0 y 14 años.
- Número de pacientes con sobrepeso/obesidad < de 14 años incluidos en INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL OBESIDAD INFANTIL x 100/Número de pacientes con sobrepeso/obesidad < de 14 años atendidos en el año.
- Número de pacientes con sobrepeso/obesidad < de 14 años incluidos en INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL OBESIDAD INFANTIL x 100/Número de pacientes con sobrepeso/obesidad < de 14 años atendidos en el año.

Área de atención a la persona / 3. Atención a la edad pediátrica / 3.1. Seguimiento de la salud infantil / 3.1.1. Promoción de la lactancia, alimentación adecuada y otros hábitos saludables

Prevención del consumo de alcohol y otras drogas

Definición

Conjunto de recomendaciones para la prevención del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas y detección precoz del consumo de las mismas en la población menor de 14 años.

Criterios mínimos de oferta

Se realizará anamnesis de consumo y consejos al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales sobre hábitos de vida saludables, y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria

Población diana

Población menor de 14 años.

Indicadores

- Indicador de cobertura: Porcentaje de población menor de 14 años con registro de información acerca de tabaco, alcohol y drogas/población diana menor de 14 años.
- Número de niños y niñas menores de 14 años en los que se registra consumo de tabaco en sus hábitos.
- Número de niñas y niños menores de 14 años en los que se registra consumo de alcohol en sus hábitos.
- Número de niñas y niños menores de 14 años en los que se registra consumo de drogas en sus hábitos.

Área de atención a la persona / 3. Atención a la edad pediátrica / 3.1. Seguimiento de la salud infantil / 3.1.1. Promoción de la lactancia, alimentación adecuada y otros hábitos saludables

Educación sexual en la infancia y adolescencia, prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual

Definición

Actuaciones encaminadas a la educación de los familiares en el desarrollo sexual normal en la infancia y adolescencia y orientada a la educación sexual, prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual de la población adolescente.

Criterios mínimos de oferta

- Incluir en todas las revisiones de salud, recomendaciones a los padres para la educación en salud sexual y reproductiva de sus hijos/as, adecuadas a su edad. Es importante insistir en que se debe hacer educación sexual desde la familia y desde la primera infancia.
- En cada revisión de salud sería recomendable anticipar a los padres sobre aspectos del desarrollo sexual y los cambios que va a experimentar su hijo/a en este campo, y como pueden ellos acompañarlos.
- Proporcionar consejos individualizados a los padres que lo demanden sobre diferentes aspectos de la sexualidad.
- En cualquier visita programada con el adolescente, sería aconsejable realizar entrevista dirigida para identificar actividad sexual, intentando reconocer actitudes, conocimientos, así como comportamiento y/o prácticas de riesgo.

La entrevista con el adolescente debe tener las siguientes características:

- Mostrar empatía y apoyo, con una actitud no enjuiciadora, garantizando la confidencialidad.
- Proporcionar consejos individualizados.
- Informar sobre anticoncepción, destacando la importancia de la protección desde la primera relación.

Ver también el subapartado de atención a la salud sexual y etapa reproductiva (apartado 2.6), dentro del epígrafe atención a problemas específicos del área de atención a la persona.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria

Población diana

Educación sexual de la infancia y la adolescencia: familiares de la población de 0-14.

La educación sexual al adolescente: población de 10-14 años.

Área de atención a la persona / 3. Atención a la edad pediátrica / 3.1. Seguimiento de la salud infantil / 3.1.1. Promoción de la lactancia, alimentación adecuada y otros hábitos saludables

Promoción de la salud bucodental

Definición

Conjuntos de actividades que realiza el Equipo de AP para mejorar la salud bucodental de la población. Incluye recomendaciones sobre la prevención de la caries dental, el tratamiento precoz de los traumatismos dentales y la prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria.

Criterios mínimos de oferta

- Recomendaciones para prevenir las caries en las sucesivas revisiones de salud infantil sobre:
 - Suplementos de flúor oral si se pertenece a grupos de riesgo.
 - Cepillado dental desde los 2 a los 6 años con pastas que contengan menos de 500 ppm de flúor y desde los 6 años con 1000 a 1450 ppm de flúor y colutorios de flúor.
 - Educación alimentaria sobre los alimentos cariógenos.
- Recomendar la visita periódica con el profesional de Odontología según programa de la Comunidad Autónoma.
- Dar recomendaciones para la prevención de los traumatismos dentales y tratamiento precoz de los mismos.
- Dar recomendaciones para la prevención primaria de las maloclusiones: evitar succión del pulgar y el empleo prolongado del chupete.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Niños y niñas de 0 a 14 años.

3.1.2. Seguimiento del desarrollo psicomotor, lenguaje, pondoestatural y puberal

Supervisión del desarrollo psicomotor

Definición

Actividades para la supervisión del desarrollo psicomotor (DPM) con detección precoz de signos de alerta de trastornos del desarrollo, seguimiento y tratamiento precoz, así como prevención de efectos colaterales de estos trastornos.

Criterios mínimos de oferta

- Debe valorarse el DPM de cada niña y niño desde su nacimiento hasta los 6 años de edad. Esta valoración puede realizarse en todas las visitas del programa de seguimiento de salud infantil.
- La valoración del desarrollo psicomotor se realizará mediante:
 - La observación directa del niño o de la niña y su relación con la familia y el entorno.
 - La información de los padres acerca del desarrollo de su hijo/a de forma espontánea y dirigida, interrogando sobre hitos en las diferentes áreas de desarrollo (Tabla 3).
 - Exploración física completa y valoración del desarrollo psicomotor mediante el test de Denver.
- Deben identificarse todos los niños y todas las niñas con riesgo de presentar alteraciones en el desarrollo y vigilar, de forma más minuciosa, el desarrollo psicomotor y la posible presencia de signos de alerta.
- Aquellos niños y niñas en las que se detecten signos de alerta o se sospeche que hay alteración del desarrollo, se derivarán a los servicios especializados para confirmación (Neuropediatría, ORL, Oftalmología, Salud Mental, según el caso) y a los servicios de atención temprana.
- Promover la coordinación interniveles y entre equipos interdisciplinarios.
- El Equipo de AP fomentará todas las actividades que indirectamente favorezcan el adecuado desarrollo psicomotor, como son:
 - Promoción de la lactancia materna.
 - Prevención de accidentes.
 - Promoción del buen trato y prevención del maltrato infantil.
 - Realización de al menos una visita al domicilio por parte de un profesional de Atención Primaria en los casos de alto riesgo psicosocial.

Sistema de información y registro

Historia de salud en Atención Primaria

Población diana

Población de 0-6 años.

Indicadores

- Cobertura de detección precoz: Porcentaje de niñas y niños de hasta 6 años con al menos un registro de Test de Denver/Población de 0-6 años.
- Cobertura de los niños y niñas con signos de alarma: Porcentaje de niñas y niños de 0 a 6 años con signos de alarma registrados/Población de 0-6 años.

Supervisión del desarrollo del lenguaje

Definición

Actuaciones dirigidas a la detección precoz de las situaciones de alerta de trastornos del lenguaje y a diferenciar variantes de la normalidad en la población de 0-6 años, para intervenir de forma temprana y minimizar las repercusiones sociales, escolares e individuales.

Sobre los 6-7 años el dominio del lenguaje debe estar bien establecido.

Criterios mínimos de oferta

- Supervisar el desarrollo del lenguaje en cada revisión de salud hasta los 6 años de edad; dentro de la valoración general de desarrollo psicomotor (test de Denver) e identificar si las posibles variaciones que presenta son rasgos evolutivos o patológicos, teniendo en cuenta los hitos del desarrollo normal del lenguaje.
- Preguntar a los padres en cada revisión de salud, sobre el desarrollo de su hijo/a en relación con el habla y el lenguaje, dejando que se expresen espontáneamente y mediante preguntas dirigidas relacionadas con los hitos evolutivos del desarrollo del lenguaje.
- Ante un niño/a con problemas del lenguaje se debe:
 - Descartar hipoacusia.
 - Descartar autismo y otros trastornos graves del desarrollo.
 - Valorar la comprensión del lenguaje de los adultos.
 - Valorar la capacidad de expresión y comunicación (no verbal) del niño/a.
 - Valorar el lenguaje verbal: sonidos, palabras, frases, pronunciación de palabras y trabalenguas, estructuración gramatical.
- Aquellos niños en los que se detecten signos de alerta o alteración en el desarrollo del lenguaje y/o estén afectadas varias áreas del desarrollo psicomotor, se derivarán a los servicios especializados para confirmar su diagnóstico e iniciar en su caso, tratamiento precoz.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana:

Población de 0-6 años

Prevalencia: la cifra media de niños/as que presentan algún trastorno del lenguaje es del 6%.

Indicadores

- Indicador de cobertura de detección precoz de trastornos del lenguaje: Porcentaje de niños y niñas con registro de supervisión del desarrollo del lenguaje (escala mediante el test de Denver) en cada revisión de salud hasta los 6 años de edad/ Población de 0-6 años.
- Detección de trastornos de lenguaje: Porcentaje de niñas y niños con signos de alerta o alteración en el desarrollo del lenguaje y/o afectación de varias áreas del desarrollo psicomotor/Población de 0-6 años.

Supervisión del desarrollo escolar y detección de las dificultades de aprendizaje

Definición

Orientar a los padres y niños/as en edad escolar sobre la adquisición y el mantenimiento de hábitos correctos, también en el estudio. Supervisar el desarrollo del progreso escolar y detectar precozmente dificultades en el aprendizaje.

Criterios mínimos de oferta

- Valorar el desarrollo psicomotor y supervisar el desarrollo del lenguaje en cada revisión de salud hasta los 6 años de edad.
- Orientar a la familia y dar consejos generales sobre:
 - Los hábitos en las horas de sueño, juego y ocio, alimentación.
 - Estimulación del lenguaje y fomento de la lectura.
 - Hábitos en el estudio e implicación activa de los padres en el aprendizaje de los hijos e hijas.
- Preguntar a los padres de forma sistemática en todas las revisiones de salud, sobre el desarrollo de su hija/o y progreso escolar.
- Al inicio de la escolarización, recoger datos en la historia clínica de antecedentes familiares sobre dificultades escolares: dislexia, discalculia, hiperactividad.
- En la exploración general de los niños/as valorar aspectos que puedan estar relacionados con el aprendizaje, como:
 - La visión, la audición y el lenguaje.
 - La lateralidad, la coordinación motora gruesa y fina.
 - La memoria, la atención.
 - La lectura y escritura.
- Tener un protocolo de actuación ante la detección de un niño/a con dificultades de aprendizaje o retraso escolar, que incluya:
 - Preguntar si en el colegio el niño/a tiene profesores de apoyo o está en alguna clase especial; confirmar esa dificultad, por escrito, informe.
 - Valorar los hábitos de estudio; tiempo que dedica al juego y ocio; horas de sueño; participación en actividades extraescolares.
 - Valorar dinámica familiar y posible existencia de conflictos o situaciones adversas que pueden generar ansiedad en el niño o la niña (divorcio o separación de los padres, muerte o enfermedad de algún familiar cercano, cambio de colegio o domicilio...) y antecedentes personales de enfermedad crónica.
 - Valorar la posibilidad de derivar a otros servicios especializados.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Población en edad escolar de 6-14 años.

Indicadores

- Cobertura del servicio: Porcentaje de niñas y niños con registro de supervisión del desarrollo del desarrollo psicomotor y del lenguaje mediante el test de Denver en cada revisión de salud hasta los 6 años de edad/Población de 0-6 años.
- Trastornos del aprendizaje: Porcentaje de niños y niñas con dificultades del aprendizaje/Población de 6-14 años.

Supervisión del crecimiento y desarrollo físico

Definición

Detección precoz de desviaciones de la curva pondo-estaturales como indicador de diversas patologías (digestivas, infecciosas, neoplásicas) y en diagnóstico de trastornos del crecimiento.

Criterios mínimos de oferta

- Monitorización del peso, longitud (en decúbito supino) y perímetro craneal en todas las revisiones de salud desde el nacimiento hasta los 2 años.
- Monitorización del peso y talla en todas las revisiones de salud por encima de los 2 años.
- Determinar el índice de masa corporal (IMC) a partir de los dos años, en todas las revisiones de salud.
- Evaluar estadios del desarrollo puberal en alguna visita por encima de los 10 años (gráficos de desarrollo puberal de Tanner).
- En los recién nacidos de muy bajo peso, si usamos gráficos de población normal debemos utilizar la edad corregida hasta los dos años.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Población 0-14 años.

Indicadores

- Número de niños y niñas de 0 a 2 años con registro del peso, longitud (en decúbito supino) y perímetro craneal (PC) en al menos 5 revisiones de salud desde el nacimiento hasta los 2 años/ Población 0-2 años.
- Número de niñas y niños de 3 a 14 años con registro del peso y talla en las revisiones de salud por encima de los 2 años/Población 3-14 años.
- Número de niños y niñas de 10 a 14 años con evaluación de estadios del desarrollo puberal en alguna visita por encima de los 10 años/Población 10-14 años.

Alteraciones pondero-estaturales y desarrollo puberal

Definición

Actuaciones del Equipo de AP encaminadas a la captación, seguimiento y/o derivación de pacientes de 0-14 años que presentan alteración pondero-estatural y/o del desarrollo puberal. Se oferta con el fin de detectar alteración en el peso y la talla y/o en el desarrollo puberal con seguimiento y/o tratamiento si lo precisa (seguimiento de salud infantil hasta los 4 años o a instancias de la familia o el/la pediatra).

Criterios mínimos de oferta

- El centro dispondrá y utilizará como guía un protocolo de actuación, seguimiento y derivación.
- Se consideran Criterios de inclusión de seguimiento y/o derivación:
 - **Peso:**
 - Pacientes con índice de masa corporal (IMC) mayor al percentil 90 para su edad y sexo.
 - Pacientes con peso por debajo del percentil 3 para su edad y peso.
 - **Talla:** paciente por debajo de 2 desviaciones estándar para su edad y sexo (talla < percentil 3) y/o velocidad de crecimiento por debajo del percentil 25 para su edad y sexo.
 - **Pubertad:**
 - **Precoz:**
 - Varones: aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 9 años de edad.
 - Mujeres: aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años de edad.

- Tardía:
 - Varones: no aparición de caracteres sexuales secundarios a los 14 años y medio de edad.
 - Mujeres: no aparición de caracteres sexuales secundarios a los 14 años de edad.
- El registro debe incluir: diagnóstico y plan de tratamiento escrito de cada paciente que incluya somatometría, curva de crecimiento y revisiones.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Todos los niños y niñas menores de 14 años.

Indicadores

- Número de niñas y niños de 0 a 14 años que tienen anotado en su HC su estadio de maduración sexual (estadios de Tanner.)/población diana de 0 a 14 años.
- Número de niños y niñas de 0 a 14 años que tienen alterada su maduración sexual (adelantada o retrasada en función de los estadios de Tanner).

Fecha de actualización: 29/04/2014

3.1.3. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

Definición

Recomendaciones que da el Equipo de AP a las familias de lactantes menores de 1 año para prevenir el Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

Se define como la muerte súbita de un niño o niña 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.

Criterios mínimos de oferta

- Dar recomendaciones desde la primera revisión de salud sobre la evitación de la posición de prono durante el sueño en lactantes hasta los 6 meses de edad.
- Desaconsejar el tabaquismo de los padres, especialmente de la madre, durante la gestación, aunque también después del nacimiento. No permitir que nadie fume delante del bebé.
- Aconsejar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna durante al menos los 6 primeros meses de vida.
- La cuna en la habitación de los padres constituye el lugar más seguro.
- Dar recomendaciones desde la primera revisión de salud sobre la evitación de los colchones blandos o de lana, los almohadones y los colgantes al cuello.
- Dar recomendaciones desde la primera revisión de salud sobre mantener en la habitación una temperatura de 20-22° C, y evitar el arropamiento excesivo de lactantes.
- Es prudente no rechazar el uso del chupete para el sueño durante el primer año de vida.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Todas las niñas y los niños hasta los seis meses de vida.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Detección y prevención de ferropenia

Definición

Medidas para la detección de niños/as con factores de riesgo de ferropenia y profilaxis de la misma

Existe anemia ferropénica cuando las cifras de hemoglobina están por debajo de 2 desviaciones estándar (DE) de la media para la edad (Tabla 4), y a su vez se acompaña de ferropenia manifiesta que conlleva decremento de la ferritina (<10 ng/ml), de la saturación de transferrina y del contenido de hemoglobina reticulocitaria.

Criterios mínimos de oferta

Se darán recomendaciones generales para evitar la ferropenia en la población infantil.

- Recomendar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.
- En caso de no amamantar, se recomiendan sucedáneos de leche materna reforzados con al menos 7 mg/l de hierro.
- Se recomienda añadir alimentación complementaria rica en hierro a partir del 6º meses de vida en lactantes a término con lactancia materna, para asegurar unos aportes de 1mg/Kg/día de hierro.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Población de 0 a 14 años.

Detección y prevención de la hipertensión arterial

Definición

Medidas de detección precoz de la hipertensión en la infancia y consejos para prevenir su aparición.

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Se define hipertensión como una tensión arterial sistólica o diastólica superior al p95 de los valores normales para su edad, peso y talla, en al menos tres medidas.

Criterios mínimos de oferta

- Medida de la tensión arterial en dos ocasiones, entre los 3 y 6 años, y la segunda a partir de los 11 años.
- Recomendaciones sobre el estilo de vida, evitando el sedentarismo, sobrepeso, aumentando la actividad física y reduciendo la ingesta de sal.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Población de 0 a 14 años.

Indicadores

- Indicador de cobertura de 3-6 años: Porcentaje de población de niñas y niños de 3 a 6 años con registro de medida de TA/Población diana de 3 a 6 años
- Indicador de cobertura de 11-14 años: Porcentaje de población de niños de 11 a 14 años con registro de medida de TA/Población diana 11 a 14 años.

Prevención de accidentes

Definición

Consejos sobre prevención de accidentes por tramos de edad que realiza el Equipo de AP a las familias con niñas y niños.

Criterios mínimos de oferta

- Dar recomendaciones desde la primera revisión de salud del niño/a para la promoción de asientos de seguridad en los automóviles.
- Dar recomendaciones en la consulta en las sucesivas revisiones de salud dependiendo del tramo de edad del niño/a.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Niñas y niños de 0 a 14 años.

Indicadores

- Porcentaje de pacientes con registro de información específica sobre accidentes domésticos de 0- 2 años /Población de 0-2 años.
- Porcentaje de pacientes con registro de información específica sobre accidentes domésticos de 2-6 años/Población de 2-6 años.
- Porcentaje de pacientes con registro de información específica sobre accidentes domésticos de 6-14 años/Población de 6-14 años.

Promoción del buen trato y cuidados adecuados. Prevención del maltrato en la infancia

Definición

Conjunto de actuaciones para la prevención del maltrato infantil en el niño o la niña especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad). A partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en la prevención del maltrato.

Prevención primaria

Actuaciones realizadas por el Equipo de AP con el objetivo de evitar la presencia de factores predisponentes o de riesgo y potenciar los factores protectores.

Criterios mínimos de oferta

- Todo el Equipo de AP conoce los factores básicos en la detección y prevención del maltrato infantil.
- El Equipo de AP intervendrá en la educación prenatal (preparación al parto), incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de las hijas/os, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos.
- El Equipo de AP intervendrá en la prevención del embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, en el programa de seguimiento de salud infantil, y en actividades de planificación familiar.
- Se detectarán las situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil.
- El Equipo de AP intervendrá en la búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar etc., de la población infantil atendida.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Dirigida a la población general.

Indicadores

- Número de niños y niñas que tienen registrado en la historia factores de riesgo de maltrato/Población diana.

El apartado Detección y atención en situaciones de maltrato infantil, se recoge en el epígrafe Atención a la violencia, en el área de Atención a la familia (1.2.).

Área de atención a la persona / 3. Atención a la edad pediátrica / 3.1. Seguimiento de la salud infantil

3.1.5. Programa de vacunación de Andalucía en la infancia y adolescencia

Inmunización de la población infantil frente a determinadas enfermedades infecciosas según el Calendario Vacunal vigente (Tabla 5) con el objetivo de disminuir su incidencia y avanzar hacia la erradicación de algunas de ellas.

Criterios mínimos de oferta

- Inmunización de niños/as de 0 a 14 años:

- Niños/as nacidos vivos.
- Niños/as de tres años.
- Escolares de 1º y 6º de enseñanza primaria.
- Escolares de 2º de enseñanza secundaria obligatoria.
- Niñas y niños de cualquier edad vacunados incorrectamente.
- Vacunaciones en situaciones epidemiológicas que se indiquen.

En cada dosis administrada:

- Cumplimentación de la historia vacunal y/o aplicación informática del programa o historia de salud de AP.
- Registro en carnet de vacunas y/o cartilla para la salud infantil.
- Educación para la salud sobre vacunación: beneficios, contraindicaciones, efectos indeseables y tratamiento.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Total de niños/as entre 0 y 14 años. Se estiman por la cohorte de niños/as nacidos vivos en los años correspondientes.

Indicadores

- Captación en Atención Primaria: Número total de niños/as nacidos el año anterior que ha recibido al menos una dosis de cualquiera de las vacunas recomendadas en el calendario de vacunaciones de Andalucía, en el año x $100/\text{Número total de niños/as nacidos el año anterior del que hay que evaluar}$.
- Primovacunación: Número total de niños/as nacidos el año anterior que han recibido las dosis correspondientes a los seis primeros meses de vida, en el año x $100/\text{Número total de niños/as nacidos el año anterior del que hay que evaluar}$.
- Indicador de cobertura de triple vírica: Número total de niños/as que cumplen cuatro años en el periodo a evaluar y que han recibido la segunda dosis de triple vírica x $100/\text{Número total de niños/as que cumplen cuatro años en el periodo a evaluar}$.
- Indicador de cobertura de dTpa: Número total de niños/as que cumplen 7 años en el periodo a evaluar, que han recibido la dosis de dTpa x $100/\text{Número total de niños/as que cumplen 7 años en el año a evaluar}$.
- Indicador de cobertura de VPH: Número total de niñas nacidas 16 años antes del año a evaluar que han recibido tres dosis de VPH x $100/\text{Número total de niñas nacidas 16 años antes del año a evaluar}$.
- Indicador de cobertura de vacunación completa: Número total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar, que han recibido vacunación completa correspondiente a esos dos años x $100/\text{Número total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar}$.

Fecha de actualización: 09/03/2015

3.1.6. Detección precoz de metabopatías y cribado de fibrosis quística

Definición

Cribado del hipotiroidismo congénito, de la fenilcetonuria, fibrosis quística y cribado ampliado de metabopatías con el objetivo de un tratamiento precoz que evite secuelas graves.

Criterios mínimos de oferta

- Determinación a todos los recién nacidos de los metabolitos necesarios para el diagnóstico de las enfermedades incluidas en el cribado. Se recogerá una única muestra de sangre del talón del recién nacido el 3º día de vida (48-72 horas), si no fuera así, siempre es deseable que sea antes del 5º día, y habitualmente en los centros de Atención Primaria.
- En los casos que se detallan a continuación es necesario tomar una segunda muestra:
 - De manera rutinaria para confirmar los resultados de la prueba de hipotiroidismo.
 - A las dos semanas de vida (15 días) en caso de: recién nacido de bajo peso (igual o menor de 2.500 g); edad gestacional inferior a 37 semanas; neonatos de partos múltiples; neonatos con síndrome de Down.
 - Nueva muestra para cribado neonatal al alta hospitalaria en caso de: gran prematuro (< 31 semanas); muy bajo peso (< 1500 g).
 - A los tres meses de vida en caso de recién nacidos politrasfundidos.
 - A petición del laboratorio de referencia: por muestra inadecuada o resultado de la primera muestra dudoso.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria. Base de datos de metabopatías.

Población diana

Todas y todos los recién nacidos vivos: total de niñas y niños nacidos vivos en la cohorte del año evaluado.

Indicadores

- Indicadores de evaluación recogidos en el programa de detección precoz de errores congénitos de metabolismo.

Fecha de actualización: 29/04/2014

3.1.7. Detección precoz de displasia evolutiva de cadera, trastornos ortopédicos, criptorquidia, alteraciones oculares y de la visión, audición y detección precoz de la hipoacusia

Detección precoz de displasia evolutiva de cadera

Definición

Anamnesis y exploración que realiza precozmente el/la pediatra de AP para la detección de síntomas y signos de riesgo de displasia de caderas en cada niña y niño antes del año de edad.

Criterios mínimos de oferta

- Realización de exploración clínica con maniobra de Barlow y Ortolani dentro del programa de seguimiento de salud infantil, a recién nacidos, y exploración de caderas de lactantes (abducción y asimetrías) en visitas ulteriores hasta el inicio de la marcha.
- Realización de prueba de imagen: ecografía entre la 4ª y 8ª semana de vida o radiografía de caderas a partir de los 3-6 meses ante clínica dudosa o existencia de factores de riesgo.
- Derivación a AH para confirmación diagnóstica y tratamiento si precisa.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Todos los niños y niñas desde el nacimiento hasta que se compruebe la normalidad de la marcha. La incidencia es de 5 a 20 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

Indicadores

- Porcentaje de niñas y niños menores de un año que presentan al menos un registro de exploración de caderas/Población total menor de un año.
- Número de niños y niñas menores de un año con diagnóstico de luxación congénita de cadera/Población total menor de un año.

Diagnóstico temprano de criptorquidia

Definición

Exploración precoz de la bolsa escrotal encaminada a la detección de criptorquidia en niños menores de un año. 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.

Criterios mínimos de oferta

- Exploración del escroto desde la primera revisión de salud infantil:
 - Observando el aspecto de los genitales del niño y la simetría del escroto.
 - Palpando el tamaño y consistencia de los testículos y la resistencia a descender al escroto.
- Derivar al servicio de cirugía infantil si persiste la criptorquidia más allá de los 6 meses.
- Se derivará al Servicio de Pediatría del hospital para estudio genético y endocrinológico si la afectación es bilateral o se acompaña de hipospadias.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Niños menores de un año.

Indicadores

- Porcentaje de niños menores de un año con diagnóstico de criptorquidia o testículo retráctil/Población diana menor de un año.

Alteraciones oculares y de la visión

Definición

Conjunto de actuaciones que lleva a cabo el Equipo de AP para la prevención y detección precoz de la ambliopía en la población infantil.

La ambliopía se define como la reducción uni o bilateral de la agudeza visual, causada por la estimulación visual inadecuada del cerebro durante el periodo crítico del desarrollo visual. Su causa más frecuente es el estrabismo.

Criterios mínimos de oferta

- Se explorará a recién nacidos buscando alteraciones oculares: nistagmo, ausencia de reflejo rojo retiniano, leucocoria, malformaciones...
- En lactantes hasta poder realizar determinación de agudeza visual: vigilar alineación ocular, es significativo el estrabismo fijo a cualquier edad y cualquier tipo de estrabismo a partir de los 6 meses.
- Entre los 3 y 4 años: Visión estereoscópica, agudeza visual con optotipos infantiles, cover test, reflejo luminoso corneal.
- A partir de los 4 años: medición de agudeza visual cada 1 ó 2 años hasta finalizar el crecimiento.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Población de 0 a 14 años.

Indicadores

- Porcentaje de niñas y niños menores de 4 años con al menos un registro de detección de agudeza visual/Población menor de 4 años.
- Porcentaje de niños y niñas mayores de 4 años con al menos un registro de detección agudeza visual/Población mayor de 4 años.

Detección precoz de la hipoacusia

Definición

Actividades del Equipo de AP encaminadas a prevenir todas aquellas situaciones que puedan producir algún tipo de trastorno sensorial auditivo y contribuir a la detección precoz y actuaciones precoces de la hipoacusia infantil, tanto de origen congénito como adquirido, con la finalidad de minimizar o evitar secuelas y garantizar la integración del niño y de la niña a nivel familiar, escolar y social así como detección de los grupos de riesgo y seguimiento adecuado.

Criterios mínimos de oferta

- En la primera revisión de salud comprobar que se ha realizado cribado de hipoacusia al nacimiento y anotar el resultado en su historia de salud. Antes de los 15 días.
- En caso de no haberse realizado, remitir al niño/a al hospital para su realización. Revisiones de 1 y 2 meses.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención primaria.

Población diana

Población infantil menor de 6 meses.

Detección y seguimiento de los trastornos ortopédicos en la infancia.

- Detección precoz y seguimiento del pie plano flexible/rígido. Detección y diagnóstico diferencial precoz del pie plano flexible y rígido a los 3-4 años.
- Detección precoz y seguimiento del pie aducto (metatarso varo) flexible/rígido. Detección precoz y diagnóstico diferencial del pie aducto diferenciando entre flexible y rígido, y seguimiento o derivación pertinente del mismo:
 - Reductible: Si se reduce espontáneamente con el movimiento del pie o por manipulación del examinador.
 - Rígido: Cuando no hay posibilidad de reducción espontánea o manipulado, precisa tratamiento especializado con ortesis o yesos.

- Detección precoz y seguimiento de las desviaciones angulares de miembros inferiores: genu varo/valgo, rotación tibial/femoral. Detección precoz de las desviaciones angulares de miembros inferiores en niños de 3-6 años.
 - Genu varo: Es el aumento del ángulo femorotibial con vértice externo, que conlleva un aumento de la distancia entre los cóndilos femorales.
 - Genu valgo: Es la disminución del ángulo femorotibial con vértice interno, que conlleva un aumento de la distancia entre los maléolos internos.

Fecha de actualización: 29/04/2014

3. 2. Oferta de especial seguimiento en la adolescencia

Actuaciones de promoción y prevención dirigidas a la población adolescente en aquellas áreas que precisan un especial seguimiento en esta etapa.

Criterios mínimos de oferta

- Atención sobre hábitos que comportan riesgos para la salud: anamnesis y consejo sobre el consumo de tabaco, alcohol y sustancias adictivas.
 - Ver subapartado de "Prevención del consumo de alcohol y otras drogas" del apartado "Seguimiento de la salud infantil y adolescente" (3.1.1.).
 - Ver apartado de "Educación y promoción de la salud", en el área de "Atención a la Comunidad"(1.3.).
- Prevención de los accidentes.
- Valoración y consejo en relación con la conducta alimentaria y la imagen corporal.
 - Ver subapartado "Atención a los trastornos de la conducta alimentaria" en el apartado de "Atención a los problemas de salud mental" (2.9.2.).
 - Ver subapartado "Promoción de la alimentación saludable del apartado "Seguimiento de la salud infantil y adolescente" (3.1.1.).
- Promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
 - Ver subapartado de Anticoncepción en el apartado de Atención relacionada con la salud sexual y etapa reproductiva del área de Atención a la persona (2.6.1.).
 - Ver subapartado "Educación sexual en la infancia y adolescencia, prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual", del apartado "Seguimiento de la salud infantil y adolescente" (3.1.1.).

Fecha de actualización: 29/04/2014

3.3.1. Síndrome febril en la infancia

Proceso fiebre en la infancia

Definición

Conjunto de actuaciones coordinadas que se ponen en marcha cuando se aprecia de forma objetiva o subjetiva un aumento de la temperatura corporal en niños o niñas y se establece contacto con el Sistema Sanitario; comprende todas las medidas que se llevan a cabo para llegar al diagnóstico etiológico de la fiebre, tratamiento del síntoma y/o de sus complicaciones, así como la información y medidas de actuación adecuadas para el/la menor y personas cuidadoras, garantizando la continuidad en la atención mientras persista el síntoma.

Criterios de inclusión

Primer contacto que puede ser personal o telefónico del niño/a o personas cuidadoras en cualquiera de los niveles de atención sanitaria, tras la sospecha o constatación de fiebre (apreciación subjetiva u objetiva de aumento de la temperatura corporal).

Situaciones que no aborda el Proceso

- Fiebre en menores con inmunodeficiencia.
- Fiebre en el niño o la niña con patologías oncológicas.
- Niño o niña que portan dispositivos invasivos.
- Menores con tratamiento antibiótico.
- Fiebre en niño o niña con edad superior a 14 años.

Salidas del Proceso

- Cuando la niña o el niño se encuentra afebril durante 48 horas o más.
- El establecimiento diagnóstico etiológico de la fiebre.
- Fiebre prolongada de causa desconocida de duración superior a 5 días.

Criterios de oferta

Profesionales de Pediatría/Medicina de Familia/Enfermería

Priorización del momento de la asistencia:

- Realización de preguntas secuenciales establecidas en el Proceso fiebre en la infancia (PFI). Si la demanda es telefónica y una vez realizadas las preguntas secuenciales, presenta síntomas de riesgo: desplazamiento inmediato al centro sanitario correspondiente. Si no presenta síntomas de riesgo: recomendaciones según síntomas (medidas antitérmicas (Anexos 2 y 3 del PAI); vigilancia de aparición de síntomas de riesgo/concertar cita con Atención Primaria a través del servicio atención a la ciudadanía (SAC).
- Si la demanda es en consulta, valoración médica mediante preguntas secuenciales establecidas en el PFI, y si presenta signos de alerta, atención inmediata.
- En caso de triaje estructurado hospitalario: triangulo de evaluación pediátrica (apariencia, respiración y circulación).

Plan de actuación en Atención Primaria/DCCU-AP

- Realización de una anamnesis detallada según el documento historia clínica del PFI, y exploración minuciosa.
- Identificación de signos de alerta para la toma de decisiones adecuadas (alteración en el nivel de conciencia, mala perfusión, trastorno del ritmo respiratorio, cianosis, exantema maculoso o petequeial, dolor y/o tumefacción articular y/o limitación en la movilidad).
- Aplicación correcta de las escalas de riesgo de infección bacteriana grave (IBG) dependiendo de la edad y el riesgo (bajo, intermedio, alto). (Anexo5 del PAI).
- Toma de temperatura con técnica correcta (Anexo 1 del PAI).
- Plan de actuación según recomienda el PSFN para la edad de cada niño/a (menor de 1 mes/ de 1 a 3 meses/3 a 36 meses/ mayor de 36 meses), que puede incluir la observación, el manejo de la fiebre, la derivación al hospital o la realización de pruebas complementarias.
- Realización en todos los casos de un registro detallado de la historia y actividades realizadas e información clara a las personas cuidadoras sobre signos de alerta y medidas antitérmicas, mientras se mantiene la observación (Anexo 5 del PAI).
- Vigilancia de los signos de alerta descritos.
- En caso de necesitarse recogida de orina, ésta se realizará con técnica limpia y de acuerdo con los documentos de técnicas de recogida de orina, sensibilidad y especificidad de los componentes del análisis urinario y criterios para el diagnóstico de ITU del PFI.
- Valoración de las pruebas complementarias realizadas y decisión sobre el tratamiento, derivación a atención hospitalaria, observación domiciliaria, planificación del seguimiento e informe a las personas cuidadoras, según las recomendaciones del PFI.

Normas de calidad

- En todos los niños y niñas que presenten síndrome febril debe valorarse la gravedad aplicando la escala de valoración YIOS cuando la edad esté comprendida entre 1 y 3 meses de edad, y la YALE en los mayores de 3 meses y menores de 36.
- En el caso de pacientes en edad pediátrica que sean remitidos a observación domiciliaria por síndrome febril, habrá que asegurarse de que las personas cuidadoras disponen de indicaciones precisas sobre las medidas generales, físicas y la medicación a aplicar durante el periodo, así como de que disponen de capacidad, responsabilidad, acceso telefónico, y acceso al centro hospitalario en menos de 30 minutos.
- Todas las niñas y niños menores de 1 mes que presenten síndrome febril deben ser ingresados en un centro hospitalario.

Población diana

Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el proceso.

Sistema de información y registro

Historia de salud digital.

Indicadores:

- Número de menores con fiebre sin foco (FSF) derivados desde Atención Primaria o DCCU-AP con informe clínico de derivación que cumple los criterios definidos en el proceso/Número total de menores con FSF derivados desde AP al SCCU-H*100.
- Número de menores con fiebre remitidos a observación domiciliaria cuyos padres, madres o personas cuidadoras disponen de indicaciones precisas sobre las

medidas que deben aplicar/Número total de menores con fiebre que se remiten a observación domiciliaria*100.

Fecha de actualización: 29/04/2014

3.3.2. Amigdalectomía-adenoidectomía

Proceso amigdalectomía-adenoidectomía

Definición

Conjunto de actuaciones que se llevan a cabo en los casos de pacientes que consultan por síntomas de dolor de garganta, focalidad, insuficiencia respiratoria de vías altas y rinorrea, y se llega a establecer la indicación quirúrgica de amigdalectomía y/o adenoidectomía, procediéndose a la realización de la intervención y a su seguimiento post-operatorio.

Criterios de inclusión

- Pacientes con dolores de garganta de etiología infecciosa bacteriana con un patrón clínico de evolución, frecuencia e intensidad determinados: 5 o más episodios al año, los síntomas persisten al menos un año, el dolor de garganta se debe a la repetición de un absceso periamigdalino y los episodios son incapacitantes e impiden el desempeño normal de las funciones y actividades personales.
- Pacientes con cuadros focales asociados a patología amigdalina infecciosa bacteriana (Fiebre reumática, glomerulonefritis aguda, pustulosis palmo-plantar y psoriasis eruptiva).
- Pacientes con insuficiencia respiratoria de vías altas por hipertrofia adenoidea y/o hipertrofia amigdalina obstructiva (síndrome de apnea obstructiva del sueño).
- Pacientes con rinorrea mucosa por adenoiditis con un patrón clínico de evolución, frecuencia e intensidad determinado: 4 o más episodios de rinorrea en los 12 meses previos (al menos un episodio documentado clínicamente por exploración médica); síntomas persistentes de adenoiditis después de 2 cursos de tratamiento antibiótico (al menos uno debe haber incluido un antibiótico resistente a las beta-lactamasas) con una duración mínima de 2 semanas.

Salidas del Proceso

- Paciente que tras revisión post-operatoria es dado de alta médica.
- Paciente o su representante legal, que así lo deciden, en cualquier punto del proceso o procedimiento quirúrgico.

Situaciones que no aborda el Proceso

- Pacientes con infecciones amigdalares no bacterianas.
Pacientes en los que el cuadro focal es detectado en el ámbito hospitalario.
- Las insuficiencias respiratorias de vías altas de los pacientes con edades inferiores a 1 año y superiores a 14 años.
- Pacientes con rinorrea de naturaleza distinta a la mucosa, mucopurulenta y/o purulenta en pacientes entre 1 y 14 años.
- Las comorbilidades (malformaciones congénitas o con severas deformaciones adquiridas, cardiopatías, nefropatías, metabopatías, etc.).
- Pacientes a los que se les practica amigdalectomía-adenoidectomía ante sospecha o tratamiento de tumores amigdalares, infecciones de los espacios profundos del cuello y/o sepsis de origen amigdalina, amigdalitis caseosas y síndromes de apnea obstructiva del sueño en pacientes entre 1 y 14 años con obesidad.

Criterios de oferta**En Atención Primaria**

- Valoración integral con anamnesis, exploración física e identificación del cuadro clínico y definición del patrón clínico. Solicitud de pruebas complementarias si procede.
- Derivación mediante informe correctamente cumplimentado a Atención Especializada en caso de posible beneficio con amigdalectomía-adenoidectomía.

Población diana

Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Proceso.

Sistema de información y registro

Historia de salud digital.

Indicadores

- Número de niñas y niños incluidos en el proceso amigdalectomía-adenoidectomía.

Fecha de actualización: 29/04/2014

3.3.3. Otitis media

Proceso otitis media

Definición

Conjunto de actividades por las que, tras la presencia de síntomas y signos de otitis, se lleva a cabo el diagnóstico, el tratamiento y las medidas preventivas necesarias, mediante la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

Criterios de inclusión

Pacientes con demanda de atención por síntomas de otitis, independientemente de donde ésta se manifiesta.

Salidas del proceso

- Pacientes a los que se da alta médica, por resolución del problema clínico, una vez realizado el diagnóstico y tratamiento correctos, y paciente y/o persona cuidadora conocen los aspectos preventivos.

Situaciones que no aborda el Proceso

- Pacientes menores de un mes y mayores de 14 años.
- Pacientes con patología asociada: anomalías craneofaciales e inmunodeficiencias.
- Pacientes con otros tipos de otitis: otitis externas, miringitis, reagudizaciones de otitis media crónica simple o colesteatomatosa.

Se incluyen 3 subprocesos: otitis media aguda, otitis media secretora y otitis media recurrente.

Subproceso otitis media aguda

Definición

Conjunto de actividades por las que, tras la aparición de síntomas sugestivos de otitis media (OM) aguda, se hace un diagnóstico, se instaura un tratamiento y se adoptan las medidas preventivas necesarias, mediante coordinación entre los diferentes profesionales y niveles de actuación.

Criterios de inclusión

Paciente que demanda asistencia por síntomas de OM aguda.

Salidas del proceso

- Pacientes a los que se da alta médica.
- Pacientes con evolución a OM secretora (pasan al subproceso de otitis media secretora).

Situaciones que no aborda el Proceso

- Pacientes con OM aguda e inmunodeficiencias o anomalías craneofaciales.
- Pacientes con OM aguda como reagudización de un proceso previo de otitis crónica.
- Pacientes menores de un mes y mayores de 14 años.
- Pacientes con complicaciones locales y/o sistémicas sépticas.

Criterios de oferta

En Atención Primaria

- Valoración integral con anamnesis, exploración física incluyendo otoscopia. Registro en historia clínica. Lavado ótico si procede.
- Diagnóstico de OM aguda por la presencia de síntomas (otorrea, otalgia, tocarse el pabellón auricular, no descanso nocturno, rechazo de la alimentación) y/o signos (abombamiento, opacificación, disminución de la movilidad del tímpano).

- Tratamiento (plan de cuidados) mediante antibioterapia inicial (siendo la amoxicilina de primera elección) o tratamiento (plan de cuidados) expectante mediante vigilancia y analgésicos.
- Seguimiento de la evolución, aparición de posibles complicaciones, rechazo al tratamiento y/o efectos adversos de la medicación.
- Derivación a Atención Hospitalaria en caso de persistencia de síntomas.
- Recomendaciones preventivas.

Subproceso otitis media secretora

Definición

Conjunto de actuaciones por las que se programa y se lleva a cabo el control de pacientes con otitis media secretora desde que se sospecha. Se delimitan los criterios diagnósticos, tratamiento médico y/o quirúrgico y seguimiento hasta la curación, mediante la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles de actuación.

Criterios de inclusión

- Pacientes con hipoacusia.
- Pacientes con retraso en la adquisición o desarrollo del lenguaje.
- Pacientes con otalgia o sensación de taponamiento ótico.
- Paciente irritable, alteraciones del sueño, vértigo o alteraciones del equilibrio.
- Pacientes en los que se observa pérdida auditiva (en screening).
- Pacientes en los que pasados 90 días en la evolución de una OM aguda, se comprueba la presencia de líquido en el oído medio sin evidencia de infección.

Salidas del Proceso

- Pacientes en los que se ha normalizado la audición y ha desaparecido la imagen otoscópica de la OM secretora.

Situaciones que no aborda el Proceso.

- Pacientes con OM secretora e inmunodeficiencias o anomalías craneofaciales.
- Pacientes menores de un mes y mayores de 14 años.
- Pacientes que evolucionan a patologías crónicas: otitis media crónica simple, otitis media crónica colesteatomatosa, otitis adhesiva.

Criterios de oferta

En Atención Primaria

- Valoración integral y ante sospecha de OM secretora se realizará, anamnesis, exploración física incluyendo otoscopia. Registro en historia clínica.
- Confirmación diagnóstica tras tres meses de observación.
- Lavado ótico si procede.
- Derivación a AH según los criterios definidos en el Proceso.
- Control de factores de riesgo y consejos preventivos (tabaco, lactancia, uso del chupete y guardería).

Subproceso otitis media recurrente

Definición

Conjunto de actuaciones por las que, tras la aparición de otitis media recurrente, se llevan a cabo las actividades de diagnóstico, se instaura un tratamiento y se adoptan las medidas preventivas necesarias, mediante la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

Criterios de inclusión

- Pacientes con otitis media recurrente: ocurrencia de al menos tres episodios de OM aguda en los 6 meses previos o cuatro episodios en los últimos 12 meses.

Salidas del Proceso

- Pacientes a los que, tras un periodo de observación de 6 meses a un año, no presentan nuevo episodio de OM aguda y se les da el alta médica, conociendo los familiares y/o personas cuidadoras los aspectos preventivos del proceso.

Situaciones que no aborda el Proceso

- Pacientes con OM recurrente e inmunodeficiencias o anomalías craneofaciales.
- Pacientes con OM aguda como reagudización de un proceso previo de otitis crónica.
- Pacientes menores de un mes y mayores de 14 años.
- Pacientes en los que aparecen complicaciones locales y/o sistémicas sépticas.

Criterios de oferta

En Atención Primaria

- Valoración clínica e identificación de la presencia de otitis media recurrente (documentada).
- Realización de estudio inmunológico que incluya la IgG y subclases.
- Derivación a atención ORL en todos los casos.
- Recomendaciones preventivas de la OM recurrente: vacunación antigripal anual.

Normas de calidad

Otitis media aguda

- La antibioterapia inicial está indicada en niños y niñas < de 2 años o > 2 años con afectación del estado general (fiebre mayor de 39º y otalgia de más de 6 horas, a pesar de la toma de analgésicos).
- En los restantes pacientes, la antibioterapia está indicada ante la persistencia de síntomas y/o signos durante un periodo igual o superior a 48 horas tras un tratamiento sintomático.
- Si está indicada la antibioterapia, la amoxicilina debe ser el fármaco de primera elección si no existen contraindicaciones.
- Se debe realizar un control programado a los 90 días de inicio de los síntomas de OM aguda para descartar OM secretoria.

Otitis media recurrente

- Tras el diagnóstico de otitis media recurrente, la única recomendación preventiva específica es la vacunación antigripal anual.
- Realizar un estudio inmunológico que incluya la IgG y subclases para descartar una inmunodeficiencia.

Población diana

Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Proceso.

Sistema de información y registro

Historia de salud digital.

Indicadores

- Número de pacientes incluidos en el Proceso otitis media

Fecha de actualización: 29/04/2014

Proceso seguimiento recién nacido de riesgo

Definición

Conjunto de actividades coordinadas por el SSPA que desarrollan profesionales de distintos sectores dirigidas a la población infantil, su familia y entorno, para confirmar un normal desarrollo o, en su defecto, detectar precozmente las alteraciones del mismo e instaurar las medidas terapéuticas oportunas que permitan su recuperación o su neurohabilitación, en función de su capacidad, para obtener el máximo de sus competencias, consiguiendo una mejora en su calidad de vida, a través de una evaluación periódica del niño con riesgo neurosensorial, biológico, psicológico, sociofamiliar o asociación de los mismos detectado en la época neonatal; o en los que sin presentarlo se detectan señales de alerta.

Criterios de inclusión

Menores de 6 años y sus familias que presenten criterios de riesgo según la clasificación organización diagnóstica atención temprana (ODAT) en los ejes I, II, III (Anexo 1 del PAI) o señales de alerta a lo largo de su desarrollo.

Situaciones que no aborda el Proceso

Tratamientos específicos que se abordan en los subprocesos de trastorno motor, sensoriales, discapacidad intelectual o trastornos generalizados del desarrollo.

Salidas del Proceso

- Confirmación de un adecuado desarrollo para su edad cronológica y/o desaparición de los factores de riesgo asociados.
- Niños/as mayores de 6 años.

Criterios de oferta

Profesionales del SSPA/Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/Servicios Sociales Comunitarios

- Promoción de vínculos de apego adecuados en las relaciones madre o persona cuidadora estable hijo. Las actividades realizadas por los y las profesionales tendrán como ejes fundamentales de actuación:
 - Captación activa de todas las embarazadas para una adecuada educación maternal.
 - Formación en lactancia materna (Anexo 2 del PAI) de todos los profesionales sanitarios en contacto con la embarazada, incidiendo en la importancia del valor de la flexibilidad y adaptación de las recomendaciones al binomio madre-hijo.
- En todos los embarazos se cumplirán las normas de calidad del PAI Embarazo, Parto y Puerperio. Si se confirma embarazo de riesgo, se informará acerca de los factores de riesgo y sus posibles consecuencias sobre el pronóstico materno-fetal. Se ofrecerá apoyo emocional y recursos a la mujer/pareja/familia.
- Durante el ingreso en la unidad neonatal: fomentar el contacto físico entre madre/padre y bebé, fomentar lactancia materna.
- A lo largo del proceso de desarrollo los profesionales deben apoyar e informar a la familia sobre la necesidad de favorecer el vínculo a través de intervenciones como: hablarle en tonos agradables, abrazarle, jugar con él, ponerle música no muy alta y relajante, paseos diarios.

- Detección e intervención sobre familias con factores de riesgo social que puedan influir en el desarrollo.
- Derivación a la unidad de Trabajo Social a través de documento específico de derivación.
 - Entrevista a la familia, cumplimentación de historia social.
 - Valoración social donde se detectan necesidades del niño.
 - Plan de actuación con la familia.
 - Coordinación interdisciplinar y derivación con servicios de salud y otros sectores (protección de menores, educación...).
- Plan de actuación tras ingreso ante posible situación de desamparo al nacimiento, decisión de la madre de dar al niño en adopción.
 - En caso de sospecha de maltrato infantil cursar hoja de detección y notificación de maltrato infantil.
 - Valoración médica, de enfermería y social del menor.
 - Informe de continuidad de cuidados.
 - Establecer un plan de atención compartida (PAC) por el equipo de orientación terapéutica (EOT).
- Cuando los casos sean detectados en los CAIT o centros de educación infantil se remitirá al pediatra de AP, quien tras valoración remitirá el caso a Trabajo Social de la ZBS.

Profesionales de Pediatría/Neuropediatría/Neonatología/Enfermería/CAIT/Psicología/Medicina de Familia/Centros de Educación Infantil/Familia

- Detección de factores de riesgo biológico y señales de alerta en periodo neonatal (ver PAI).
- Estudio y seguimiento riguroso del niño.
- Adecuada coordinación de todos los profesionales que intervienen en el control del recién nacido.
- Detección de señales de alerta postneonatales en las visitas del Programa de Salud Infantil: Test de Denver y/o Escala del desarrollo de Haizea-Llevant (Anexo 9 del PAI).
- Gestión de citas por SAC para el CAIT y otras especialidades. La valoración por el CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de 30 días.
- Intervención neonatal en recién nacidos con factores de riesgo biológico y señales de alerta. Implementar un plan de cuidados de enfermería y de actuaciones médicas (cuidado postural, protección sensorial, prevenir y tratar el dolor, valoración neurológica, exploraciones complementarias, estudio genético, tratamiento).
- Antes del alta, se concretará el PAC entre AP, atención hospitalaria y resto de profesionales implicados en el seguimiento del recién nacido. Corresponde la coordinación al servicio de Pediatría. El PAC establece los objetivos para el primer año de vida del menor. El seguimiento programado del neurodesarrollo y su atención integral se llevará a cabo desde el nacimiento hasta la edad escolar (0-6 años).
- Intervención en función del riesgo (social, biológico, lesión neurosensorial, psicológico, lesiones establecidas, asociación de varias lesiones).
- El PAC se complementa con el plan individualizado de atención temprana (el pediatra de AP será el referente del caso), se realizará informe de coordinación e información a la familia.

Población diana

Menores que cumplen los criterios de inclusión en el Proceso.

Sistema de información y registro

Historia de salud digital.

Indicadores

- $\text{PAC realizado en recién nacido con lesión establecida o riesgo de padecerla} \times 100 / \text{Total RN con lesión establecida o riesgo de padecerla}$.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Proceso trastornos del desarrollo con discapacidad intelectual

Definición

Conjunto de actividades, coordinadas por SSPA que desarrollan profesionales de distintos sectores, dirigidas a la atención integral de la población infantil que presenta trastornos del desarrollo con afectación predominante de la esfera intelectual o sospecha de padecerlos, con la finalidad de evitar o minimizar su discapacidad, alcanzar su máxima autonomía personal, posibilitando su integración familiar, escolar y social, llevándose a cabo sobre el niño o la niña, la familia y el entorno.

Criterios de inclusión

Sospecha de discapacidad intelectual en menores al presentar a lo largo de su desarrollo:

- Síndrome que se asocie en su evolución con retraso mental.
- Retraso global del desarrollo.
- Función intelectual global por debajo de los valores de Cociente Intelectual (CI) establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (CI = 70).
- Limitaciones significativas en: inteligencia preoperacional, inteligencia emocional, inteligencia social comunicativa y habilidades motoras y de autocuidado. (Anexo 1 del PAI).
- Déficit en una o más esferas cognitivas (atención, memoria, lenguaje, percepción, praxias, función ejecutiva) fuera del contexto de un retraso mental (ejemplos: prosopagnosia congénita, dispraxia...)

Situaciones que no aborda el Proceso

- Menores cuyo trastorno del desarrollo sea específicamente tratado en otro subproceso de atención temprana.
- No se aborda, por su diversidad, el tratamiento específico de las causas que provocan discapacidad intelectual predominante dejándolo al criterio fundamentado de los distintos profesionales especializados.

Salidas del Proceso

- Menores que han cumplido los 6 años de edad.
- Menores que en el proceso de evaluación y diagnóstico se descarta la presencia de un trastorno de discapacidad intelectual.
- Menores que en su desarrollo evolutivo superan los valores de CI establecidos por CIE (70) para el retraso mental y que no presenten limitaciones en sus habilidades adaptativas.

Criterios de oferta

Familia/Profesionales Sanitarios/Educación/Trabajo Social/Centros de Protección de menores

Detección precoz de discapacidad intelectual o riesgo de padecerla.

- Presencia de antecedentes en el periodo pre o perinatal, detectar al nacimiento cuadros que lo conllevan a lo largo de su proceso evolutivo. Presencia de rasgos dismórficos.
- Signos de alerta según etapa evolutiva a detectar en cualquier ámbito (ver PAI).
- Riesgo psicosocial.

Profesionales de Pediatría/Medicina de Familia/Enfermería

Valoración de la discapacidad intelectual

- Establecer un plan de atención compartida (PAC), cuando el diagnóstico se realice en el periodo neonatal, por el equipo de orientación terapéutica

(profesionales que han atendido al niño, unidad de trabajo social, pediatra de AP, enfermería gestora de casos, profesionales del CAIT de referencia).

- EL PAC se complementará con el programa individualizado de atención temprana (PIAT), el pediatra de AP será el referente del caso.
- Se emitirá un informe de coordinación, que incluirá: datos referentes al ámbito hospitalario, ámbito de AP, del CAIT, del ámbito educativo y de trabajo social.
- En el periodo postnatal, se necesitan varias visitas para poder llegar a un diagnóstico causal de discapacidad intelectual, cuando se sospeche, en AP se deberá valorar:
 - Historia clínica: anamnesis, antecedentes familiares, señales de alerta (exploración general, neurológica, dismorfológica).
 - Valoración de enfermería. Elaboración del plan de cuidados de enfermería.
- Una vez confirmada la sospecha de discapacidad intelectual se derivará a otras especialidades para confirmar el diagnóstico etiológico (pediatra hospitalario, neuropediatra, salud mental infante-juvenil), al centro de atención infantil temprana (CAIT) para iniciar intervención, al equipo de orientación educativa para valoración psicopedagógica y dictamen de escolarización y a trabajo social de referencia ante la sospecha de factores de riesgo psicosocial.
- Derivación a centro de atención infantil temprana:
 - Puede derivarse mediante el sistema de información ALBORADA, o a través del servicio de atención a la ciudadanía (SAC) donde cuentan con listado de los centros de referencia y profesionales de contacto.
 - La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de 30 días.
 - Diagnóstico funcional e intervención: entrevista de acogida, evaluación del niño, familia y entorno, elaboración de hipótesis diagnóstica, información a los padres.
 - Programa de intervención individualizada que atienda la vertiente bio-psicosocial del niño o la niña y su familia.

Profesionales del SSPA/CAIT/Centros de Educación Infantil/Servicio Sociales Comunitarios

Intervención sobre familia con riesgo social que pueda influir en el desarrollo.

- Tras la detección se derivará a la unidad de trabajo social del centro.
- Plan de actuación: coordinación con los servicios de la comunidad; resolución de desamparo, información a la familia, identificar una figura responsable en el entorno familiar, asegurar calendario vacunal.
- Equipo orientación educativa: intervención educativa en el periodo de 0 a 6 años.
 - Dictamen de escolarización.
 - Medidas educativas específicas.
 - Programa de adaptación curricular.
 - Flexibilización de la etapa educativa.

Normas de calidad

- El PAC deberá contener las instrucciones precisas para facilitar a la familia el cuidado del niño en el hogar.
- Para facilitar la continuidad asistencial y la coordinación entre los profesionales y dispositivos se incorporará la ordenación diagnóstica de la Atención Temprana en la historia de salud infantil.

Población diana

Menores que cumplen los criterios de inclusión en el Proceso.

Sistema de información y registro

Historia de salud digital.

Indicadores

- Menores controlados en AP con valoración del desarrollo *100/Menores controlados en AP.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Proceso trastornos del desarrollo con discapacidad motora

Definición

Conjunto de actuaciones coordinadas por el SSPA desarrolladas por profesionales de distintos sectores que atienden a la población infantil, familiares y entorno, cuya finalidad es la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos del desarrollo que afectan predominantemente al área motora de niños y niñas de 0 a 6 años. (Anexo 1 del PAI).

Criterios de inclusión

- Sospecha de trastorno en el desarrollo motor.
- Diagnóstico definitivo de enfermedad motora que pueda afectar a un correcto desarrollo.

Situaciones que no aborda el Proceso

- Población infantil con dificultades motoras pero con predominio de otros trastornos asociados, tratados en otros subprocesos de atención temprana y a quienes sus trastornos motores se tratarán tomando en consideración los contenidos de este subproceso.
- Alteraciones motrices de origen traumático o malformativo que precisen exclusivamente tratamiento ortopédico (médico y/o quirúrgico).

Salidas del Proceso

- Confirmación de un adecuado desarrollo motor.
- Niños y niñas mayores de 6 años.

Observaciones

Este subproceso está dedicado a aquellos niños y niñas con trastornos generalizados y focales que afectan al desarrollo motor y no exclusivamente a aquellos afectos de parálisis cerebral. (Anexo 2 del PAI).

Criterios de oferta

Profesionales de Pediatría/Medicina de Familia/Traumatología/Neurocirugía/Medicina Física y Rehabilitación/Enfermería

En Atención Primaria

- Diagnóstico: Anamnesis dirigida específica del área motora (identificación de signos de alerta, valoración del desarrollo motor a través de test de Denver y/o escala de Haizea-Llevant (Anexo 4 del PAI), valoración de enfermería (Anexo 5 del PAI).
- Exploración física neuromotora, ante sospecha de alteración se realizarán las pruebas complementarias necesarias, se remitirá al CAIT y se derivará a AH para profundizar en el diagnóstico etiológico-sindrómico y su tratamiento.
- Información a la familia.
- Derivación al CAIT, gestión de cita por el servicio de atención a la ciudadanía (SAC).
- La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de 30 días.
- Corresponde al pediatra de AP o médico de familia la derivación, seguimiento y evaluación global de las intervenciones realizadas; los protocolos de derivación se acompañarán de informe detallado.

Profesionales del SSPA/Centros de Atención Temprana Infantil (CAIT)/Centros de Educación Infantil/Servicios Sociales Comunitarios/EOE

- Intervención sobre la familia con factores de riesgo social que puedan influir en el desarrollo.

- Tras la detección se derivará a la unidad de trabajo social del centro asistencial.
- Plan de actuación (en caso de sospecha de maltrato, desamparo al nacimiento).
- Cuando los factores de riesgo sean detectados en los CAIT o centros de educación infantil se remitirán al Pediatra de AP, quien tras valoración, remitirá el caso a Trabajo Social de la zona básica de salud.
- Cuando la detección se produce en la época neonatal, antes del alta se elaborará el Plan de Atención Compartida (PAC); al alta, en los casos en los que sea necesario (vacunas, niño sano...) por detección de riesgo social, el equipo de orientación terapéutica (EOT) estará constituido por Trabajo Social y Enfermería gestora de casos de AH y de AP. El EOT tendrá la función de establecer y supervisar el cumplimiento del PAC. El servicio de pediatría será el coordinador. El PAC establece los objetivos para el primer año de vida del niño/niña con lesiones establecidas o riesgo de padecerlas.
- El PAC se complementa con el programa individualizado de atención temprana (PIAT). Se coordinarán las agendas de los distintos especialistas implicados en el tratamiento para conseguir minimizar el número de visitas al centro hospitalario o especializado. Se informará a los padres de la periodicidad de las revisiones de cada especialista.

Población diana

Menores que cumplen los criterios de inclusión en el Proceso.

Sistema de información y registro

Historia de salud digital.

Indicadores

- Menores valorados y con intervención en plazo *100 /Menores derivados a CAIT.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Proceso trastornos sensoriales

Definición

Conjunto de actuaciones coordinadas por el SSPA que desarrollan profesionales de distintos sectores que atienden a la población infantil, familia y entorno, cuya finalidad es detectar y/o evitar factores de riesgo que puedan afectar al normal desarrollo visual y auditivo, identificar de forma precoz la aparición de cualquier alteración y llevar a cabo una intervención de carácter global.

Criterios de inclusión

- Menores con indicadores de riesgo auditivo y/o visual.
- Menores que no pasan el cribaje auditivo y/o visual adecuado.
- Menores bajo sospecha de hipoacusia y/o déficit visual por parte de padres y madres, profesorado, profesionales de atención temprana, personas cuidadoras, etc.
- Menores diagnosticados de hipoacusia bilateral (pérdidas medias en frecuencias conversacionales por encima de 20 dB), déficit visual bilateral con agudeza visual menor o igual a 0.3 o sordoceguera.
- Menores con déficit visual unilateral que estén sometidos a tratamiento oclisor del ojo con menor déficit.

Situaciones que no aborda el Proceso

- Menores con multidiscapacidad cuyo trastorno principal no sea auditivo ni visual.

Salidas del Proceso

- Confirmación de un adecuado desarrollo auditivo y/o visual en menores que no pasaron los cribajes, con sospecha de déficit o con indicadores de riesgo.
- Menores afectados en los que se comprueba una audición bilateral comprendida entre 0 y 20 dB y/o una agudeza visual bilateral mayor de 0,3.
- Menores afectados con recuperación funcional y en los que se confirme un adecuado desarrollo.
- Menores con déficit visual unilateral que finalizan el tratamiento oclisor del ojo con menor déficit.
- Mayores de 6 años de edad.

Criterios de oferta

Profesionales Sanitarios/Educación/Servicios Sociales/Familia

Detección de factores de riesgo o déficit sensorial:

- Al nacimiento, o en el periodo postnatal, realización de historia clínica en la que conste: antecedentes familiares, de gestación (hábitos tóxicos, infecciones connatales), infecciones SNC, prematuridad, síndromes malformativos, metabopatías, fármacos, exploración física, pruebas complementarias.
- Derivación para estudio por oftalmología y/o ORL de todos los niños y niñas que en la historia o en la exploración física presenten alteración o riesgo sensorial.
- Por parte de la familia, ámbito educativo y/o CAIT, se deberá prestar especial atención a las señales que aconsejarán realizar valoración por pediatra (ver PAI).
- Valoración por el pediatra de los signos de alarma a las distintas edades (ver PAI), exploración física para detectar patología visual y/o auditiva.

- Si la detección se realiza en otros sectores, se remitirá a la consulta de Pediatría de AP de referencia para su valoración. Ante la detección por parte de pediatría de retraso o alteración en la adquisición del lenguaje y/o desarrollo visual, se derivará al menor al CAIT para intervención y al especialista de Oftalmología y ORL para profundizar en el diagnóstico etiológico-sindrómico.
- Gestión de cita para CAIT y otras especialidades que procedan a través del SAC.
- La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de treinta días.
- A los lactantes a los que no se les haya realizado el cribaje de hipoacusia al nacimiento, el o la pediatra derivará a la unidad de screening de zona correspondiente para efectuar dicha prueba.
- Confirmación, valoración y catalogación del déficit: historia, exploración física, exploraciones complementarias.
- Información a la familia tras el diagnóstico, información sobre las asociaciones reconocidas de ayuda, recursos sanitarios y sociales.
- Coordinación interniveles y sectores que aseguren la intervención integral.

Profesionales **de**
Pediatría/ORL/Oftalmología/Enfermería/Psicología/Logopedia/Óptica/Trabajador Social/Audioprótesis/Rehabilitación/Mediador

Intervención en el ámbito sanitario

Al nacimiento

- Tratamiento específico según patología.
- Plan de atención compartida (PAC), antes del alta entre AP y AH. Se realiza por el equipo de orientación terapéutica (EOT).
- Los equipos estarán formados por los profesionales que han atendido al neonato, los profesionales de la unidad de Trabajo Social, profesional de pediatría de AP responsable de su atención y seguimiento al alta, enfermeras gestoras de caso y profesionales del CAIT de referencia, pudiendo completarse con los profesionales que se estime oportuno. Determinará la orientación terapéutica y fijará los objetivos a alcanzar durante el primer año.
- El PAC se complementará con el PIAT.

Postneonatal

- Ante el diagnóstico de cualquier patología que produzca déficit visual subsidiaria de recibir tratamiento médico-quirúrgico-protésico se realizará de la manera más precoz posible según protocolos específicos.
- Optimización del funcionamiento visual. En la medida que el niño crece mostrará necesidades específicas en su patología visual, que podrán requerir la prescripción, adaptación y aprendizaje de ayudas ópticas y no ópticas. De manera general se introducen a partir de los 5 años aproximadamente, aunque pueden ser necesarias actuaciones puntuales antes de esa edad. (Esta intervención, en niños con déficits visuales graves, es realizada por los Servicios de Rehabilitación Integral de la O.N.C.E. en toda la comunidad autónoma).
- Todo menor con un déficit auditivo congénito debe ser diagnosticado/a con anterioridad a los 6 meses de edad, constando en el diagnóstico la realización de potenciales evocados auditivos, especificándose los umbrales de pérdida.

- Plan terapéutico auditivo: según etiología y según evolución (Si en un periodo máximo de 6 meses no se demuestra una eficacia de la adaptación protésica (valoración por parte de logopeda y audioprotesista) se derivará a la unidad de implante coclear (Anexo 7 del PAI).
- Valoración por enfermería y elaboración del plan de cuidados enfermeros (Anexo 8 del PAI).

Población diana

Menores que cumplen los criterios de inclusión en el Proceso.

Sistema de información y registro

Historia de salud digital.

Indicadores

- Menores valorados y con intervención en plazo $\times 100$ /Menores derivados a CAIT.
- Menores con déficit auditivo congénito diagnosticados con anterioridad a los 6 meses de edad $\times 100$ /Total menores con déficit auditivo congénito.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Proceso trastornos del espectro autista

Definición

Conjunto de actuaciones coordinadas por el SSPA que desarrollan profesionales de distintos sectores que atienden a la población infantil, sus familiares y su entorno, que tienen como finalidad detectar, de forma precoz, la aparición de trastornos del espectro autista (TEA) y atenderlos en su caso. Para ello, se propone la realización de determinadas actuaciones de carácter preventivo sobre progenitores con familiares afectados y se establece, una atención integral sobre la población infantil afecta, la familia y el entorno, dirigidas a evitar o minimizar su agravamiento optimizar su desarrollo.

Criterios de inclusión

Población menor de 6 años en la que padres, sanitarios o educadores observan alteraciones que les suscitan sospecha de autismo.

- Menores de 6 años que tienen un riesgo aumentado de padecer TEA.
- Menores de 6 años con diagnóstico probable o confirmado de TEA, según criterios diagnósticos para trastornos generalizados del desarrollo de DSM IV y CIE 10, (Anexos 1 y 2 del PAI).

Situaciones que no aborda el Proceso

Población infantil diagnosticada de:

- Síndrome de Rett.
- Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- Esquizofrenia de inicio en la infancia.
- Tratamientos específicos que se abordan en otros subprocesos de AT.

Salidas del Proceso

- Menores en los que el cribado en grupos de riesgo ha sido negativo.
- Menores en los que el proceso de diagnóstico descarta la presencia de un TEA.
- Menores que durante el proceso de intervención dejan de presentar un diagnóstico de TEA.
- Menores que han cumplido los 6 años de edad.

Criterios de oferta

Profesionales Sanitarios/Educación/Servicios Sociales/Centros de Atención Infantil Temprana

Detección en la población general.

- Informar a los progenitores, a través de material escrito, de los hitos del desarrollo y de los signos de alerta que pueda presentar la población infantil.
- La vigilancia del desarrollo (Anexo 3 del PAI) constituye un elemento esencial de la detección de niños con TEA. Los profesionales sanitarios de pediatría, medicina de familia y enfermería, deben conocer los hitos normales del desarrollo infantil en los primeros años de vida, vigilando estrechamente el desarrollo psicomotor de forma rutinaria en el Programa de Seguimiento de la Salud Infantil mediante escalas validadas como la escala Haizea-Llevant (Anexo 4 del PAI) y/o el test de Denver. Deben considerar siempre los motivos de preocupación de la

familia por ciertos aspectos del desarrollo, como habilidades comunicativas o de interacción social. Hay que tener presente que las manifestaciones más tempranas de TEA consisten en estas alteraciones (Anexo 7 del PAI).

- Cuando se sospeche que un niño o una niña presente alteraciones en su desarrollo sugerente de TEA, se valorará exhaustivamente:

- Si tiene 18 meses o más se le aplicará el cuestionario MCHAT (Anexo 8 del PAI).
- Si tiene menos de 18 meses, se tendrá en cuenta la presencia de signos de alerta.
- En ambos supuestos, si se confirma la sospecha, se derivará al siguiente nivel de atención.
- En caso de no confirmarse, se recomienda la atención a los aspectos sociocomunicativos del desarrollo, en los controles rutinarios hasta los 6 años.

Profesionales de Pediatría/Medicina de Familia/Enfermería

- Seguimiento de niños y niñas con riesgo aumentado de padecer TEA y detección de señales de alerta. Prestando atención a los aspectos del desarrollo comunicativo, y realizando el M-CHAT a los 18 meses (Anexo 8 del PAI).
- Derivación de niños y niñas con posible TEA a USMIJ, CAIT y otras especialidades (con documentos de interconsulta correspondientes a tal efecto/aplicación DIRAYA, que deben reflejar datos administrativos y clínicos).
- Se registrará en la historia de salud digital la derivación y todos los datos clínicos y administrativos recogidos.
- Si en la historia clínica del niño o de la niña y/o en la exploración se presentan datos sugerentes de enfermedad neurológica, genética-sindrómica asociada, se derivará también a la unidad de Neuropediatría, o si presenta alteración de la audición será valorado por ORL.
- Previamente a la derivación se comunicará a la familia el diagnóstico o la sospecha de una forma comprensible.
- Se comunicará el caso al profesional de trabajo social para el seguimiento de las citas y, para su valoración si existen factores de riesgo social asociado (Anexo 13 del PAI).
- Gestión de cita para USMIJ, CAIT y otras especialidades que procedan por el servicio de atención a la ciudadanía de AP.

Población diana

Menores que cumplen los criterios de inclusión en el Proceso.

Sistema de información y registro

Historia de salud digital.

Indicadores

- Menores controlados en AP con valoración del desarrollo *100/ Menores controlados en AP.

Fecha de actualización: 29/04/2014

3.3.5. Salud mental en la infancia y adolescencia

Definición

Actuaciones del Equipo de AP que se ofertan a la población infantil para detectar, diagnosticar y favorecer el adecuado tratamiento y seguimiento de niños/as y de adolescentes de ambos sexos, con algún trastorno mental.

Criterios mínimos de oferta

- Atención a la población de 0-14 años con cualquier trastorno mental.
- Coordinación entre diferentes profesionales del Equipo de AP que intervienen en la atención a niños y adolescentes de ambos sexos.
- Uso racional de psicofármacos.
- Plan de tratamiento farmacológico y de otras técnicas.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Total de niños y niñas de 0-14 años.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Atención al niño/a con alimentación especial

En el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, queda recogida la prestación con productos dietéticos, que comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padecen determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria.

En el Anexo VII de dicho Decreto, se exponen las situaciones clínicas que justifican la necesidad de indicación.

Definición

Detección precoz de niños con criterios de sospecha de intolerancia y/o alergia alimentaria que precisen alimentación láctea específica.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Alergia y/o intolerancia a la proteína de la leche de vaca

Criterios de inclusión

- Niños que durante el primer año de vida, presenten reacción adversa tras toma de proteínas de leche de vaca, mediada o no por mecanismo inmunológico (alergia a las proteínas de la leche de vaca: APLV y/o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca: IPLV).
- Niños con intolerancia primaria a la lactosa.

Criterios mínimos de oferta

- Detección de la población infantil con necesidades de alimentación láctea específica.
- Plan de actuación y criterios de derivación: ante sospecha de IPLV o de APLV
 - Retirar de inmediato las proteínas de leche de vaca.
 - Solicitud de IGE total y específica a leche de vaca y huevo.
 - Proponer relactación con leche humana.
 - Prescripción de un hidrolizado extenso de proteínas (con triglicéridos de cadena media en caso de IPLV o sin ellos en caso de APLV).
 - Derivar a:
 - Unidad de gastroenterología infantil para seguimiento (IPLV).
 - Unidad de alergia infantil para seguimiento (APLV).

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población Diana

Población infantil menor de 1 año

Fecha de actualización: 29/04/2014

Detección precoz y seguimiento de la patología urogenital

Actividades que realiza el Equipo de AP encaminadas a la captación y seguimiento de pacientes de 0-14 años que presentan alteración urogenital caracterizada por genitales ambiguos, alteraciones anatómicas en la desembocadura de la uretra, alteración en el descenso testicular, fimosis, adherencias balano-prepuciales, estenosis prepucial, himen imperforado, sinequias de labios menores, dilatación/estenosis vías urinarias y en general todas aquellas patologías que afectan al sistema urogenital.

Se oferta a todos los niños/as incluidos en el seguimiento de salud infantil (SSI) a los que se realiza una exploración exhaustiva de genitales externos con el fin de detectar alteración de los mismos, con seguimiento y/o tratamiento si lo precisa. También se oferta a los niños y niñas con sospecha de infección del tracto urinario (ITU) por uropatía.

Seguimiento de los niños y niñas con infecciones del tracto urinario

Actividades que realiza el Equipo de AP encaminadas a la captación y seguimiento de pacientes de 0-14 años que presentan infección urinaria. Se oferta a todos los niños/as menores de 14 años con el objetivo de detectar infección urinaria en los mismos así como seguimiento y/o tratamiento si lo precisa.

Sistema de información y registro

Historia de salud de Atención Primaria.

Población diana

Todos los niños/as menores de 14 años.

Indicadores

- Porcentaje de niños menores de un año con diagnóstico de criptorquidia o testículo retráctil/Población diana menor de un año.
- Número de niños/as menores de 14 años con diagnóstico de infección urinaria/Población menor de 14 años.

Ver Procesos Síndrome febril en la infancia (3.3.1.) y Criptorquidia (3.1.7.).

Fecha de actualización: 29/04/2014

1.1. Abordaje Familiar

Aproximación a la esfera o contexto familiar de cada paciente mediante habilidades y herramientas que permitan evaluar la dinámica familiar, para comprender si factores familiares inciden en la génesis de la patología que presentan determinados pacientes que acuden a la consulta a lo largo de la actividad asistencial, siendo un adecuado recurso de apoyo para el tratamiento de la enfermedad.

Para acercarse al conocimiento de la familia, el profesional o la profesional necesita instrumentos que le permitan realizar esta actividad. El instrumento, más importante para obtener información sobre la familia es el genograma, representación gráfica de la familia a lo largo del tiempo. Proporciona información de la estructura familiar, interacciones entre sus miembros, no siendo una información estática sino dinámica, pudiendo verse modificada a lo largo del tiempo. Supone una ayuda al médico/a de familia y pediatra en su práctica habitual, para la detección de factores de riesgo, detección de problemas psicosociales, sistema de registro, instrumento de relación con el paciente, etc; así como herramienta para la docencia e investigación.

Realizar un genograma constituye la primera etapa de un abordaje familiar estructurado. El médico/a de familia, debido al carácter longitudinal de la asistencia que presta, se sitúa en una posición privilegiada para realizar asesoramiento familiar.

[

Fecha de actualización: 29/04/2014

1.1.1. Manejo del duelo

El duelo es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que se relaciona con la aparición de problemas de salud, aumentando el riesgo de ansiedad, depresión, abuso de alcohol y fármacos; así mismo aumenta el riesgo de muerte y suicidio.

Los objetivos generales serán: cuidar que la persona elabore su duelo de la manera más natural y saludable, detectar precozmente el duelo complicado y asumir el seguimiento de personas con duelos crónicos.

Fecha de actualización: 29/04/2014

Área de atención a la familia / 1. Atención a la familia / 1.2. Área de abordaje a las familias de especial vulnerabilidad

1.2.1. En riesgo de desventaja o exclusión social

Ver el apartado "Atención al riesgo social en salud", incluido en el "Área de atención a la comunidad" (1.4.).

Fecha de actualización: 29/04/2014