

Actividades preventivas en niños con síndrome de Down (SD)

Actividades:

1. Información inicial y apoyo postnatal.
2. Confirmación diagnóstica y consejo genético.
3. Cribado de cardiopatía congénita y valvulopatía.
4. Evaluación oftalmológica por especialista.
5. Cribado de hipoacusia.
6. Detección de trastornos hematológicos.
7. Estimulación temprana.
8. Evaluación de la función tiroidea.
9. Cribado de enfermedad celíaca (EC).
10. Valoración de signos de compresión medular.
11. Inmunizaciones especiales.
12. Cribado de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
13. Prevención de enfermedad periodontal.
14. Valoración de la alimentación, la nutrición y el crecimiento. Prevención de obesidad.
15. Educación sexual.
16. Otros problemas médicos a vigilar.

Actividad 1

Información inicial y apoyo postnatal.

Población diana

Ambos padres.

Periodicidad

Tan pronto como se sospeche el diagnóstico, y en los controles iniciales de salud que se lleven a cabo en Atención Primaria.

Justificación

- La mayoría de las familias no conocen el diagnóstico hasta el momento del nacimiento. Muchas recuerdan que la información les fue dada de forma brusca e inadecuada, empleando un lenguaje poco comprensible, centrándose solo en los aspectos negativos del síndrome.
- El contacto con otros padres o grupos de apoyo puede brindar soporte emocional, ofrecer información sobre el SD, facilitar la resolución de problemas y orientar sobre los recursos disponibles en la comunidad.

Herramientas

- La información debe ser dada tan pronto como se sospeche el diagnóstico, una vez que la madre se haya recuperado del parto. Se hará de forma privada, con sensibilidad y sin prisas, estando ambos padres junto a su hijo. No se han de emplear tecnicismos. Se comenzará felicitándoles por el nacimiento de su nuevo hijo y se destacarán los aspectos positivos del SD. Se responderá a cuantas preguntas hagan, permitiendo la libre expresión de las emociones.
- Proporcionar material escrito actualizado referente al SD, el teléfono de padres con hijos con SD que se hayan brindado a ofrecer apoyo y/o el de asociaciones locales (anexo 1).
- En la visita inicial al centro de salud se ha de explorar cómo se encuentra la familia, qué es lo que más les preocupa y brindarles toda la información que precisen. En algunos casos pueden requerir de apoyo psicológico.

Actividad 2

Confirmación diagnóstica y consejo genético.

Actividades por grupos de riesgo

Población diana

Neonatos con SD.

Definiciones

Confirmar el diagnóstico mediante cariotipo y determinar la causa de la trisomía 21:

- No disyunción de un par de cromosomas 21 durante la formación del ovocito o espermatozoide. Representa la causa más frecuente de SD (95%).
- Mosaicismo (1%).
- Translocación (3-4%). En menores de 35 años las translocaciones causan el 9% de los casos; la mitad son de novo, y el resto se deben a una translocación balanceada en un progenitor.

Actividad 3

Cribado de cardiopatía congénita y valvulopatía.

Población diana

- Recién nacidos, aunque estén asintomáticos, y niños mayores que no hayan sido evaluados.
- Adolescentes o adultos jóvenes.

Periodicidad

En una ocasión en el periodo neonatal inmediato, y otra en la adolescencia-vida adulta.

Definiciones

- Las cardiopatías congénitas más frecuentes en niños con SD son el canal auriculo-ventricular completo (45-60%) y la comunicación interventricular (32-35%).
- Valvulopatías más frecuentes: prolapso de la válvula mitral (46-57%) y regurgitación aórtica (10-17%).

Justificación

- Casi la mitad de los recién nacidos con SD presentan una cardiopatía congénita; los síntomas pueden ser inicialmente escasos.
- Los adolescentes y adultos jóvenes sin antecedentes de cardiopatía estructural pueden desarrollar una valvulopatía.

Herramientas

- Evaluación por un cardiólogo pediátrico y práctica de una ecocardiografía, tanto para la detección de cardiopatía congénita en el periodo neonatal, como de valvulopatía en la adolescencia.
- Si está indicado realizar profilaxis frente a la endocarditis infecciosa, reforzar su importancia en cada uno de los controles de salud (anexos 2, 3 y 4).

Información adicional

En los niños con SD que presentan cardiopatía congénita, es más frecuente la **enfermedad vascular pulmonar** (cambios patológicos obstructivos en los vasos pulmonares), especialmente cuando existe un gran shunt izquierda-derecha; además, de forma característica, la hipertensión pulmonar suele ocurrir en una etapa más precoz, a partir de los 6 meses de vida. El conocimiento de este hecho es de enorme importancia de cara a elegir el momento adecuado para la intervención quirúrgica.

Actividades por grupos de riesgo

Actividad 4

Evaluación oftalmológica por especialista.

Población diana

Todos los niños y adultos con SD, comenzando en el periodo neonatal.

Periodicidad

Periodo neonatal, a los 6 y 12 meses de edad, bianual hasta los 5 años de edad, y anual a partir de entonces.

Justificación

- Al nacimiento se deben excluir: cataratas congénitas, estrabismo, nistagmo y glaucoma.
- Con la edad aumenta la incidencia de enfermedades oftalmológicas. Se observan trastornos de la refracción en casi la mitad de los niños entre los 3-5 años de edad. Cataratas y queratocono pueden desarrollarse en la segunda década de la vida o más tarde.

Herramientas

Evaluación por oftalmólogo.

Actividad 5

Cribado de hipoacusia.

Población diana

Todos los niños y adultos con SD, comenzando en los 3 primeros meses de vida.

Periodicidad

Cada 6 meses hasta los 3 años de edad, y anualmente a partir de entonces.

Justificación

El 75% de las personas con SD presentarán hipoacusia a lo largo de su vida, por lo general de conducción. En algunos estudios solo un tercio de los menores de 3 años tiene una audición normal.

Herramientas

- En menores de 1 año: test de otoemisiones acústicas o potenciales auditivos automatizados.

Si el cribado realizado en los 3 primeros meses de vida es patológico, se repetirá a las 2-3 semanas. Si continúa siendo anormal, será remitido a un equipo multidisciplinar para valoración etiológica, tratamiento e intervención temprana antes de los 6 meses de edad.

- Entre el año y los 3 años de edad: pruebas basadas en reflejos auditivos conductuales, impedanciometría o potenciales evocados.

Información adicional

En el caso de que presenten otitis media serosa (OMS), se debe evaluar la audición y el desarrollo del lenguaje y el habla, e instaurar tratamiento con prontitud (terapia del lenguaje, audífonos, inserción de tubos de timpanostomía); y se debe documentar la resolución del cuadro y de la hipoacusia.

Actividades por grupos de riesgo

Actividad 6

Detección de trastornos hematológicos.

Población diana

Recién nacidos con SD.

Periodicidad

Una sola vez con excepción de los recién nacidos que presenten síndrome mieloproliferativo transitorio que se aconseja evaluarlos cada 3 meses hasta los 3 años de edad, y cada 6 meses a partir de entonces, hasta los 6 años.

Definiciones

- Policitemia: hematocrito central mayor o igual al 65%. La mayoría presentan hiperviscosidad sanguínea. Cursa con anorexia, letargia, taquipnea, rechazo del alimento, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia y trombocitopenia.
- Síndrome mieloproliferativo: es una forma de leucemia autolimitada, de causa desconocida, que remite espontáneamente en 2-3 meses. No obstante, se recomienda realizar un seguimiento estrecho durante los primeros años de vida, por el riesgo de desarrollar una leucemia típica en el 20-30% de los casos.

Justificación

Excluir la presencia de policitemia y síndrome mieloproliferativo en el recién nacido; ambas entidades están presentes en el 64% y 10% respectivamente.

Herramientas

Hemograma.

Información adicional

El síndrome mieloproliferativo es tan poco frecuente en otros lactantes que, ante su hallazgo en un menor de 2 meses se debe practicar cariotipo para descartar síndrome de Down con mosaicismo.

Actividad 7

Estimulación temprana.

Población diana

Niños con SD, comenzando en los primeros meses de vida.

Definiciones

En los programas de Atención Temprana se conjuga la intervención de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y especialistas en desarrollo y conducta.

Justificación

La estimulación temprana pretende potenciar las capacidades del niño y estimular su desarrollo. Se ha observado que mejora el desarrollo de forma global, los trastornos del comportamiento alimentario, el desarrollo del lenguaje, la integración social y la adaptación entre padres e hijos.

Información adicional

- La mayoría de los niños con SD presentan un retraso mental leve (CI 50-70) o moderado (CI 35-50), con un amplio rango de variabilidad. En general, la adquisición de habilidades ocurre de un modo más lento. La edad media en que consiguen la sedestación es a los 11 meses, el gateo a los 17 meses, la marcha a los 26 meses, y las primeras palabras a los 18 meses.
- Salvo circunstancias extremas, no se debe demorar la inclusión en el programa de Atención Temprana a los niños que presenten cardiopatía; si bien es aconsejable reducir la duración de las sesiones si el lactante muestra signos de fatiga.

Actividad 8

Evaluación de la función tiroidea.

Población diana

Todos los niños y adultos con SD, comenzando desde recién nacido.

Periodicidad

- Al nacer, a los 6 y 12 meses, y cada 2 años a partir de entonces.
- En caso de hipotiroidismo compensado determinar cada 6 meses: TSH, T4 y rT3 hasta que se normalice o se evidencie un hipotiroidismo franco.

Definiciones

Hipotiroidismo compensado: elevación aislada de TSH con tiroxina normal; se observa en un 50% de las personas con SD y obedece a un defecto en la neuroregulación.

Justificación

El riesgo de hipotiroidismo congénito es de 1 de cada 100-140 en niños con SD, frente al 1/4000 de la población general. Las enfermedades tiroideas, en particular el hipotiroidismo, se observan más frecuentemente en personas con SD y, globalmente, se presentan en el 15% de los casos. Su prevalencia aumenta con la edad.

Herramientas

- Determinación de hormona tiroestimulante (TSH) y tiroxina.
- Solicitar anticuerpos antitiroideos, al menos en una ocasión, en la edad escolar, entre los 9-12 años de edad.
- La combinación de desaceleración del crecimiento lineal y aumento de la ganancia de peso es un indicador sensible de hipotiroidismo.

Actividad 9

Cribado de enfermedad celíaca (EC).

Población diana

Niños asintomáticos de 3 años de edad.

Periodicidad

Si el cribado inicial es negativo, caben dos opciones:

- Repetir el estudio de forma regular, cada 2-3 años, o en cualquier momento si desarrolla síntomas compatibles.

Actividades por grupos de riesgo

- Practicar estudio genético (HLA DQ2/DQ8) para detectar a aquellos que tienen mayor riesgo, y limitar a dicho grupo la realización de cribado serológico regular.

Justificación

La prevalencia de EC en niños con SD es mayor que en la población general: 5-12% entre los 2,5 y los 15 años de edad, frente a un 3-13 por mil. La incidencia aumenta con la edad.

Herramientas

Determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular (ATGt IgA), previa cuantificación de IgA sérica.

Información adicional

De forma característica la EC en niños con SD suele ser sintomática: retraso del crecimiento, diarrea, vómitos, anorexia, estreñimiento, bajos niveles de hemoglobina, hierro y calcio. La razón entre formas sintomáticas y silentes es de 4:1, mientras que en la población general es de 1:7.

Actividad 10

Valoración de signos de compresión medular.

Población diana

- Todos los niños y adultos con SD.
- En especial los que practican deportes de alto riesgo o vayan a ser sometidos a procedimientos en los que se requiere hiperextender el cuello.

Periodicidad

Anual.

Definiciones

- Signos de compresión medular: limitación de la movilidad o dolor en el cuello, tortícolis, inclinación de la cabeza, dificultad para caminar, trastornos en la marcha, pérdida del control de esfínteres (vesical/intestinal), debilidad en manos, incoordinación, torpeza motriz, disminución de la tolerancia al ejercicio, déficits sensoriales, espasticidad, clonus, hiperreflexia, signo de Babinski.
- Inestabilidad atlantoaxoidea: aumento de la distancia entre el arco anterior del atlas (C1) y la apófisis odontoides del axis (C2), con excesiva movilidad entre ambos segmentos.
- Deportes de alto riesgo: deportes de colisión y contacto como el fútbol, actividades gimnásticas, saltos de longitud, lanzarse de cabeza a la piscina, natación estilo mariposa...

Justificación

Un 15% de las personas con SD presentan inestabilidad atlantoaxoidea, habitualmente de forma asintomática. Las lesiones medulares graves, por lo general, vienen precedidas por signos de compresión medular, que han podido mantenerse estables durante semanas, meses o años.

Herramientas

- Cuidadosa evaluación neurológica.
- Comentar a los padres los signos de compresión medular, e indicarles que ante su presencia deben consultar de inmediato.
- Informar sobre los deportes que entrañan mayor riesgo.

Información adicional

- Si se objetivan signos o síntomas de compresión, se aconseja realizar una resonancia magnética de troncoencéfalo y médula espinal, y derivar a un neurocirujano.
- En aquellos procedimientos en los que se requiere hiperextender el cuello, como por ejemplo durante la intubación, es conveniente estabilizar la columna cervical de forma sistemática, evitando la flexión y la extensión.
- El cribado sistemático mediante radiografía lateral de cuello en posición neutra, flexión y extensión entre los 3-5 años de edad, es cuestionado. También lo es su realización con anterioridad a los procedimientos quirúrgicos o cuando se practican deportes de alto riesgo. La reproductibilidad de la prueba es escasa.

Actividad 11

Inmunizaciones especiales. Ver capítulo de vacunas para síndrome de Down.

Actividad 12

Cribado de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

Población diana

Entre el año y los 12 años de edad.

Periodicidad

En todos los controles de salud.

Definiciones

Son signos sugestivos de SAOS: ronquido, esfuerzo respiratorio, apneas, adopción de posturas anómalas durante el sueño para favorecer la apertura de la vía aérea, sueño intranquilo, sudoración nocturna profusa.

Justificación

La incidencia de SAOS en niños con SD es del 30-60%, frente al 0,7-2% en la población general. Los padres en general subestiman su presencia, por la tendencia a asumir que la respiración irregular que presenta su hijo durante el sueño es normal; solo un tercio lo reconocen. La hipoxemia intermitente, puede originar hipertensión pulmonar y contribuir al deterioro cognitivo.

Herramientas

Preguntar por la presencia de signos sugestivos de SAOS y, si se sospecha, remitir al otorinolaringólogo o al especialista en sueño para realizar una prueba objetiva.

Actividad 13

Prevención de enfermedad periodontal.

Población diana

A partir de los 2 años de edad.

Periodicidad

Visitas de seguimiento al dentista cada 6 meses.

Actividades por grupos de riesgo

Definiciones

Infección aguda, inflamación y dolor periodontal. Pueden favorecerla las alteraciones en la flora de la boca, los problemas ortodóncicos, la escasa higiene oral y las inmunodeficiencias.

Justificación

La incidencia de enfermedad periodontal es mayor que en la población general. Es importante mantener una buena higiene oral, en especial si existen factores de riesgo de endocarditis infecciosa.

Herramientas

- Educar en los cuidados habituales de la boca en cada uno de los controles de salud; el cepillado dental se debe realizar al menos dos veces al día.
- Visita regular al dentista.

Información adicional

También son característicos el retraso en la erupción dentaria, tanto decidual como permanente, la maloclusión y el bruxismo. Todo ello contrasta con una menor incidencia de caries.

Actividad 14

Valoración de la alimentación, nutrición y crecimiento. Prevención de obesidad.

Población diana

Todos los niños y adultos con SD, comenzando en el periodo de recién nacido.

Periodicidad

En todos los controles de salud.

Definiciones

La **obesidad** se define como un índice de masa corporal (IMC) \geq p95 para la edad y el sexo, y el **sobrepeso** cuando se sitúa entre el p85-94.

Justificación

- Durante el periodo neonatal, el escaso tono muscular puede dificultar la succión y la coordinación entre succión y deglución. También pueden repercutir en la ingesta, la presencia de una cardiopatía congénita no reparada o la excesiva somnolencia que algunos muestran durante las primeras semanas de vida.
- Los niños con SD muestran un crecimiento más lento.
- Los lactantes suelen ser delgados para su longitud, posteriormente con la edad se hacen más proporcionados, y hacia los 3-4 años es frecuente que sean obesos. Contribuye al desarrollo de obesidad la presencia de un reducido gasto metabólico.
- En los adultos con SD, un menor IMC se correlaciona con variables tales como una mayor satisfacción en su grupo de amigos, y un mayor acceso a actividades de ocio y sociales.
- En adultos con SD se ha observado una menor densidad ósea respecto a los controles.

Herramientas

- En el periodo neonatal comprobar la **capacidad del niño para alimentarse**. En ocasiones la alimentación "a demanda" puede ser inadecuada, debiendo ser estimulados regularmente para ser alimentados. Las madres pueden requerir vaciar adecuadamente sus pechos para estimular la producción de leche.

Actividades por grupos de riesgo

- Revisar la **ingesta calórica** para asegurar un crecimiento adecuado. En ocasiones es preciso aumentar el aporte calórico.
- **Valorar el crecimiento físico** mediante el empleo de tablas específicas (tablas de percentiles).
- Iniciar la **prevención de la obesidad** a partir de los 2 años de edad. Destacar la importancia de seguir una dieta equilibrada, indicar cómo llevar a cabo la selección de los alimentos para su confección y promover la práctica regular de ejercicio físico.
- Asegurar un aporte adecuado de calcio y vitamina D.

Actividad 15

Educación sexual.

Población diana

A partir de la adolescencia.

Periodicidad

Variable; grandes diferencias individuales.

Justificación

Los adolescentes con SD tienen los mismos intereses e inclinaciones sexuales que sus pares sin SD, y deben adoptar hábitos y actitudes saludables en relación a su sexualidad.

Herramientas

- Ver END e ITS sobre sexualidad y anticoncepción.

Actividades preventivas en niños con síndrome de Down (SD)

- Otros mensajes: evitar muestras de afecto desmedido hacia los extraños, diferenciar conductas aceptables en privado pero no en lugares públicos, enseñarles a que rechacen tocamientos inapropiados y a que informen a los padres si ello ocurre.

Información adicional

- En las mujeres sexualmente activas, se aconseja la realización de examen pélvico con regularidad.
- El riesgo de transmisión del SD a su descendencia es del 50%, si bien en general los varones no suelen ser fértiles.

Actividad 16

Otros problemas médicos a vigilar.

Población diana

Todos los niños y adultos con SD.

Definiciones

- Atresias gastrointestinales (12%).
- Enfermedad de Hirschsprung (<1%).
- Artropatía similar a la artritis reumatoide juvenil (1,2%).
- Diabetes mellitus (1%).
- Crisis convulsivas (5-10%).
- Leucemia (0,3-1%).

Actividades por grupos de riesgo

- Trastornos del comportamiento y psiquiátricos (17,6% de los menores de 20 años): déficit de atención con hiperactividad (6,1%), conductas agresivas (6,5%) y oposicionistas (5,4%). También se describe una mayor incidencia de autismo (7%).
- Cáncer testicular.

Justificación

Estos procesos se presentan con una frecuencia muy superior a la esperada en la población general, por lo que es preciso mantener un alto índice de sospecha.

Información adicional

- La artropatía similar a la artritis reumatoide juvenil suele asociarse a subluxaciones articulares en el 55% de los casos (columna cervical, rótula y otras articulaciones).
- Las crisis convulsivas se inician en un 40% antes del año de edad, y en otro 40% en la tercera década de la vida.
- La leucemia mieloide aguda suele manifestarse entre el año y los 5 años de edad (media 2 años), y en el 20-69% de los casos lo hace en forma de síndrome mielodisplásico (plaquetopenia inicial que va empeorando a lo largo de los meses y que se sigue de anemia).
- Si en un joven con SD se observa regresión en sus habilidades sociales o en su desarrollo, debe descartarse la presencia de hipotiroidismo, enfermedad celíaca, sorde-ra, déficit de vitamina B12 y ácido fólico, depresión...

Resumen de actividades: anexo 5.

Anexos

Anexo_1: Direcciones de interés

- Programa español de salud para personas con síndrome de Down: <http://www.sindromedown.net/programa/index.html>
- Federación española del síndrome de Down: <http://www.sindromedown.net>
- *National Down Syndrome Society*: <http://www.ndss.org/>
- *Down Syndrome Health Issues*: <http://www.ds-health.com/>
- Grupos de apoyo locales por comunidades autónomas: http://www.down21.org/links/conjunto_asociaciones.htm

Anexo_2: Pacientes en los que está indicada la profilaxis de endocarditis infecciosa durante los procedimientos dentales

- Portadores de prótesis valvulares cardíacas.
- Antecedentes de endocarditis infecciosa (EI).
- Cardiopatía congénita cianótica no reparada, incluidos los portadores de cortocircuitos o derivaciones paliativos.
- Cardiopatía congénita completamente reparada con material protésico o dispositivo colocado mediante cirugía o mediante catéter, durante los 6 meses siguientes al procedimiento.
- Cardiopatía congénita reparada en la que persiste defectos residuales en el parche o dispositivo protésico. En este caso la profilaxis no se limita a los 6 meses siguientes a la intervención.
- Receptores de trasplante cardíaco que desarrollan valvulopatía.

Nota

La mayoría de los casos de EI no guardan relación con intervenciones dentales, sino con procedimientos que practicamos de forma rutinaria a diario: cepillado dental, empleo de seda dental, uso de mondadientes... y que son causa de bacteriemia. El mantenimiento de una buena higiene oral y la erradicación de la enfermedad dental y periodontal son clave para minimizar el riesgo de EI.

En los pacientes arriba indicados, cualquier intervención dental con manipulación de la encía, la región periapical del diente o se acompañe de perforación de la mucosa oral, conlleva riesgo de bacteriemia, y por ende está indicado el empleo de profilaxis.

Actividades por grupos de riesgo

Anexo_2 continuación

La toma de biopsias, la retirada de suturas y la colocación de bandas ortodóncicas están entre los procedimientos en los que se aconseja.

No precisan profilaxis: las inyecciones anestésicas a través de tejidos no infectados, la práctica de radiografías dentales, la colocación de aparatos ortodóncicos o protésicos extraíbles, el ajuste de aparatos ortodóncicos, la colocación de *brackets*, la extracción de dientes deciduales, las hemorragias por traumatismos en los labios o de la mucosa oral.

En los pacientes que toman penicilina vía oral de forma mantenida, es probable que los *Streptococcus viridans* de su cavidad oral sean resistentes a la penicilina, por lo que se aconseja el empleo de otros antibióticos con fines profilácticos: clindamicina, azitromicina, claritromicina.

Anexo_3: Fármacos indicados para la profilaxis de la endocarditis infecciosa durante los procedimientos dentales

Una sola dosis 30-60 minutos antes del procedimiento¹

Situación	Agente	Adultos	Niños
Vía oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg
Si no tolera vía oral	Ampicilina	2 g IM o IV	50 mg/kg IM o IV
	Cefazolina o Ceftriaxona	1 g IM o IV	50 mg/kg IM o IV
En alérgicos a penicilina			
Vía oral	Cefalexina ^{2,3}	2 g	50 mg/kg
	Clindamicina	600 mg	20 mg/kg
	Azitromicina o Claritromicina	500 mg	15 mg/kg
Si no tolera vía oral	Cefazolina o Ceftriaxona ³	1 g IM o IV	50 mg/kg IM o IV
	Clindamicina	600 mg IM o IV	20 mg/kg IM o IV

¹ Si la dosis no fuera administrada en dicho momento, se hará en las 2 horas siguientes al procedimiento.

² También se pueden emplear otras cefalosporinas orales de primera o segunda generación en dosis equivalentes.

³ Las cefalosporinas no se deben emplear si existen antecedentes de anafilaxia, angioedema o urticaria tras la administración de penicilina o derivados.

Anexo_4: Profilaxis frente a la endocarditis infecciosa durante procedimientos en el tracto respiratorio, gastrointestinal, genitourinario, piel y tejidos músculo-esqueléticos

Tracto respiratorio	Profilaxis
<ul style="list-style-type: none"> • Incisión o biopsia de la mucosa del tracto respiratorio, por ejemplo, amigdalectomía o adenoidectomía • Broncoscopia • Drenaje de un absceso o un empiema en el tracto respiratorio 	<p>Mismo régimen que en los procedimientos dentales</p> <p>No precisa, a menos que ocurra incisión de la mucosa durante el procedimiento</p> <p>El régimen antibiótico debe contener un agente activo frente a <i>Streptococcus viridans</i></p> <p>Si la infección obedece o se sospecha que es debida a <i>Staphylococcus aureus</i>, emplear una penicilina antiestafilocócica o una cefalosporina, o si es meticilin-resistente, vancomicina</p>
Tracto gastrointestinal y genitourinario	
<ul style="list-style-type: none"> • Esófago-gastro-dudodenoscopia o colonoscopia • Infección establecida a nivel del tracto GI o GU • Citoscopia u otro procedimiento electivo sobre el tracto urinario, en pacientes colonizados o infectados por enterococo • Procedimiento no electivo sobre el tracto urinario 	<p>No se recomienda</p> <p>Adicionar un agente activo frente a enterococo*</p> <p>Instaurar tratamiento para erradicar el enterococo antes del procedimiento</p> <p>Emplear un agente activo frente a enterococo*</p>
Piel y tejidos musculoesqueléticos	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos sobre piel, estructuras cutáneas y tejidos musculoesqueléticos infectados • <i>Piercing</i> en pabellón auricular o en el resto del cuerpo, tatuajes 	<p>Tratar la infección con un agente activo frente a estafilococos y estreptococos β-hemolíticos: una penicilina antiestafilocócica o una cefalosporina. Emplear vancomicina o clindamicina si no tolera los β-lactámicos o la cepa es meticilin-resistente</p> <p>No precisa profilaxis</p>
<p>* De elección: amoxicilina o ampicilina. De segunda elección: vancomicina, en pacientes que no toleran la ampicilina. Si se sospecha infección por cepas de enterococo resistentes, se recomienda consultar con un experto en enfermedades infecciosas.</p>	

Anexo_5: Resumen de actividades

Evaluación al nacimiento

- Apoyo postnatal.
- Cariotipo y consejo genético.
- Hemograma.
- Evaluación cardiológica (ecocardiograma).
- Examen oftalmológico:
 - Repetir a los 6 y 12 meses.
- Comprobar capacidad para alimentarse.
- Evaluación auditiva:
 - Antes de los 3 meses de edad.
- Neurodesarrollo:
 - Inclusión en un programa de Atención Temprana desde los primeros meses de edad.

Monitorización

- Examen oftalmológico:
 - Bianual hasta los 5 años, anual después.
- Evaluación auditiva:
 - Semestral hasta los 3 años, y anual después.
- Función tiroidea:
 - TSH y tiroxina a los 0-6 -12 meses; después bianual.
 - Anticuerpos antitiroideos, entre los 9-12 años.
- Enfermedad celíaca:
 - A los 3 años: ATGt IgA previa cuantificación de IgA sérica. Controles posteriores: véase texto.
- Endocarditis infecciosa:
 - Si factores de riesgo, anexos 2, 3 y 4.

Prevención

- Obesidad:
 - A partir de los 2 años.
- Enfermedad periodontal:
 - Examen odontológico a los 2 años. Visitas de seguimiento cada 6 meses.

Anexo_5 continuación

- Inmunizaciones especiales:
 - Varicela, gripe y neumococo.
- Ingesta calórica, crecimiento:
 - En todos los controles de salud.

Vigilancia

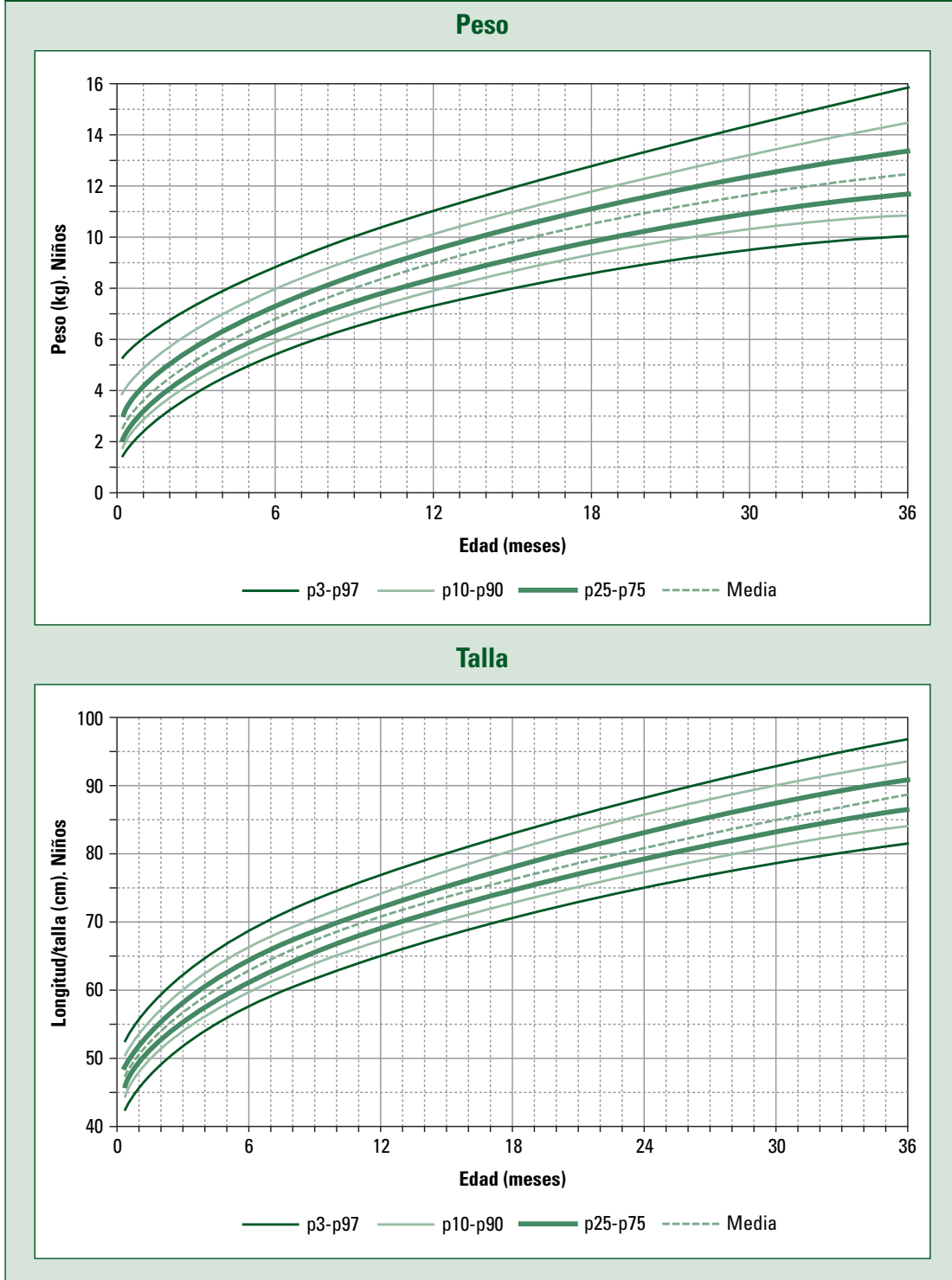
- Cribado de valvulopatía:
 - Adolescencia-adulto joven.
- Signos clínicos de compresión medular:
 - En todos los controles de salud.
- Diabetes, leucemia...
 - Mantener un alto índice de sospecha.
- Signos de apnea obstructiva del sueño (SAOS):
 - Preguntar en cada uno de controles que se practiquen entre 1-12 años.
- Salud sexual y reproductiva:
 - Adolescencia-adulto joven.

Otros

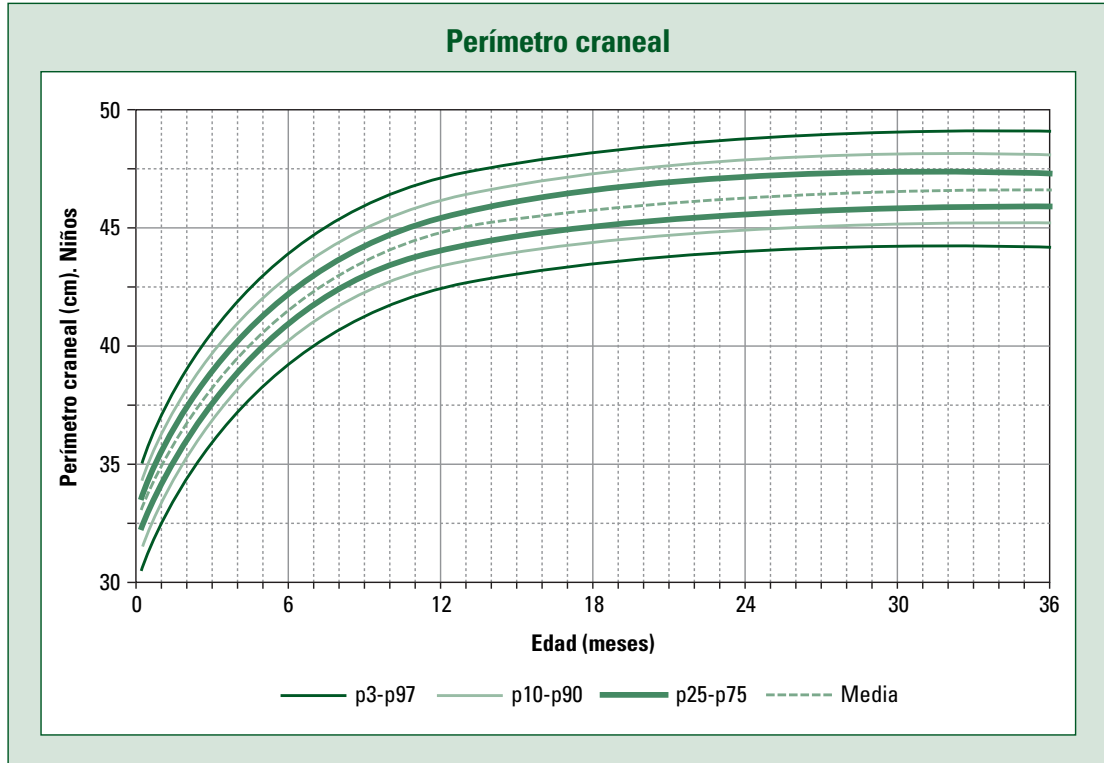
- Trastornos del comportamiento:
 - Déficit de atención con hiperactividad, conductas agresivas, oposicionistas, autismo.

Tablas de percentiles

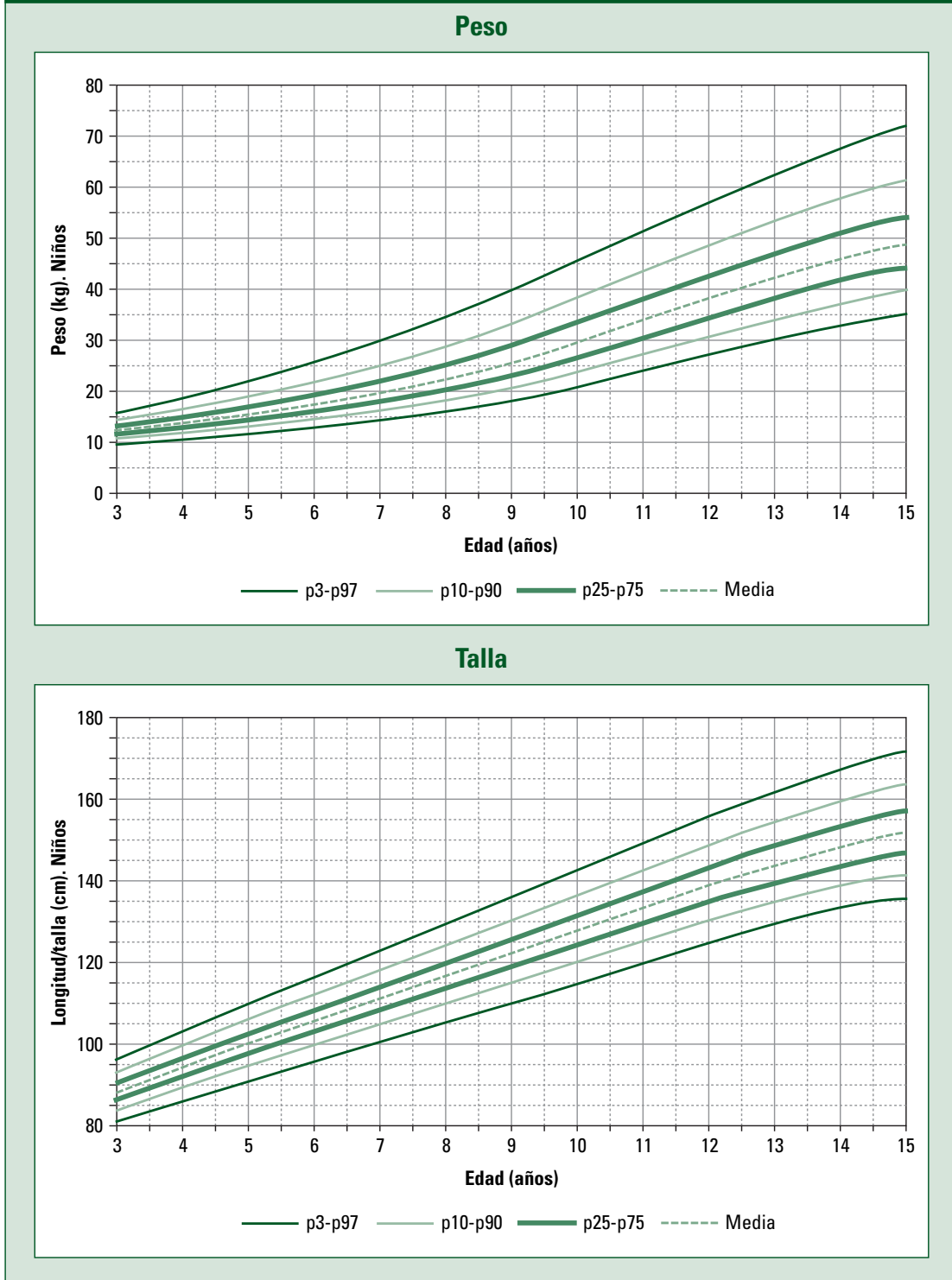
Tabla_1: **Peso, talla y PC hasta los 3 años. Niños**



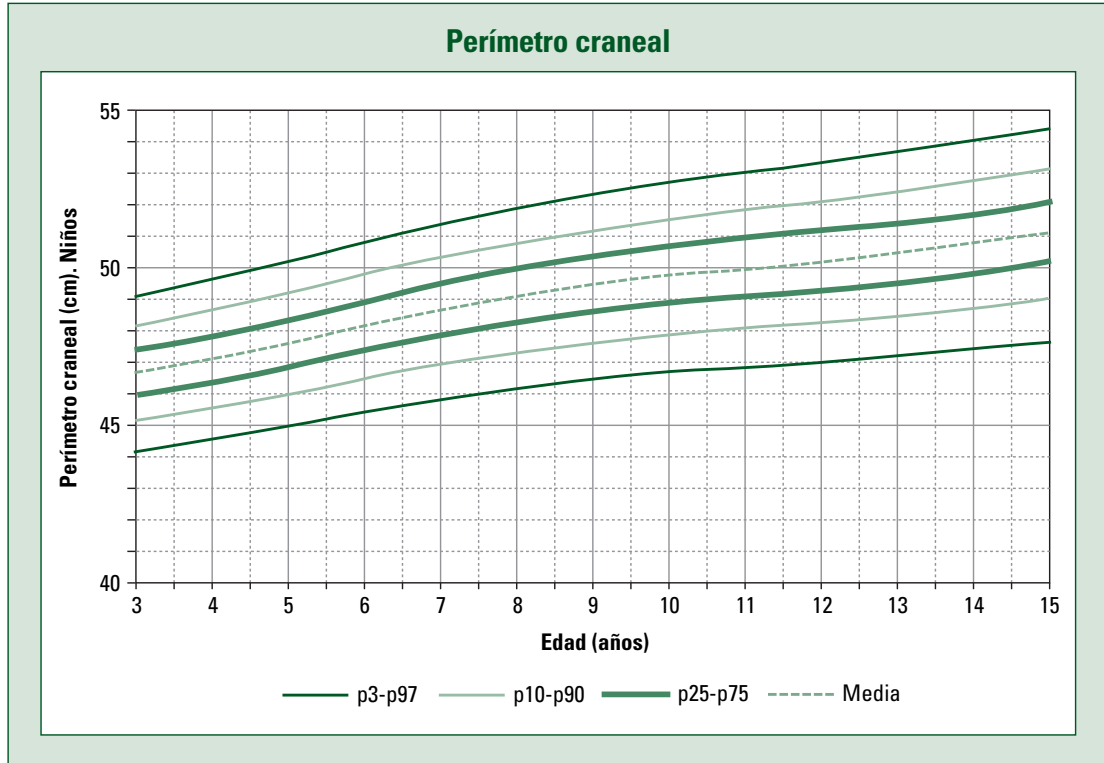
Tabla_1 continuación



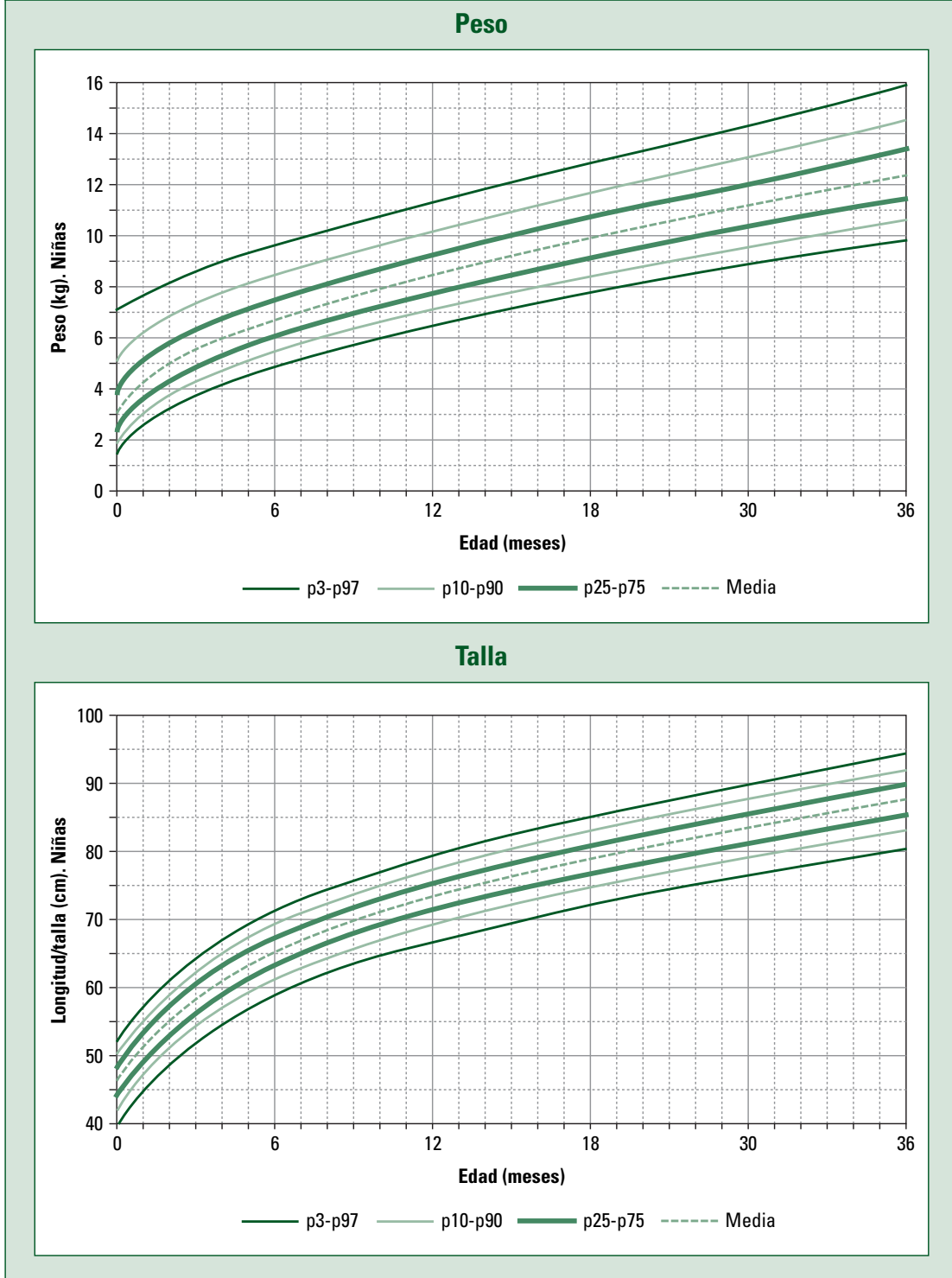
Tabla_2: **Peso, talla y PC de los 3 a los 15 años. Niños**



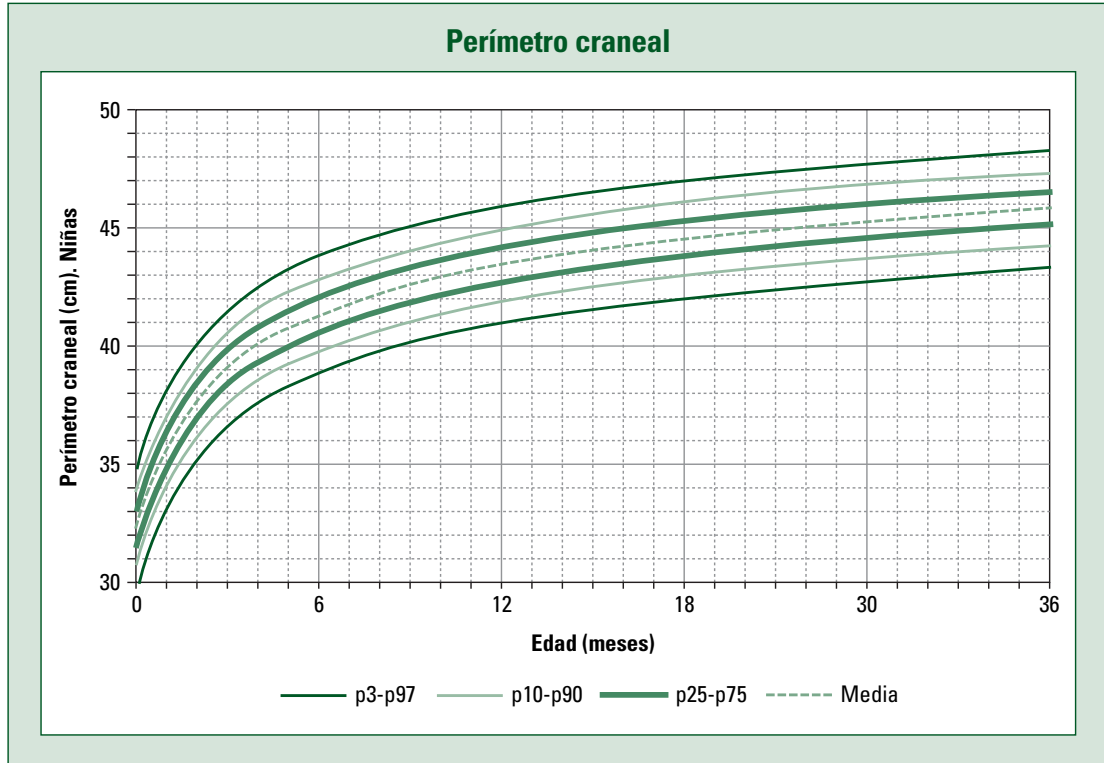
Tabla_2 continuación



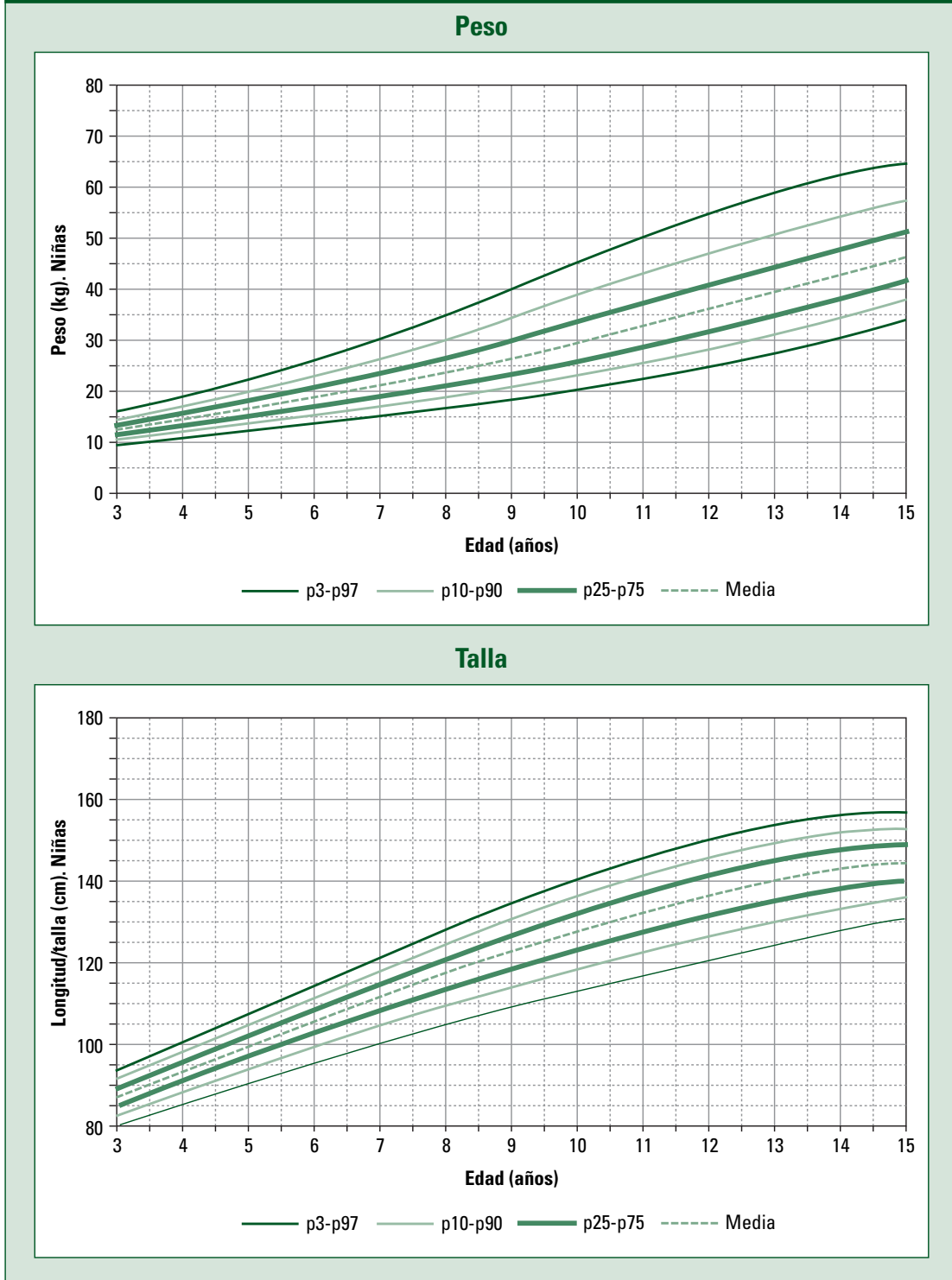
Tabla_3: **Peso, talla y PC hasta los 3 años. Niñas**



Tabla_3 continuación



Tabla_4: **Peso, talla y PC de los 3 a los 15 años. Niñas**



Tabla_4 continuación

